



PUC RIO

RAYMUNDO DE OLIVEIRA REIS NETO

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO : E TRAJETÓRIA
HISTÓRICA DE UMA PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL NO RJ**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

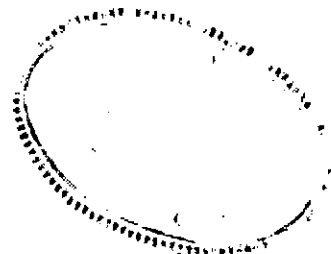
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Rio de Janeiro, 13 de março de 1995.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO**

**Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>**

Raymundo de Oliveira Reis Neto



**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: EMERGÊNCIA E TRAJETÓRIA
HISTÓRICA DE UMA PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL NO RJ**

Dissertação, apresentada ao
Departamento de Psicologia da PUC
RJ como parte dos requisitos
exigidos para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: Esther Maria Arantes de Magalhães

N.Cham. 150 R375a TESE UC
Título Acompanhamento terapeutico



Ex.1 PUCB

0091704

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, setembro de 1995

62681

ncfd



91704

uc-63410-2

*150
R375a
VESE UC
R17*

Este trabalho eu dedico à memória de
Raymundo de Oliveira Reis Filho

Agradecimentos

- à professora Esther Arantes, pela orientação competente e respeitosa;

- ao amigo Dário Alves, pelas provocações inteligentes e estimulantes;

- à Vera e Marize, pela ajuda sempre simpática e eficiente;

- a Steve, por sua ajuda no editoramento deste trabalho;

- à Ana e meus familiares, que sempre me apoiaram incondicionalmente durante a feitura deste trabalho;

- à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior (CAPES), pelo auxílio financeiro recebido durante o curso de Mestrado;

- a João, Mariana e Antonia, por estarem por aqui conosco.

Palavras Chave

Acompanhamento Terapêutico

Auxiliar psiquiátrico

Acompanhante Terapêutico

Psiquiatria

Antipsiquiatria

Psicanálise

Resumo

Tendo como objetivo trazer um esclarecimento quanto aos impasses com que se deparam os Acompanhantes Terapêuticos hoje no RJ, procuramos mapear a trajetória histórica da prática do Acompanhamento Terapêutico nesta cidade, tornando claras as principais forças que a constituíram em seus diferentes momentos, desde uma perspectiva genealógica.

Abstract

With the objective of clarifying the impasse which those who practice companionship therapy find themselves in today in Rio de Janeiro, we reconstitute the historical trajectory of this practice in this city, showing the main forces that have shaped it at its different times, from a genealogical perspective.

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo 1	19
<i>O Atendente Psiquiátrico na Clínica Pinel</i>	19
<i>O Auxiliar na Vila Pinheiros</i>	52
Capítulo 2	83
<i>A Experiência do CETAMP em Buenos Aires</i>	83
Capítulo 3	143
<i>A Passagem Para a Rua dos Auxiliares Psiquiátricos da Vila Pinheiros: A Perspectiva dos Médicos</i>	
Capítulo 4	209
<i>A Passagem Para a Rua dos Auxiliares Psiquiátricos da Vila Pinheiros: A Perspectiva dos Auxiliares</i>	
<i>O EAP</i>	234
<i>O GRAP</i>	258
<i>O Impasse na Clínica</i>	273
Conclusão	310
Bibliografia	318

Introdução

Nosso interesse em aprofundar o tema do *acompanhamento terapêutico* é consequência de nossa inquietação ante uma série de questões com as quais fomos nos defrontando em nossa prática clínica como *acompanhantes terapêuticos*. Uma vez que entendemos ser o acompanhamento, antes de uma determinada técnica, um campo de intervenção, que pode ser -- e tem sido -- explorado em diferentes lugares e a partir de diferentes concepções teóricas e ideológicas, impõe-se que façamos uma primeira distinção: de que acompanhamento terapêutico falamos?

Consta na tradição oral do RJ, que o acompanhamento, nesta cidade, teria surgido na Villa Pinheiros, comunidade terapêutica de orientação psicanalítica, que funcionou no bairro do Humaitá, desde fins do ano de 1969 até 1976.

Nesta clínica foi instituída uma nova figura terapêutica chamada "auxiliar psiquiátrico". A função deste "auxiliar" consistia, em linhas gerais, num "estar junto" com os pacientes durante o dia-a-dia da clínica, visando constituir um "meio social terapêutico", de acordo com o tipo de prática característico das chamadas "comunidades terapêuticas"¹.

Como faziam parte das atividades propostas pela clínica as "saídas à rua" com os pacientes, os auxiliares costumavam sair com frequência, fosse para passeios, visitas à família, ou para

¹ Sobre as Comunidades Terapêuticas ver Jones, M. 1968.

o cumprimento de "compromissos" como idas ao dentista, ao médico etc. Havia nisto a tentativa de ir reintroduzindo gradativamente os pacientes no meio social extra-clínica. Dizia-se que, nestas saídas, os auxiliares faziam um "acompanhamento" aos pacientes.

Antes do fechamento da Villa Pinheiros, o trabalho dos auxiliares passa a ser solicitado por alguns psiquiatras, para o atendimento de pacientes não vinculados à Villa, ou a qualquer tipo de estabelecimento psiquiátrico. Buscava-se com isto, na maioria das vezes, justamente evitar a internação destes pacientes.

A Villa Pinheiros fecha em 1976, mas este trabalho, então chamado "acompanhamento psiquiátrico", permanece sendo feito num novo contexto. Neste, o trabalho articula-se a partir de um psiquiatra que, junto aos auxiliares e, frequentemente, a um psicanalista ou terapeuta individual ou de família, constitui uma equipe terapêutica. É um trabalho quase sempre destinado a pacientes em crise psiquiátrica, sendo que o trabalho dos auxiliares mais especificamente, quase sempre chegava ao fim após o debelamento da situação de crise. A equipe de auxiliares cumpria uma carga horária em geral superior a doze horas por dia junto ao paciente, prestando o tipo de cuidados intensivos que seus pacientes demandavam.

Inicialmente feito por leigos ou estudantes, com o tempo o acompanhamento passa a ser feito majoritariamente por profissionais da área "PSI", enquanto uma série de grupos de

acompanhamento vão sendo formados ao longo da década de oitenta e até os dias de hoje, na cidade do RJ.

Neste mesmo período, a demanda feita aos auxiliares vai diversificando-se, sendo que o trabalho destes perde progressivamente a característica de ser eminentemente uma "substituição da internação", muitas vezes dirigindo-se a pacientes "fora de crise", para os quais, por razões quase nunca bem estabelecidas, considerava-se desejável e/ou necessária a indicação de acompanhamento.

Começava a haver assim, um apelo ao que seria uma especificidade do trabalho de acompanhamento, para além de sua função inicial de "evitar a internação". Não mais algo definido em relação àquilo que "evitava", mas sim pelo que "produzia", por sua própria singularidade.

São fundamentalmente os impasses que encontram os que fazem este tipo de acompanhamento terapêutico atualmente, no RJ, que irão interessar-nos problematizar, embora, em virtude de nossa opção metodológica, façamo-lo através de uma análise histórica, no decorrer da qual outros momentos da prática de *acompanhar terapêuticamente* estarão em questão.

Destaquemos alguns aspectos que nos parecem marcar de maneira forte a prática do acompanhamento, tal como feita

atualmente no RJ.²

a) O acompanhamento ocupa um espaço intermediário entre uma prática psicoterápica reconhecida como profissão e um estágio pré-profissional. Esta ambiguidade atravessa os diversos níveis da ação daqueles que acompanham, fazendo-se sentir nas relações que estes estabelecem com os pacientes e suas famílias, com os outros profissionais a que se juntam para prestar atendimento a um determinado paciente, ou mesmo no caráter informal que os grupos de acompanhamento possuem -- não chegaram até os dias de hoje a constituir-se formalmente enquanto instituições; não são pessoa jurídica e o trabalho que oferecem não se encontra inscrito entre as atividades previstas pelos conselhos federal ou regional de psicologia ou medicina.

b) Diretamente relacionado ao que acabamos de enunciar em a), por circunstâncias que pensamos merecerem um maior esclarecimento, o acompanhamento tem sido quase sempre investido como um *meio* e não como um *fim*. As pessoas que procuram este trabalho não querem ser acompanhantes mas sim psiquiatras, psicanalistas etc. Fazem acompanhamento enquanto ainda não se realizaram nestes outros "lugares". O acompanhamento, via de regra, é tido como uma "ótima escola" para futuros psicoterapeutas; talvez devido a este tipo de relação que os acompanhantes mantêm com sua própria prática, exista uma carência de publicações registrando esforços de

² Estamos considerando aqui apenas as práticas de acompanhamento feitas sem vínculo a uma instituição psiquiátrica ou parapsiquiátrica qualquer. Existem clínicas no RJ que utilizam acompanhantes terapêuticos (ou auxiliares psiquiátricos), mas são experiências sobre as quais não nos deteremos, em virtude da direção que demos ao nosso trabalho.

sistematização sobre esta.³

c) Não está definido o que um acompanhante deve *saber* para ser acompanhante. Este trabalho foi feito, durante grande parte do tempo de existência desta prática, por aqueles que, tomando-se por referência o saber científico, "não sabem" (leigos), e/ou por aqueles que "estão aprendendo" (estudantes). Porém, como mostraremos no decorrer de nossa dissertação, há uma tendência de mudança deste quadro. Hoje os acompanhantes são psicólogos (grande maioria) e psiquiatras formados. Ao mesmo tempo é possível identificar um discurso que aponta para a necessidade de que aquele que acompanha possua conhecimentos teóricos para o exercício de sua atividade, tais como teorias do sujeito, teorias da família, psicodiagnóstico etc, ao mesmo tempo em que procura situar o acompanhamento como uma *prática clínica*.

Portanto, nos vinte anos da trajetória histórica desta prática no RJ, o acompanhamento passa por mudanças que atingem o perfil daquele que o desempenha, o lugar em que é desempenhado e a maneira de entendê-lo. Hoje os que fazem este tipo de acompanhamento no RJ desejam ser designados pelo nome de "acompanhantes terapêuticos", o que revela ao mesmo tempo o desejo de serem reconhecidos não como "auxiliares" e tampouco como "psiquiátricos".⁴

³ No que diz respeito à falta de publicações sobre o tema, há uma tendência ainda incipiente de alteração deste quadro. Em 1985 Suzana K. de Mauer e Silvia Resnizky, psicólogas argentinas, publicaram um livro dedicado ao tema e, em 1991, aconteceu a publicação de um livro que reúne os trabalhos apresentados no "Primeiro Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos", realizado em 1989 em SP e organizado pelo Instituto *A Casa*, com sede nesta cidade. Em 1994 esta instituição organizou um segundo encontro, que igualmente resultará na publicação de um livro, provavelmente ainda em 1995. Em ambos os livros aparecem trabalhos de grupos de acompanhamento do RJ.

⁴ Poderiam querer ser reconhecidos como "auxiliares terapêuticos" ou como "acompanhantes psiquiátricos", o que não acontece.

Efetivamente, detectamos hoje entre estes "acompanhantes terapêuticos", algo que traduziríamos como um "mal estar" relacionado à fragilidade do estatuto institucional e teórico desta prática. Mal estar que faz com que lentamente se inicie um esforço de reflexão por parte destes profissionais, no sentido de reverter um tal estado de coisas. Entretanto, ao assim fazerem, os acompanhantes esbarram em resistências que não emanam apenas das eventuais dificuldades clínicas com que se deparam em seu trabalho e dos impasses teóricos que esta tentativa de reflexão impõe. Dificuldades de natureza política também aparecem no seio da equipe terapêutica, derivadas desta nova atitude do acompanhante em relação a sua prática.

O acompanhante terapêutico hoje quer pensar com mais atenção aquilo que faz. Quer que se reconheça a dimensão *clínica* de sua atividade, deparando-se assim com as exigências de um esforço de construção de um discurso que lhe seja próprio e do enfrentamento das contrariedades que provoca ao não querer mais atender a demandas que eventualmente entrem em choque com o entendimento que têm de sua função.

Quando perguntamos pelas origens do acompanhamento, para além de seu surgimento na Villa Pinheiros, frequentemente escutamos que esta prática surgiu na Argentina no interior de

comunidades terapêuticas. Há efetivamente um registro publicado (Mauer e Resnizky, 1985) da prática dos **acompanhantes terapêuticos** -- inicialmente chamados **amigos qualificados** -- do CETAMP (Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla) em Buenos Aires, em inícios da década de setenta. O acompanhamento feito então, apresentava em comum com a prática feita hoje no RJ, o fato de acompanhantes e pacientes não terem vínculo a um estabelecimento psiquiátrico qualquer.

Entretanto, sabemos que, já em 1960, na Clínica Pinel de Porto Alegre⁵ -- uma *comunidade terapêutica* --, havia uma figura chamada **atendente psiquiátrico**, que eventualmente saía com os pacientes da clínica fazendo-lhes um *acompanhamento* pelas ruas da cidade ou na casa destes últimos.

Dado o grande intercâmbio que havia na época entre a psiquiatria e a psicanálise destes dois centros -- Porto Alegre e Buenos Aires -- acreditamos que possivelmente um precursor da figura do acompanhante terapêutico tenha surgido no interior de comunidades terapêuticas argentinas, sendo posteriormente utilizado na Clínica Pinel de Porto Alegre (ainda que eventualmente com um novo nome e cumprindo funções não exatamente iguais). Mas a coisa pode não ter sido assim e há quem diga que o uso de atendentes pela Clínica Pinel teria sido uma experiência pioneira. De todo modo, poderíamos aí retroceder ainda mais e buscar precursores para esta figura no interior das primeiras comunidades terapêuticas da Europa e assim por diante.

⁵ Na época, Associação Encarnacion Blaya -- Clínica Pinel.

Não encontramos registros precisos que pudessem determinar o momento e local exatos da emergência da prática do acompanhamento, mas, para efeito daquilo que interessa à nossa pesquisa, isto não seria mesmo fundamental. Bastaria-nos mostrar que esta prática surge ligada ao trabalho feito em comunidades terapêuticas, instituições estas fortemente influenciadas pelas idéias da psiquiatria social inglesa, da antipsiquiatria e da psicanálise e que procuravam trazer uma alternativa para o tipo de atendimento que a psiquiatria clássica oferecia aos chamados doentes mentais.

É apenas num momento posterior que o acompanhamento aparece em uma *nova forma* -- primeiramente na Argentina -- sendo feito *independentemente de vínculo a um estabelecimento psiquiátrico* e sempre no âmbito de uma iniciativa privada.

Tanto a prática do acompanhante terapêutico na Argentina, quanto aquela do atendente da Clínica Pinel, tiveram uma forte influência sobre a que viria a ser feita no RJ, inicialmente pelos **auxiliares psiquiátricos** da Villa Pinheiros e depois pelos grupos de acompanhamento que foram se formando nesta cidade.

Para criar os auxiliares psiquiátricos da Villa, os idealizadores do trabalho desta clínica -- todos psiquiatras/psicanalistas -- foram buscar inspiração no trabalho feito pelos atendentes na Clínica Pinel de Porto Alegre,

trazendo inclusive alguns destes últimos para formarem a equipe de auxiliares da Villa Pinheiros. Depois, quando os auxiliares da Villa passaram a fazer o seu trabalho independentemente de vínculo a esta última, o modelo fornecido pela prática dos acompanhantes terapêuticos de Buenos Aires contribui para a constituição de um mínimo enquadramento teórico/técnico para esta prática.

É importante notar que, neste segundo momento, tanto na Argentina quanto no RJ, o acompanhante ou auxiliar estará sendo maciçamente informado e orientado por conceitos e noções extraídos da teoria psicanalítica, tanto por influência das ligações da Villa Pinheiros com a psicanálise, quanto pela influência da teoria psicanalítica na prática dos acompanhantes em Buenos Aires.

Formulamos então a seguinte hipótese: se há uma indefinição quanto à "identidade" daquele que faz o acompanhamento terapêutico hoje, no RJ, isto não seria devido ao fato desta ser uma prática recente, ainda pouco pensada. Acreditamos que não é irrelevante para a compreensão da situação atual do acompanhamento no RJ, conhecer o "momento" e o "lugar" de emergência desta prática, bem como uma série de transformações pelas quais ela foi passando ao longo de sua trajetória histórica. Estas transformações foram de uma maneira geral pouco pensadas, embora tenham gerado inquietações que ganham uma dimensão concreta nas variadas expressões utilizadas para nomear tanto a prática do acompanhamento, quanto aqueles

que a praticam: para uns trata-se de acompanhamento psiquiátrico e auxiliares ou atendentes psiquiátricos respectivamente; para outros, acompanhamento terapêutico e acompanhantes terapêuticos. Haveria ainda aqueles que reconhecem os que acompanham como "amigos qualificados".

Em suas origens, quando diretamente ligado à ideologia das comunidades terapêuticas, a questão da identidade daquele que acompanhava não se colocava. Era um momento fortemente marcado pelos movimentos de contra-cultura e diríamos que estava muito mais em jogo -- pelo menos enquanto um ideal explicitado -- um questionamento de identidades estabelecidas. O próprio estatuto de "doente" do paciente e de "saudável" do técnico, era questionado⁶.

Veremos como aquele que então acompanhava, parecia mesmo destinado a ocupar o lugar de quem não tem uma identidade bem definida -- o que implicaria na posse de um discurso/saber bem definido -- sendo que atribuía-se a isto um valor "terapêutico".

No RJ, o acompanhamento passa deste momento que chamaremos aqui de "antipsiquiátrico", para outro que chamaremos de "psiquiátrico". Curiosamente, este segundo momento emergiria justamente quando da "passagem para a rua" do trabalho dos auxiliares psiquiátricos da Villa Pinheiros, quando então este trabalho aparece ligado a iniciativa de alguns psiquiatras com tendências mais tradicionais de tratamento.

⁶ Sobre isto recomendaríamos Jones, M. 1968, Basaglia, F. 1979 e Cooper, D. 1967.

Neste segundo momento, diríamos que tentou-se dar àquele que acompanhava uma identidade bem definida: ele seria o "auxiliar do psiquiatra" (às vezes do analista, embora mantendo uma intervenção "psiquiátrica", ou seja, a demanda que faziam os analistas aos "auxiliares" então, era também "psiquiátrica") e o seu "não saber" ganharia uma valoração e um sentido diferentes daqueles que possuía inicialmente.

Se antes este possuía um sentido terapêutico, agora o "auxiliar" passava a ser um "terapeuta menor", exatamente porque não "sabia tanto". Se podia desempenhar o acompanhamento, era porque esta atividade não era "tão terapêutica" quanto a que desempenhavam o psiquiatra e o psicanalista e portanto não demandava tanto "saber". O acompanhamento seria uma prática "coadjuvante", devendo por isto ser feita por aqueles que ainda não possuíam uma formação profissional mais adiantada.

Mas lembremos que este momento da prática dos auxiliares segue-se justamente ao aparecimento destes últimos numa comunidade terapêutica de orientação psicanalítica, a Villa Pinheiros. As ligações ideológicas desta última com a psicanálise eram bastante mais explícitas do que se poderia observar, por exemplo, na Clínica Pinel de Porto Alegre.

Aqueles que acompanhavam já passavam a ser em sua maioria estudantes de psicologia e progressivamente psicólogos formados, orientados profissionalmente para o "lugar profissional" de

psicanalistas. Mostraremos como começaria a surgir então, uma incompatibilidade entre o entendimento e as expectativas que tinham sobre o trabalho de acompanhamento, por um lado aqueles que o solicitavam -- psiquiatras e psicanalistas (estes em menor número e quase sempre de formação psiquiátrica) -- e por outro aqueles que o vinham cumprir -- os auxiliares.

Desde uma perspectiva psiquiátrica, o auxiliar era uma mera extensão do psiquiatra, ou do "terapeuta de consultório"; não possuía portanto uma identidade própria, no sentido forte. Além disso, dado o atravessamento do discurso psiquiátrico por um discurso moral⁷, acabava sendo suposto como necessário à prática do auxiliar, apenas um saber da "normalidade", do "bem comportar-se" etc. Novamente aqui o auxiliar pareceria -- tanto quanto em seu primeiro momento "antipsiquiátrico" -- não carecer de um saber "científico" para por em andamento o seu fazer; entretanto o manejo que faria deste seu "saber social", para esta perspectiva que estamos chamando de psiquiátrica, seria bastante diferente daquele feito no momento anterior.

Já para aquele que acompanhava, agora com um outro perfil profissional e influenciado pela psicanálise, passa a ser importante mostrar que a sua prática é uma prática "clínica", enquanto que a indefinição de sua identidade e de seu saber torna-se uma questão a ser modificada.

Chegaríamos assim ao momento atual do acompanhamento no

⁷ Conforme Foucault, 1972 e Castel, 1978.

RJ, quando os que acompanham debatem-se com questões básicas como "o que faço junto ao paciente e de que maneira isto se torna terapêutico?"; "sou um terapeuta ou um auxiliar?"; "devo auxiliar a que psiquiatria?"; "enquanto grupo de acompanhantes terapêuticos, devemos tornar-nos ou não uma instituição?" etc.

Tendo em vista todas as modificações por que passou esta prática ao longo de sua breve história e o que entendemos como sendo um impasse em que atualmente ela se encontraria, decidimos elaborar uma pesquisa que faça um mapeamento das práticas e discursos associados a ela, desde o momento de sua emergência histórica, até os dias de hoje, no RJ. Visamos assim tornar claras as demandas que a tornaram possível, nos diferentes momentos de sua trajetória histórica, procurando determinar em que condições o acompanhamento foi ou pode ser considerado como prática psicoterapêutica.

Não procuramos em nosso trajeto, apontar para algo de essencial a uma diversidade de práticas de acompanhamento, mas sim determo-nos com mais cuidado em pequenas "viradas", a princípio tratadas como se não tivessem maior importância. Privilegiaremos assim as descontinuidades entre as práticas que se têm reunido sob o nome de acompanhamento psiquiátrico, ou psicoterapêutico, investigando os incômodos, impasses e questões que mencionamos acima e sempre tomando como referência os discursos que ao longo do percurso histórico que construímos procuraram significar o que seria ou deveria ser o acompanhamento.

Não intencionamos definir o que deve ser o acompanhamento, nem fazer a história da evolução de um certo conceito, supostamente fundamental para esta prática. Queremos antes mostrar que forças principais determinaram a constituição das práticas de acompanhamento, mantendo sempre como horizonte as dificuldades por que passam os acompanhantes no momento atual. Assim, pretendemos estar fazendo também um trabalho que seria preliminar a futuras tentativas de sistematização teórica da ação daquele que acompanha.

Dentre as práticas de acompanhamento que existem ou existiram, estamos preocupados com algumas delas. Se de uma maneira geral existem poucas publicações acerca deste tema, quando fazemos nele um recorte, as coisas ficam ainda mais complicadas. Portanto tivemos que forçosamente recorrer a depoimentos orais dos agentes que com elas estão ou estiveram envolvidos, além de procurar textos ou documentos não publicados.

Mas aquilo que poderia criar dificuldades num outro contexto, tornou-se para nós pretexto para uma escolha metodológica. Pois será justamente a partir destes discursos "não oficiais" -- desta prática já "não oficial" -- que faremos nossa análise.

Não nos preocuparemos assim, com a questão destes depoimentos serem mais ou menos confiáveis, do ponto de vista de

sua cientificidade, ou de sua exata correspondência àquilo que fazem os acompanhantes. Em primeiro lugar, porque não existe, até o presente momento, um discurso mais sistematizado que refira-se ao acompanhamento. Em segundo lugar, porque pensamos que, de uma maneira geral, quando o campo pesquisado é aquele composto pelas práticas psiquiátricas, uma tal distinção não funcionaria. Estas práticas são antes determinadas por "palavras de ordem" ou "proposições intuitivas", que por conceitos aos quais se chega através da série de procedimentos positivos que caracterizariam uma prática científica no sentido forte. Nossa atitude aqui será a do genealogista.⁸

Pensamos que alguns fatores conferem relevância à nossa pesquisa. Para começar, o acompanhamento é uma prática feita aqui e agora, no RJ, 1995, e a produção acadêmica e/ou teórica acerca do tema é ínfima. Depois, devemos considerar que, os pacientes atendidos por esta prática, são justamente aqueles diante dos quais as abordagens psicoterapêuticas tradicionais têm se mostrado seguidamente insuficientes, o que torna qualquer nova prática surgida neste campo a princípio merecedora de atenção.

Mas haveria ainda um outro ponto que julgamos justificar uma pesquisa sobre o acompanhamento. Sendo este uma prática em

⁸ Dizem Dreyfus e Rabinow:

" For the genealogist there are no fixed essences, no underlying laws, no metaphysical finalities. Genealogy seeks out discontinuities where others found continuous development. It finds recurrences and play where others found progress and seriousness. It records the past of mankind to unmask the solemn hymns of progress. Genealogy avoids the search for depth. Instead, it seeks the surfaces of events, small details, minor shifts, and subtle contours." (1982, pg. 106).

*constituição*⁹, podemos captar "ao vivo", ao pesquisá-la, algumas das forças que determinam a emergência de uma prática que se pretende *clínica*, no campo da saúde mental.

No caso do acompanhamento, prática diretamente ligada a duas instituições do porte da psiquiatria e da psicanálise, conhecer os caminhos de sua constituição, enquanto prática clínica, é conhecer a história de suas relações com estas duas instituições (e certamente estamos incluindo aqui a antipsiquiatria, enquanto parte da psiquiatria), que estarão, portanto, permanentemente em questão ao longo de nosso trabalho.

A dissertação está organizada da seguinte forma: No primeiro capítulo falaremos da experiências da Clínica Pinel e da Villa Pinheiros. Enfatizaremos que, inicialmente, na Clínica Pinel, o acompanhamento parece ter surgido para dar a esta um toque de "comunidade terapêutica". Pensaremos as particularidades da função daquele que fazia o acompanhamento então, o atendente psiquiátrico, e as demandas que teriam determinado o seu aparecimento. Trataremos ainda neste capítulo, da experiência da Villa Pinheiros, frizando particularmente as ligações mais explícitas desta clínica com a psicanálise e a influência que isto poderia ter tido sobre a função então atribuída aos "auxiliares psiquiátricos".

No capítulo dois, abordaremos a experiência do CETAMP, tal

⁹ Como dissemos acima, preferimos considerar o acompanhamento como um *campo de intervenção*. Porém, não dispomos no momento de "nomes" capazes de estabelecer o que seria este *campo* em oposição ao que seria uma das práticas constituída no seu interior.

como apresentada pelo livro das autoras argentinas já citadas (conforme nota três, acima). Apontaremos para a forte influência da psicanálise na prática então feita pela equipe de acompanhantes do CETAMP e efetuaremos uma análise daquelas que as autoras propõe como sendo as funções do inicialmente chamado "amigo qualificado" e depois "acompanhante terapêutico". Também destacaremos o movimento de mudança do "nome" pelo qual era reconhecido aquele que fazia o acompanhamento, mudança que procurou enfatizar os aspectos "clínico/terapêuticos" da função desempenhada por este último.

A análise do texto de Mauér e Resnizky se nos impôs, não apenas pela influência do trabalho nele apresentado sobre a prática dos acompanhantes aqui no RJ, bem como por constituir-se numa tentativa rara e pioneira de sistematização da prática do acompanhamento terapêutico.

No capítulo três voltaremos aos auxiliares da Villa Pinheiros para mostrar como se dá o movimento que chamaremos de "passagem para a rua". O acompanhamento aparecerá então ligado à demanda de psiquiatras de "tendências mais tradicionais", ao mesmo tempo em que os auxiliares aparecerão sendo cada vez mais informados pelo saber psicanalítico e orientados em suas vidas profissionais para uma prática psicanalítica em consultório. Mostraremos como aparecem então formuladas as demandas que fazem os médicos aos auxiliares, problematizando-as.

No capítulo quatro, procuraremos mostrar em que pontos a

demanda que fazem os médicos aos auxiliares entra em choque com o entendimento que estes têm de sua prática, enfocando os impasses clínicos e institucionais que se impuseram aos grupos que passaram a fazer acompanhamento a partir da segunda metade da década de setenta no RJ.

Finalmente, retomaremos pontualmente no capítulo de conclusão as principais questões que pensamos terem estado em jogo ao longo do processo histórico que trabalhamos em nossa dissertação.

Capítulo 1

O ACOMPANHAMENTO NA CLÍNICA PINEL E NA VILLA PINHEIROS

O Atendente Psiquiátrico da Clínica Pinel

Começemos pela Clínica Pinel, em Porto Alegre, início da década de sessenta. Surge, nesta clínica, uma "nova figura": o **atendente psiquiátrico**.

Uma das pessoas que entrevistamos e que foi uma das primeiras atendentes' desta clínica, em 1961, atribui ao seu diretor clínico na época (que chamaremos aqui de Dr. B.), psiquiatra e psicanalista, a "criação" do atendente.

Hoje também psiquiatra e psicanalista, C. conta-nos que o Dr. B., teria buscado inspiração no trabalho de uma comunidade terapêutica americana, para criar aqui no Brasil a figura do atendente psiquiátrico. Isto teria se dado no início da década de sessenta.

Os atendentes eram preparados para o desempenho de sua função dentro da clínica, pelo próprio Dr. B. Da dita função constava....,

"... cuidar do paciente, ... ficar com o paciente dentro do hospital, o tempo inteiro, acompanhando no banho, na barba, na

terapia ocupacional, no esporte, saídas, cinema ... e tudo que pudesse acontecer para o paciente, dia e noite."

O atendente atuaria, então, no mesmo espaço e tempo do enfermeiro psiquiátrico tradicional, tendo, no entanto, uma função diferenciada da que este costumava executar. Na Clínica Pinel, não havia enfermeiros e podemos supor que a função que o atendente desempenhava, de alguma maneira dava conta da que antes era cumprida pelo enfermeiro tradicional, embora não se resumindo a esta. A Clínica Pinel oferecia as possibilidades de internação e hospital dia ou noite. Era uma clínica particular, que atendia uma população de pacientes composta em sua maior parte por psicóticos, adultos.

Segundo L., que trabalhou na Clínica Pinel em meados da década de sessenta ...

"... a função dos atendentes era fazer parte do dia a dia do paciente ... lá havia um circuito de atividades já pré-montado ... os pacientes participavam muito ... havia grupos operativos, ... praxiterapia, ... enquanto uma comunidade terapêutica, o trabalho da clínica visava muito que o paciente participasse sempre ..., mas uma participação muito ativa; costumava-se dizer na época que o melhor atendente psiquiátrico era aquele que passava a manhã inteira sentado, lendo o jornal, porque ... se este estivesse trabalhando muito, era sinal que os pacientes estariam fazendo pouco."

O depoimento de L. pode ser articulado à seguinte passagem que encontramos num texto de Basaglia, em que este se refere ao surgimento das comunidades terapêuticas no após guerra ...

"... descobriu-se que no interior das instituições, em particular das instituições psiquiátricas, um internado poderia ser o terapeuta de outro internado, mais ainda que o médico. (...). Uma comunidade torna-se terapêutica porque tem em si princípios que levam a uma atividade comum, não se limitando somente ao chefe da instituição: o grupo cura-se a si próprio." (1979, pg.84).

Podemos entender, a partir do depoimento de L., que o atendente entraria em ação na medida em que este princípio autorregulador falhasse e/ou para que isto não acontecesse. Note-se que quando ele fala do melhor atendente ser aquele que fica "lendo jornal", refere-se ao cumprimento de finalidades mais objetivas, como o ficar com a chave, dar a medicação, chamar para o grupo operativo etc. Contudo, o atendente não deveria nunca desinteressar-se da perspectiva de **estabelecer um vínculo** com o paciente. Sobre a importância deste vínculo L. diz ...

"... O que diferencia o trabalho de uma comunidade terapêutica para o trabalho de um hospital mais tradicional, é justamente isto. O profissional que nela trabalha, seja enfermeiro, seja atendente psiquiátrico ou médico, deve sempre ouvir os pacientes; não reprimir a loucura, ouvir a loucura."

Note-se aí, uma aproximação deste **vínculo** à questão da "escuta à loucura". O atendente deveria buscá-lo, aproximando-se do "universo" de seus pacientes, expresso naquilo que eles diziam, por mais "louco" que pudesse parecer.

Dentro do "enquadramento" oferecido pela clínica, com suas atividades já mais ou menos pré-estabelecidas, o atendente procurava "estar junto" aos pacientes, ao mesmo tempo em que tentava fazer com que estes participassem das tarefas propostas por aquela "comunidade". O vínculo estabelecido entre atendente e pacientes funcionava então como um "eixo", em torno do qual giravam todas as atividades que eles procuravam fazer juntos.

Embora fosse demandado ao atendente estabelecer tal "vínculo", não encontramos sinais de que houvesse uma preocupação em precisar qual seria a "natureza" deste. Muitas vezes o encontramos associado ao termo "afetivo". Nunca houve, contudo, um esforço maior em delimitá-lo, talvez porque, intuitivamente, todos julgassem "entender" o que se pretendia com ele.

Não deixamos de notar aí a influência de um certo olhar sobre a loucura, em que esta aparecia como sendo consequência das contradições do "meio" em que se a localiza e daí a tentativa de reconstruir um "outro", mais "saudável". O atendente teria assim, como uma de suas funções, **estabelecer relações sociais "saudáveis" com os pacientes**, de maneira que estes pudessem abandonar seus antigos padrões de interação com o "meio".

C. era estudante de medicina na época e L. um leigo. Na Clínica Pinel, este era o perfil da "pessoa" que cumpria a função do atendente. Enquanto a primeira cumpria parte de sua formação profissional, o segundo tivera notícia desta possibilidade de trabalho, através de um anúncio de jornal e candidatara-se a ela independentemente de qualquer pretensão declarada à carreira médica ou "psi".

Devemos manter-nos atentos desde já, a esta peculiaridade desta prática, naquele momento: ela não possui um estatuto teórico e/ou profissional sólido e, conseqüentemente, não são claras as qualificações exigidas às pessoas que se candidatam a fazê-la. Por outro lado, o tipo de função que era solicitada aos atendentes, parecia depender menos dos conhecimentos acadêmicos ou teóricos daqueles que a desempenhavam, do que da disponibilidade destes para conviver, o mais informalmente possível, embora dentro de um ambiente que tem suas regras, com os pacientes.

J., outro atendente da Pinel, também leigo (sem formação médica ou psi) diz que ...

"... o trabalho era sempre voltado para a rua -- e isto era uma característica da Pinel -- para fora do hospital, procurando descaracterizar esta "coisa" psiquiátrica, ... não fazer do paciente um paciente, mas uma pessoa e, acima de tudo, uma característica importante: **trabalhar com a parte sadia do paciente. Aos atendentes, era praticamente vedado este "trabalhar com a doença". Eles tinham uma conduta de contenção, apenas. Ou seja, conter, ou lidar com a parte saudável do paciente.**"

Quanto a este "trabalhar com a saúde" e não "com a doença", entendemos que isto pode, por um lado, ser articulado a esta tentativa de composição de um "meio social saudável e acolhedor", no qual os pacientes pudessem realizar novas experiências emocionais significativas e à própria relativização que era feita acerca do que seria a "doença", já que esta não era entendida independentemente do meio sócio-familiar a que o paciente pertencia.

Mas, por outro lado, este tipo de divisão poderia ocultar o que seria uma "distribuição do poder de curar", já não tão coerente com a proposta de um estabelecimento que se define como uma "comunidade terapêutica". Veremos ao longo de nosso trabalho como paira sobre os que fazem acompanhamento, mesmo quando eles saem do interior das comunidades terapêuticas ou clínicas

psiquiátricas, o fantasma de que quem cura é o médico, ou o psicoterapeuta de consultório, enquanto eles "apenas auxiliam", ou "acompanham".

Pareceu-nos importante pensar o surgimento desta nova figura, o atendente psiquiátrico, em suas relações com seu espaço de emergência, uma comunidade terapêutica e também por relação àquele a quem ele vem substituir, ou seja, o enfermeiro. Por que o atendente não é um enfermeiro? Por que não se tentou treinar estes últimos para o cumprimento das funções que veio desempenhar o atendente?

Frisemos que, embora tudo indique que o acompanhamento tenha surgido dentro de instituições que se auto-intitulavam "comunidades terapêuticas", tal como a Clínica Pinel de Porto Alegre e a Villa Pinheiros no RJ, isto não quer dizer que estas funcionassem como tal, no sentido forte do conceito, ou que as diferenças entre umas e outras não devessem ser consideradas. Chamamos atenção para o que Castel classifica de "política de vitrine". Citando entre outras as experiências de Maxwell Jones no Belmont Hospital e depois em Dingleton na Escócia, ele dirá que, se elas são representativas de uma nova forma de abordagem do problema da doença mental, o são ...

"... por seu caráter atípico. Arriscam-se, assim, a desempenhar o papel de um véu dinâmico e modernizante estendido diante da

realidade das situações nacionais para dissimular seu cotidiano, isto é, sua realidade" (1978b, pg 151).

E continua mais a frente:

"... Quando um caso muito particular ganha assim foros de realização exemplar, é porque está investido da função de modelo.(...), isto é, é pura que reúne todas as características a serem realizadas e abre caminho ao que deveria ser generalizado, sob formas mais modestas, se fosse preciso." (ibid , pg 158).

Para conhecer a prática do acompanhamento, é necessário que se atente para a diferença que separa o **modelo**, das **formas mais modestas**, para usar a distinção feita por Castel.

Não encontramos referência a este "atendente psiquiátrico", na literatura que trata sobre as comunidades terapêuticas. Pode-se argüir, entretanto, se a função para desempenho da qual ele foi criado é tão nova quanto ele. Muitas vezes temos a impressão de que os atendentes, tal como utilizados na Clínica Pinel, encarnavam justamente aquilo que as

antigas figuras dos hospitais psiquiátricos tradicionais deveriam ter incorporado às suas práticas, a partir da crítica à estrutura social do hospital psiquiátrico tradicional feita pela psiquiatria social e antipsiquiatria.

Enquanto "modelo", as primeiras comunidades terapêuticas, "convidavam" enfermeiros e técnicos de uma maneira geral a assumir uma nova postura. No caso específico da enfermagem, esta nova postura faria com que o enfermeiro passasse a exercer¹⁰, pelo menos teoricamente, uma função semelhante a que parece ter desempenhado na Clínica Pinel, o atendente, pelo menos enquanto este se encontrava no interior do estabelecimento.

Consideramos entretanto que, a criação desta "nova figura", mesmo que para desempenho de uma, talvez não tão nova, função, deve ser pensada cuidadosamente. Parece-nos diferente que um enfermeiro desempenhe, como função da enfermagem, as funções que veio cumprir o atendente, ou que um psicólogo ou psiquiatra as cumpra, como parte de suas funções. O fato de não pertencer a nenhuma categoria profissional instituída, permite ao atendente, por um lado, um deslizamento que atravessa a todas estas "instituições" -- psicologia, psiquiatria, psicanálise etc -- mas, por outro, o deixa num permanente estado de marginalidade em relação aos técnicos usualmente encontrados dentro do campo da saúde mental. Pensamos que isto poderia ser

¹⁰ Pensamos que, quanto a esta passagem, estaria em jogo fundamentalmente a diferença entre a ação de um profissional que trata de um "corpo doente" e a de outro que valoriza as produções do discurso daquele a quem "trata", dirigindo-se a um "semelhante", a um "sujeito" que merece ser escutado, porquanto não simplesmente "alienado" -- ainda que este "sujeito" e esta "não alienação" venham a ser abordados de maneira diferente, segundo a "leitura teórica" que se faça deles.

articulado ao tipo de proposta das chamadas "comunidades terapêuticas.

Maxwell Jones dizia que "... a distinção entre comunidade terapêutica e outros centros semelhantes de tratamento reside no modo como se capitalizam conscientemente no tratamento, os recursos da instituição, da equipe, dos pacientes e de seus parentes." (1968, pg 88).

Portanto, sobre a estrutura tradicional dos estabelecimentos psiquiátricos da época, acrescentou-se uma "nova dinâmica", entre as figuras que já os compunham. Esta nova dinâmica implicava, como nos diz o próprio Jones (ibid, pg 89), numa "mudança de status do doente", mas diríamos que também no de todas as pessoas envolvidas direta ou indiretamente no tratamento dos pacientes. "... a nítida distinção entre médico e paciente, entre o que trata e o que é tratado, não mais prevalece." (ibid, pg 43).

Havia a noção de que seria necessário formar uma "cultura terapêutica", noção esta decorrente, por um lado, do pressuposto de que as desordens emocionais poderiam advir de "uma falha na aprendizagem do relacionamento com outras pessoas (ibid, pg.5), mas também, por outro lado, da constatação de que ...

"... a persistência da estrutura social hierárquica de muitos hospitais, onde as comunicações

são bastante inadequadas às solicitações e onde o abuso de autoridade pelo médico pode bloquear o imprescindível diálogo ..." (ibid, pg 33/34)

... tornando-se um obstáculo ao progresso da psiquiatria e mesmo da medicina como um todo.

É interessante notar aquela que Jones relata como tendo sido a experiência originária que terminaria levando-o ao conceito de comunidade terapêutica: tendo ficado responsável por uma quantidade de pacientes somáticos de sintomatologia bastante semelhante, resolveu, junto à sua equipe, comunicar ao grupo de pacientes como um todo, o conhecimento que tinham adquirido acerca do surgimento dos sintomas que estavam apresentando. Ele chama a esta de "... minha primeira experiência, em larga escala, de terapia de grupo ..." (ibid, pg. 17).

Logo percebeu, no entanto, que os pacientes se beneficiariam muito mais "... se estivessem envolvidos em uma interação bi-direcional e em diálogo conosco" (ibid, pg. 17). Passaram assim da "idéia de ensinar perante um auditório passivo, para a de aprendizagem social como processo de interação entre a equipe e os pacientes." (ibid, pg. 17). A partir desta experiência passaram a adotar os "encontros diários da comunidade" para que tanto pacientes quanto membros da equipe pudessem encontrar-se para examinar aquilo que faziam e o motivo

porque o faziam.

Depreendemos destas passagens, o núcleo da "nova dinâmica" a que nos referimos mais acima :

a) A interação bidirecional, entendida como uma relação que se opõe ao modelo clássico "mestre-aluno", onde o segundo ocupa uma posição passiva perante o primeiro. Este é chamado a participar ativamente do processo de aprendizagem, como quem "também tem o que ensinar". Crítica portanto, ao modelo que coloca o técnico como detentor do saber absoluto sobre a saúde e a doença do paciente.

b) A implicação dos técnicos, convidados a se examinarem e a se deixarem examinar tanto quanto os pacientes, no que diz respeito às ações do dia a dia da comunidade ou estabelecimento terapêutico. Caem as fronteiras, antes bastante precisas, entre aqueles que tratam e os que são tratados e mesmo entre os diferentes papéis de cada um dos técnicos envolvidos.¹¹ A criação de uma figura como o atendente, permanentemente à margem dos antigos papéis instituídos, articula-se bem com esta proposta.

c) A valorização e o investimento no trabalho de grupo. Seja o grupo de pacientes, ou o grupo de técnicos, este último

¹¹ Sobre isto, Cooper, expoente da antipsiquiatria, movimento que um pouco mais tarde retomaria algumas das propostas e questionamentos da psiquiatria social inglesa, oferece-nos a seguinte passagem:

"... we became particularly aware of the fact of *role diffusion*, the breakdown of role boundaries, which was a necessary stage on the way to the staff and patients defining themselves and their relationships with each other not on the basis of an imposed, abstract labelling system, reflecting a few technical or quasi-technical functions, but in terms of the personal reality of each member of the community." (1967, pg 92, grifo nosso).

trabalhando sempre de maneira integrada, caracterizando portanto o trabalho de equipe. A comunicação entre os membros destes grupos não deve se dar segundo um modelo fortemente hierarquizado, como era norma nos hospitais psiquiátricos clássicos.

d) A noção de seria desejável a criação de uma "cultura terapêutica". Esta noção relaciona-se diretamente a uma outra, também privilegiada por Jones, que seria a de "aprendizagem social".¹² Esta "cultura terapêutica" deveria proporcionar o ambiente adequado para que a "aprendizagem social" se realizasse na interação de todos os indivíduos envolvidos no cotidiano da comunidade.

A comunidade terapêutica, tal como idealizada pela psiquiatria social inglesa traz, portanto, uma crítica à estrutura social do manicômio e aponta para o efeito "terapêutico" que se poderia obter, ao se procurar pensar e "cuidar" mais, desta dimensão que poderíamos considerar menos técnica e mais "sócio-política" do tratamento oferecido aos pacientes.

Há uma grande ênfase na importância da figura do assistente social e uma crítica forte ao modelo de formação acadêmica do psiquiatra, centrada na relação médico-paciente e

¹² Deve-se entretanto diferenciar este aspecto "pedagógico" da proposta de Jones, da tentativa empreendida alguns anos antes pelos alienistas. Estes também tentaram constituir um "ambiente terapêutico" no hospital; neste procuraria-se então reproduzir um ambiente "moral" imaculado (não encontrável fora do hospital), onde a recuperação do paciente seria empreendida. Neste caso porém, não haveria uma valorização do discurso da loucura, considerada então como negatividade radical -- corpo doente, falha moral e ausência de razão (sobre o alienismo ver Foucault, 1972 e Castel, 1978).

na autoridade absoluta deste último em tudo que diz respeito a tratar ou curar:

"Nas últimas duas décadas, a preocupação com os aspectos orgânicos, clínicos e psicanalíticos da doença mental modificou-se devido à crescente consciência da importância dos fatores sociais.(...) O paciente também não deve mais ser visto como um "caso"; estudá-lo isoladamente é ignorar os fatores sociais que muito contribuíram para seus sintomas" (Jones, *ibid*, pgs 42/43).

Franco Basaglia, cuja militância em psiquiatria inscreveria-se no contexto dos movimentos de contra-cultura do final da década de sessenta, faz referência às comunidades terapêuticas como um *instrumento* através do qual se poderia repensar a questão do atendimento à doença mental, em direção a uma prática realmente voltada para o restabelecimento da saúde dos pacientes, alertando ao mesmo tempo para o perigo de a considerarmos como um novo modelo, bem acabado, de tratamento. Segundo ele, este tipo de estabelecimento surge da necessidade de uma ...

"... ação de negação, em relação com a realidade dos asilos(...), de qualquer classificação nosográfica, cujas subdivisões e elaborações revelaram seu caráter ideológico em relação à condição real do doente" (in Escobar (org), 1973 pg 48).

A comunidade terapêutica de Basaglia seria ...

"... um conjunto no qual todos os membros -- doentes, enfermeiros e médicos -- (e isto é importante) estão unidos por um compromisso total. Um lugar no qual as contradições da realidade são o humus do qual surge uma ação terapêutica recíproca. (...). Viver dialeticamente as contradições da realidade é, pois, o aspecto terapêutico de nosso trabalho." (ibid pg 54).

Embora hajam pontos comuns entre as propostas de Jones e Basaglia, a deste último parece ter levado mais a fundo as consequências da crítica político/social embutida na psiquiatria

social e antipsiquiatria. Reconhecendo o pioneirismo da psiquiatria social inglesa em acentuar o aspecto social no funcionamento do manicômio, Basaglia irá, porém, criticar o modelo de comunidade terapêutica inglesa que, apesar de uma série de reformas, não teria conseguido se tornar mais do que "... uma reciclagem da velha gestão manicomial" (1979, pg 85).

"... víamos que, continuando na lógica de comunidade terapêutica, havíamos fechado, tanto nós quanto os ingleses, na nova ideologia comunitária, uma instituição que teria que ser aberta." (ibid, pg 87).

Segundo Castel (1978b), é esta a crítica que mais frequentemente se faz a este tipo de estabelecimento psiquiátrico: o de correrem o risco de se fecharem sobre eles próprias.

Tanto na perspectiva da psiquiatria social inglesa, quanto na de Basaglia, as comunidades terapêuticas possuem uma proposta de questionamento do saber e das práticas psiquiátricas até então instituídas. Propunha-se que pacientes e técnicos pudessem conviver segundo um modelo de comunicação que não mais obedecesse às antigas hierarquias. Antigas "identidades profissionais", encontravam-se, assim, "em cheque".

É certamente digno de nota, que aconteça justamente em comunidades terapêuticas, o aparecimento de uma figura como o atendente. Sua intervenção escapa aos lugares até então instituídos para o trabalho terapêutico. Sua formação é feita no interior da própria comunidade, não lhe sendo requisitada uma formação prévia, acadêmica. O saber que lhe será exigido, é mais próximo ao saber do "homem das ruas"¹³, balizado pelas diretrizes mais objetivas que lhe serão fornecidas no interior da própria clínica.

Voltando à Clínica Pinel, percebemos que, naquele momento, o atendente era este "sujeito social", que se oferecia para estabelecer uma relação com os pacientes. Quando se dizia que a ele não cabia lidar com a doença, fazia-se referência ao fato do atendente não dever falar do lugar de "sujeito da ciência" ou "do conhecimento", quando se dirige aos pacientes. Esta posição do atendente é correlativa ao deslocamento daqueles, do lugar de "objetos do conhecimento científico", para o lugar que também ele irá ocupar ... "tratar o paciente como pessoa" e, o máximo possível, desde o lugar de "pessoa". Curiosa figura, o atendente, criado para atuar numa faixa em que se perderia a distância entre o que conhece e o que é conhecido.

¹³ Quanto a isto, pensamos que uma das experiências que podem ter servido como inspiração para a criação de uma figura como a do atendente, pode ter sido aquelas em que se chamava pessoas pertencentes à comunidade extra-hospitalar para servirem como elos na reintegração do paciente à comunidade. Nestes casos, pouco se contava com a cultura acadêmica destas pessoas, o que aponta para o fato de que se estava abordando o problema da doença mental por uma vertente mais político-social do que técnica. O atendente já poderia aparecer como uma adaptação. De uma certa maneira, também era importante a sua atuação naquilo que diz respeito à reintegração do paciente à comunidade, já que é ele que passará a sair com o paciente, seja para passeios à rua, seja para visitas à sua família. No entanto o atendente é um funcionário da clínica, o que traz uma diferença significativa em relação a estas outras iniciativas a que estamos nos referindo.

Continuemos, pois, a pensar porque o atendente não era um enfermeiro, ou porque os enfermeiros não foram treinados para cumprir a função dos atendentes. Seria preciso observar uma confluência de fatores: primeiro, os enfermeiros parecem estar fortemente associados a uma função médica. Esta, no caso do enfermeiro psiquiátrico, diria respeito não apenas a dar a medicação, ou cuidar de eventuais problemas clínicos que os pacientes pudessem vir a apresentar, mas também a conter e vigiar o paciente. Nesta perspectiva, não estaria entre as atribuições do enfermeiro estabelecer com o paciente o tipo de vínculo afetivo e significativo que se demandaria ao atendente.

Entretanto, isto não responde à questão, uma vez que Jones, por exemplo, falando sobre o treinamento da enfermagem em psiquiatria social, já apontava este problema e, nem por isso, foi-lhe preciso criar um "atendente":

"... durante seu treinamento no hospital geral, o enfermeiro aprendeu a desempenhar um papel relativamente passivo, a executar ordens de maneira detalhada mas com pouca oportunidade para pensar por si mesmo. Qualquer tendência a estabelecer relações de maneira significativa com os pacientes é reprimida de forma implícita ou

explícita." (op. cit., pg 187).

Portanto, enquanto Jones falava na necessidade de treinamento em psiquiatria social, não só para enfermeiros mas também para os médicos, aqui no Brasil e também na Argentina, o enfermeiro era substituído pelo atendente psiquiátrico (não sabemos se na Argentina ele teria surgido com o mesmo nome, provavelmente não). Por que não se teria investido em treinamento? Além disso, observe-se que, quando Jones fala em "estabelecer relações de maneira significativa com o paciente ...", parece tocar naquilo que para nós constitui uma das principais diferenças entre o trabalho dos que fazem e fizeram acompanhamento em seus diversos momentos históricos e o dos enfermeiros psiquiátricos em geral: este **vínculo significativo** que é demandado aos primeiros estabelecerem com os pacientes.

Uma segunda tentativa de resposta, aponta para o que seria o despreparo da enfermagem psiquiátrica no Brasil. Ao contrário do que aconteceria em outras especialidades médicas, o enfermeiro psiquiátrico seria, em geral, um técnico bastante mal preparado, geralmente oriundo das camadas mais humildes da população. É provável que, para isto, tenha contribuído o fato da psiquiatria ocupar um lugar ambíguo, no que diz respeito às práticas e ao discurso médico de uma maneira geral.

Considerando-se o fato do discurso psiquiátrico não atribuir "sentido" ao discurso da loucura, além de ser tão

freqüentemente atravessado por um discurso da moralidade e somando-se a isso uma política de tratamento fortemente marcada pelos procedimentos de reclusão do louco dentro dos manicômios, podemos entender porque, durante muito tempo, tenha-se exigido dos enfermeiros psiquiátricos, tão somente a capacidade de conter e vigiar o paciente dentro do estabelecimento psiquiátrico, funções para as quais não são necessários maiores "conhecimentos técnicos".

Mas, de "falta de preparo técnico", também padeciam os candidatos a atendentes -- estudantes ou leigos. Parece-nos que, muito mais determinante do que uma suposta falta de preparo da enfermagem, tenha sido justamente a diferença entre os universos sociais a que pertenciam as pessoas que vieram a ocupar o lugar de atendentes e as que vinham historicamente cumprindo a função da enfermagem no Brasil.

Se esta diferença pesou, foi porque ela criava impasses tanto nas **relações afetivas e/ou significativas** que viriam a ser estabelecidas entre atendentes e pacientes, quanto entre atendentes e os outros técnicos. Quanto às primeiras, é inequívoco que, na prática, os atendentes funcionavam um pouco como "modelos de identificação" para os pacientes em tratamento, fato que, levando-se em conta serem os pacientes de uma clínica particular como a Pinel oriundos de camadas mais abastadas da população, favoreceu a busca por pessoas com uma inserção socio-cultural diferente daquelas que faziam a enfermagem psiquiátrica. O pertencimento a um mesmo universo sócio cultural

favoreceria este intercâmbio afetivo-significativo.

Já quanto às segundas, devemos levar em conta que o universo composto por uma comunidade como a Clínica Pinel é um universo médico e "psi", com sua linguagem e práticas características, para as quais estão melhor habilitados estudantes de medicina e psicologia. Isto, nem tanto por suas formações acadêmicas, quanto por suas "formações culturais", o que pode ser confirmado pelo fato de que os "leigos" chamados para ser atendentes compartilhavam o mesmo universo cultural da maioria daqueles estudantes.

Até pela proposta de "comunidade terapêutica", as relações estabelecidas entre os técnicos de uma clínica como a Pinel, têm muitas vezes uma "proximidade" que extrapola o nível da simples "troca científica", e mesmo o interior daquela, tornando-se portanto "natural", que eles procurassem por seus "semelhantes" para a hora de "discutir os casos clínicos", ou para a "hora do chopinho" etc.

Faltaria ainda perguntar porque não se teria contratado pessoas de um novo perfil sócio-cultural, para cumprir com "as novas funções da enfermagem"? Poderíamos especular que, as pessoas legalmente habilitadas para trabalhar como enfermeiros, não possuíam este perfil e poderia trazer complicações legais para a clínica colocar profissionais não habilitados para cumprir uma função para a qual existe uma legislação estabelecendo direitos e deveres. Não estava, como até hoje

ainda não está, legalmente determinado, o que sejam as obrigações e direitos de um atendente, amigo qualificado ou acompanhante terapêutico e sua inserção na Clínica Pinel e outras comunidades terapêuticas pode ter sido facilitada também por esta via.

Achamos interessante como, além de um vínculo "pouco definido" com os pacientes e com a comunidade psi de uma maneira geral, pesava sobre o atendente uma indefinição contratual com a clínica. Estágio ou emprego? Inicialmente emprego, mas muitas vezes ocupado por estudantes de medicina e depois, progressivamente, psicologia, já revelando esta ambígua característica de ser um "emprego para estudantes".

Sobre este vínculo "pouco definido" com os pacientes, voltaremos nossa atenção sobre ele mais à frente, mas, há um depoimento de um dos atendentes da Pinel que usaremos agora para ilustrar o que estamos querendo apontar:

"Você entrava na clínica quase que como um paciente. Me senti muito "sem cobertura" no primeiro dia; perdido no hospital, ninguém ficou comigo. Depois fui ao grupo operativo, reclamei e viu-se que a questão da entrada das pessoas novas não estava bem trabalhada."

Esta é uma queixa crônica que encontramos entre aqueles que fazem este tipo de trabalho seja dentro ou fora do estabelecimento psiquiátrico. Criam-se dispositivos de "ajuda

aos novos" a cada nova reclamação, mas não se consegue evitar esta sensação de "falta de cobertura". Isto se dá exatamente porque não há mesmo uma maneira de transmitir precisamente como deve agir o atendente em seus primeiros dias -- e mesmo a cada novo caso. A natureza do vínculo que se lhe é demandado estabelecer com os pacientes o "expõe", inevitavelmente. Existem as regras objetivas, mas elas não dão conta de mais do que uma pequena parte do tempo em que os atendentes ficam com o(s) paciente(s).

É evidente que desejava-se que os atendentes desempenhassem uma função diferente daquela que desempenhavam os enfermeiros psiquiátricos e o fato de não se ter investido no treinamento destes, certamente derivou em grande parte dos fatores que acabamos de mencionar. De todo modo, dada a própria atmosfera que impregnava o trabalho das comunidades terapêuticas, a utilização de recursos que parecessem interessantes para o tratamento dos pacientes, nem sempre se fazia acompanhar de um amplo esforço de reflexão e teorização.

O que nos parece importante assinalar, é que não parece ter sido dada a devida atenção às conseqüências desta "mudança".¹⁴ Isto, até porque ela não tem nada de "magnífica", parecendo sobretudo razoável e inofensiva. A função do atendente é "... apenas estar junto, acompanhar ...". Nesta perspectiva, não há como questionar a conveniência de colocar-se jovens disponíveis e interessados em ajudar, para conviver com os

¹⁴ Referímo-nos ao fato do atendente não ser um enfermeiro.

pacientes no interior da clínica ou em eventuais incursões com estes à rua. É "apenas" isto que se pede aos atendentes e não uma intervenção mais "técnica".

Observe-se, não obstante, que, trinta anos depois desta singela criação, novas trilhas foram abertas para e pelo acompanhamento, na "realidade" constituída pelas práticas "psi". Trilhas imprevistas naquele momento original, mas que só se tornaram possíveis a partir dele. Trilhas que talvez em muito tenham extrapolado as "intenções" dos "inventores do atendente", mas que não poderiam ser entendidas sem uma referência a estas.

Na medida em que à margem dos antigos lugares "técnicos" dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, talvez o atendente tenha ganho, inadvertidamente, um novo espaço de circulação e **vinculação** junto aos pacientes. Neste sentido, ele talvez tenha podido desempenhar com maior desenvoltura aquilo que estava contido na proposta das comunidades terapêuticas, por exemplo, a questão da "role diffusion" (conforme Cooper, op.cit.), que está diretamente ligada ao tão falado questionamento das instituições ou, ainda, à assunção de uma atitude facilitadora para o processo de "aprendizagem social", citado por Jones (op. cit.), já que, enquanto um "leigo", ou estudante, o atendente, ou porque "não sabe", ou porque "está aprendendo (referímo-nos aqui aos saberes instituídos, "científicos"), terá uma maior liberdade para "aprender", tanto com os pacientes, quanto com os outros técnicos.

Vejamos que um enfermeiro "sabe o que ele é". Existem escolas de enfermagem, legislações acerca de seus direitos e deveres e, além de tudo, ele tem sua identidade profissional fortemente atrelada à instituição médica, cuja força não precisamos reafirmar. Outras figuras usualmente encontradas nos estabelecimentos psiquiátricos ou para-psiquiátricos, gozam destas mesmas condições, excetuando-se apenas a questão do "atrelamento" ao saber médico. O psicólogo e o assistente social, possuem uma certa independência em relação ao médico, ainda que sobre eles pese o estigma de não exercerem funções tão importantes quanto aquele último. A psicologia e a sociologia, enquanto "ciências", encarregam-se em proporcionar-lhes esta "dose de autonomia".

Durante muito tempo, o lugar do atendente não será lugar para o exercício de uma profissão e sim para uma oportunidade temporária de trabalho para um "leigo", ou como oportunidade de treinamento para estudantes que, após formados, buscavam outras atividades. Disto resultou que atendentes da Pintel e/ou aqueles que "acompanham" -- amigos qualificados ou acompanhantes terapêuticos como veremos à frente -- embora tendo que exercer sua atividade a partir de um lugar "fragilmente" instituído, durante muito tempo pouco tenham se oposto a esta situação. Além disso, no interior de uma comunidade terapêutica, isto -- esta sempre frágil institucionalização -- talvez funcionasse bem, o que explicaria o fato de ter sido este o seu "locus" de emergência.

Entretanto observaremos como em alguns momentos de sua história, isto não funcionou tão "bem". Um ou outro dos personagens envolvidos, introduzem "pequenas modificações", tratadas com a habitual "sem cerimônia" e informalidade com que normalmente se trata a prática do acompanhamento e ao mesmo tempo fragilmente legitimadas por certas "palavras de ordem", ou arremedos teóricos feitos para a ocasião.

Surgirão auxiliares psiquiátricos, amigos qualificados, acompanhantes terapêuticos, trabalhando em clínicas de orientação psicanalítica, instituições "nômades" de "terapia de abordagem múltipla" e junto à iniciativa particular de psiquiatras de tendência mais ou menos tradicional e psicanalistas de diferentes orientações. Nem sempre haverá, como mostraremos, consenso ou "bem estar" quanto ao uso que se pretenderá fazer do trabalho daquele que acompanha.

Encontrava-se na Clínica Pinel, alguns dos recursos que habitualmente encontramos em clínicas do tipo "comunidade terapêutica". As atividades nela propostas eram de uma maneira geral grupais e as famílias dos pacientes eram convidadas a participar do tratamento através de um trabalho de atendimento familiar. O trabalho era orientado para a reintegração do doente ao meio social exterior, com o uso do esquema de "hospital dia" e saídas de pacientes com atendentes. Englobando tudo isto, a proposta de formação de uma "comunidade" que funcionasse num

sistema de auto-gestão. O pessoal da clínica era composto por médicos, psicólogos, assistentes sociais, uma chefe de enfermagem, atendentes e funcionários de limpeza, cozinha etc, que deveriam todos participar ativamente da vida comunitária.

Aos atendentes cabia participar junto aos pacientes de todas as atividades terapêuticas oferecidas, como a praxiterapia, grupos operativos, atividades esportivas, saídas à rua etc. Quanto aos grupos operativos, um ex atendente da Pinel nos conta ...

"... a parte doentia dos pacientes era trabalhada nos grupos operativos ... e você, no grupo operativo ... era colocado o seu nome ..., o paciente que tivesse colocado o nome de fulano reclamaria que ele tentou agredir "não sei quem", ou então que ele "disse que ia chamar um agente da KGB para me matar", ... o delírio era discutido no grupo, num mesmo nível, como se ..., enfim ..., não se interpretava os pacientes. Trabalhava-se a doença deles, mas num nível objetivo, sem interpretar psicanaliticamente."

Percebemos pelo relato, a tentativa de criação deste espaço democrático, onde todos podem e devem se pronunciar acerca dos assuntos trazidos a debate. É um espaço aberto para que os problemas de todos possam ser discutidos, onde o médico coordenador tem muito mais a função de propiciar o ambiente para que esta discussão possa acontecer, do que oferecer as soluções para os temas colocados através de um suposto "maior saber".

Teoricamente, as pessoas participantes entram em posição de igualdade neste espaço, sem que valham as tradicionais divisões de papéis entre pacientes e técnicos no que diz respeito ao encaminhamento de soluções para os problemas.

Aos atendentes eram dadas "supervisões semanais":

"... tínhamos uma reunião semanal com um coordenador, geralmente um psiquiatra, sendo a equipe composta por umas quinze pessoas (atendentes). Era uma reunião de supervisão ... numa linha que eu diria mais "operativa" do que psicanalítica. Por exemplo, uma pessoa que entrou para trabalhar como atendente; ótima. Então, apaixonou-se por uma colega de equipe. Nós vimos que aquilo era "atuação" dele, mas ele se angustiou muito. Achávamos que aquilo era uma coisa que dava segurança a ele, lá dentro. Estas eram as questões trabalhadas nestas reuniões, roupa suja, sexualidade, disputas, furos de equipe etc."

Não era dada grande ênfase ao conhecimento clínico que os atendentes pudessem vir a adquirir acerca do quadro psíquico dos pacientes. Daí estas supervisões não serem tanto clínicas quanto "operativas", no sentido de que visavam tornar a equipe "operante". Algumas situações mais delicadas que eventualmente surgissem, deveriam, preferencialmente ser trabalhadas na análise pessoal de cada um. Entretanto, segundo nos conta L. ...

"... as pessoas não eram obrigadas a se tratar, ou fazer

análise, até muito pelo contrário. *Dizia-se que os melhores atendentes psiquiátricos eram aqueles que não tinham curso nem formação teórica.* Efetivamente, a maioria era de leigos. Isto é uma coisa que viria a mudar muito mas, naquela época, o trabalho era feito a partir de tarefas já bastante organizadas, pensadas e *os atendentes não eram pessoas que tivessem uma idéia muito clara daquilo com que estavam lidando, que tivessem uma compreensão profunda do estavam fazendo, seja no que diz respeito ao paciente, seja a eles mesmos."*

Há uma certa oscilação no que tange a esta problemática comentada por L.. Alguns atendentes que entrevistamos, nos falaram da importância de que o atendente fizesse o seu tratamento pessoal para suportar o difícil contato com os pacientes e também de uma certa orientação teórica de base psicanalítica, dada nas reuniões de supervisão. De todo modo, é importante que detenhamos que isto não era rigidamente estabelecido ou exigido e até, eventualmente, desprezado.

Não estava suposto que a eficácia do trabalho do atendente, adviesse de seu "conhecimento" do que se passava ao paciente -- no sentido de um conhecimento formal, teórico, acadêmico, enfim, um conhecimento da "doença", enquanto categoria abstrata, pertencente ao quadro elaborado por uma teoria "científica". Seria tanto melhor atendente, aquele que tivesse uma capacidade sobretudo intuitiva, advinda de sua experiência de vida pessoal, de contornar as situações

inusitadas em que às vezes pudesse se ver junto ao paciente; ou, ainda, aquele que possuísse um carisma tal, que o possibilitasse aproximar-se de pessoas normalmente fechadas às trocas sociais.

Por outro lado, é importante observar que, embora orientado por tarefas preestabelecidas e sem uma grande compreensão do que se passava -- em termos "teóricos" -- entre ele e o paciente, o atendente tinha sempre o dever de procurar relacionar-se mais profundamente com estes, de oferecer-lhes uma escuta diferenciada, na medida em que uma escuta tolerante, não repressiva. Neste ponto, o atendente inclusive afastava-se do modelo "normal" de relação com a "loucura", já que este é muito mais baseado na esquiva, ou na repressão e/ou não aceitação de toda fala ou comportamento que não se adeque à norma ou que não concorde com a realidade "objetiva" dos "fatos".

A relação que o atendente procurava estabelecer com o paciente, não era necessariamente normatizadora, no sentido de buscar uma "pedagogia moral" e muito menos obedecia sempre a uma mesma "forma". Estava sempre presente, em algum grau, a ideologia de "respeitar a singularidade da loucura" e daí o "oferecer uma escuta diferenciada". Neste ponto, seu trabalho era muito pouco burocrático, havendo um espaço livre para experimentação, evidentemente dentro do enquadramento determinado pelas normas e atividades da clínica.

Encontramos no trabalho de atendentes na Clínica Pinel, algumas "vertentes" de intervenção que gostaríamos de destacar.

Existem os momentos em que ele apenas "acompanha", "está junto", ao paciente, no dia-a-dia deste. Nestes momentos, o vínculo é informal -- embora necessariamente atencioso e receptivo por parte do atendente -- procurando o atendente basicamente estabelecer um contato intersubjetivo com o paciente, ao melhor estilo do se passa entre duas pessoas fora de um contexto de tratamento.

Mas há também os momentos de "crise". Estes são tanto aqueles em que o paciente "explode" em confusão ou agressividade, quanto aqueles em que este se refugia numa atitude retraída e ensimesmada, como que absorto num mundo inteiramente particular. A característica comum seria que, nestes momentos, o paciente recusa-se a seguir as regras do estabelecimento e o atendente é então convocado a tentar, através de recursos que vão da persuasão verbal até a contenção física -- com muito menor freqüência já que sempre é privilegiado o diálogo -- fazê-lo "enquadrar-se". Nestes momentos, o atendente fala em nome das regras da clínica, comportando-se como um representante da "lei" da instituição.

Haveria ainda um terceiro momento da intervenção do atendente, que poderia acontecer também, de certa maneira, em momentos de crise, mas uma crise que ao contrário das que nos referimos acima, não extrapolaria os limites de uma abordagem verbal. Seria quando o paciente se dirige ao atendente para "falar sobre si", para falar de sua história, de seu sofrimento, ou de seu delírio etc. Nestes momentos os atendentes deveriam

oferecer uma *escuta diferenciada*, acolhendo e mesmo incentivando a iniciativa dos pacientes de "falarem de si", ainda que não se esperasse dos primeiros um trabalho terapêutico que incidisse sobre o discurso destes últimos. Nestes momentos há, de certa maneira, a expectativa de uma atitude "passiva" do atendente, que, grosso modo, deve *escutar*, mas não *interpretar*.

Quanto ao saber que orientava o atendente, diríamos que ele era, em uma das vertentes de sua intervenção, sobretudo um "não saber", no sentido em que o atendente era aquele que se aproximava dos pacientes de um lugar que não é o de "sujeito da ciência". É quando ele "lida com a saúde" e não com "a doença" dos pacientes.

Já na outra vertente, quando ele fala representando a instituição, é porque foi necessário uma "palavra de ordem". Não é mais possível "escutar o paciente", porque é suposto que este "não está sabendo se *dirigir*", ou não está respeitando os princípios estabelecidos pela comunidade. São evocadas as regras e normas da clínica, ou da comunidade, para justificar-se uma medida de "autoridade".

Aqui o atendente estaria de certa forma "lidando com a doença" (ainda que "apenas objetivamente") e esta poderia ser descrita em termos que são sempre psiquiátricos, psicanalíticos, ou uma mistura dos dois. Se ainda não fala do lugar de "sujeito da ciência" então, é porque o atendente é, no máximo, um auxiliar; mas aquilo a que ele está dirigindo a sua intervenção

-- ainda que isto lhe possa ser desconhecido -- é a "doença mental", tal como apresentada pelo conhecimento psiquiátrico ou psicanalítico. Isto vale também para aqueles momentos em que o atendente oferece a tal escuta diferenciada ao paciente. Voltaremos a isto.

Não sabemos se a experiência da Clínica Pinel com os atendentes foi a primeira, ou se procurou reproduzir com mais ou menos importantes adaptações a experiência de alguma comunidade terapêutica argentina. Mas ela, tal como se nos foi apresentada pelos relatos que pudemos conseguir, mostra algumas das peculiaridades que em diferentes lugares e momentos encontraremos na prática do acompanhamento.

Entretanto não é somente atrás destas "continuidades", daquilo que permanece entre uma prática e outra de acompanhamento, em seus diferentes momentos históricos, que segue a busca de nossa pesquisa. Buscamos antes pontuar certas diferenças que, embora muitas vezes tratadas como de menor importância, ou sequer pensadas, acabaram por determinar "mudanças de rumo" que só se tornam claras quando se procura fazer a genealogia de uma determinada prática, atravessando os seus diferentes momentos históricos.

Nesta perspectiva, desprezaremos qualquer tentativa de dar conta destas modificações, como efeitos de um aprimoramento, de um desenvolvimento da prática do acompanhamento em direção a sua forma melhor acabada. Não é a lógica da descoberta científica, a

que rege estes movimentos. Não se criam práticas cada vez mais desenvolvidas, na medida em que se conhece melhor os "objetos" aos quais elas são dirigidas.

Deixaremos agora de lado as eventuais mudanças por que provavelmente deve ter passado a prática de atendentes da Clínica Pinel, desde o seu início, até os dias de hoje, para analisar a experiência dos "auxiliares psiquiátricos" da clínica Villa Pinheiros no RJ, experiência que está numa certa linha de continuidade, por um lado com a da Clínica Pinel e, por outro, com a dos grupos que passaram a fazer acompanhamento no RJ sem vínculo a um estabelecimento psiquiátrico.

O Auxiliar Psiquiátrico na Villa Pinheiros

Em novembro de 1969, começa a funcionar no Humaitá, bairro da zona sul da cidade do RJ, a clínica Villa Pinheiros. Um grupo de psiquiatras com formação psicanalítica -- ou psicanalistas de formação psiquiátrica? -- é responsável pela sua fundação e, inspirados na experiência da Clínica Pinel de Porto Alegre, instituem, neste novo espaço, a figura do "auxiliar psiquiátrico".

Um boletim impresso pela clínica, fazia breve referência a este novo "personagem"; "O auxiliar psiquiátrico, novo elemento da equipe técnica, terá por função acompanhar o paciente no cotidiano da vida comunitária da Villa Pinheiros." (mimeo Villa Pinheiros). Vieram do sul para trabalhar na Villa, uma

psiquiatra e quatro atendentes, estes últimos "leigos" (sem formação psi), porém todos já com a experiência do trabalho da Clínica Pinel.

Pelo menos inicialmente, as funções atribuídas ao auxiliar são as mesmas que encontramos na Clínica Pinel: Por um lado, "conviver" com os pacientes, numa atitude tão "informal" quanto possível, participando das atividades da clínica, saídas à rua etc. Aqui a ação do auxiliar tem como "moldura", como "ideal", uma relação de "simetria" com os pacientes. Como se ali não houvesse os que tratam e os que são tratados; tudo é decidido pelo diálogo e pelas deliberações do grupo como um todo.

Por outro, intervir nos momentos em que um paciente recuse-se, "acima de um certo limite de tolerância" -- o mais flexível possível -- a enquadrar-se dentro do "espírito comunitário" e das regras mais objetivas da clínica. Nestes momentos "escancara-se" o impossível daquela "busca de simetria", funcionando o auxiliar como aquele que "opera" para que o grupo possa continuar se auto-regulando. Falando sempre em nome das "regras" da instituição ou do "Dr. fulano", ele -- o auxiliar -- "desrespeitará" a "vontade" ou "falta de vontade" de um determinado paciente, sempre, entretanto, operando em nome da "saúde" deste último. Estamos no terreno, se quiserem, das "violências necessárias" ao livre-arbítrio do paciente, mas trata-se também de fazê-lo confrontar com a noção de que para viver em comunidade é preciso adaptar-se a certas regras.

Estes momentos de "crise" de um paciente devem ser abundantemente discutidos, até porque seria desagradável para a ideologia da clínica que eles pusessem em risco a proposta de auto-gestão -- ideal de "comunidade terapêutica -- onde a palavra de seus membros tivesse o mesmo "peso". Por outro lado, são momentos em que também se expressa uma "falência da palavra", impotente diante da impermeabilidade do comportamento de certos pacientes. Nada confortável, para uma clínica de orientação psicanalítica.

São momentos que trazem à lembrança "flashes" de um passado do qual a psiquiatria não se orgulha. O "louco" novamente posto no lugar daquele que não sabe o que é melhor para si, daquele que precisa de alguém que pense por ele; alguém que lhe municie de uma "razão auxiliar". Razão que o auxiliar "empresta", mas enquanto representante da racionalidade da clínica, do médico, ou, quando o auxiliar fala por si, de um certo senso comum ("de classe", diga-se de passagem). Por exemplo;

"... é preciso que você coloque o seu problema no grupo operativo, portanto você tem que ir ...", ou "... agora é a hora da praxiterapia, não pode ficar vendo televisão ..." ou "... você sabe que está prescrito pelo seu médico que você não fique na cama ..., trabalhe que é bom para você etc ...".

Mas haveria ainda aquele que poderíamos considerar o terceiro momento da relação auxiliar-paciente, que seria quando

este último, "não estando bem", passa a "falar de si" junto aos auxiliares, ou a um dos auxiliares em especial. Este ou estes, deveriam então oferecer uma escuta interessada e acolhedora, seja para depois relatarem ao médico o dia a dia do paciente (fazia-se relatórios ao final de cada plantão), seja para promoverem um alívio ao paciente, pela noção -- tão psicanalítica -- de que "falar de si é importante".

Continua não sendo suposto que o auxiliar trabalhe este material, mas o "estilo" da escuta que ele oferece, traduzido nos momentos e na maneira como ele responde ou pontua o discurso do paciente, inicialmente bastante informal, acabará passando por uma "especialização prática", ainda mais que, como veremos, o auxiliar irá sendo progressivamente "alimentado" pela teoria psicanalítica.

Não obstante as semelhanças entre as funções do auxiliar da Villa e do atendente da Pinel, há uma diferença importante entre estas duas clínicas, que irá trazer novas perspectivas para a prática do acompanhamento. Os laços entre a psicanálise e a Villa são bem mais explícitos que na Clínica Pinel. Deixemos que o texto do boletim informativo que citamos acima fale por nós :

"(...) é lamentável constatar-se que conceitos teóricos -- técnicas e métodos -- definitivamente incorporados à psiquiatria, permanecem à margem da prática cotidiana do psiquiatra. Chamou-nos a atenção a maneira limitada por que as

contribuições da psicanálise foram incorporadas à assistência institucional dos doentes mentais.(...), é difícil compreender um moderno hospital psiquiátrico sem que as teorias e técnicas da psicanálise constituam a base de sua ideologia e de sua rotina assistencial. Em consequência, um grupo de psicanalistas resolveu fundar uma clínica, na qual se possa utilizar modernas concepções de assistência, valendo-se basicamente da orientação psicanalítica. Uma clínica que se constituirá numa comunidade terapêutica, onde a pesquisa se transforme em rotina de trabalho, e em que a experiência acumulada seja sistemática e criticamente transmitida." (mimeo Villa Pinheiros).

Assim, aos recursos usualmente encontrados em comunidades terapêuticas, acrescentam-se, na Villa, atendimento individual aos pacientes, grupos de terapia -- ambos recursos baseados em adaptações mais ou menos "arrojadas" da técnica analítica utilizada com neuróticos -- além do fato de que todas as reuniões e supervisões passam a ser "recheadas" por conceitos psicanalíticos utilizados na compreensão da "doença" dos pacientes. Privilegia-se uma psicopatologia dinâmica, como a psicanalítica, em detrimento da psiquiátrica, que continua servindo entretanto, como uma espécie de "catálogo", interessante, mas meramente descritivo.

Ouçamos um dos auxiliares da Villa, que antes também fôra atendente da Pinel:

"... a Villa tinha toda uma compreensão psicanalítica, os

donos eram todos da "Brasileira"¹⁵ ... os grupos operativos eram dados segundo esta compreensão, por pessoas em formação psicanalítica -- e isto muda um pouco."

Esta presença maciça da psicanálise, irá não apenas influenciar o trabalho dos auxiliares, como irá articular-se a uma progressiva mudança no perfil da pessoa selecionada para fazê-lo. À equipe inicial formada por ex-atendentes da Clínica Pinel, todos leigos, foram juntando-se novos contratados, quase todos estudantes de psicologia interessados na área clínica.

"... tinha também os auxiliares psiquiátricos, todos já num outro nível, estudantes de medicina ou, a maioria, de psicologia, já com uma formação diferente daquela que tinham os atendentes da Pinel naquela época ... não eram mais leigos. Havia então uma compreensão da doença mental ... menos psiquiátrica ... houve uma evolução ..."

Não deixa de ser interessante atentarmos para o fato deste ex-atendente da Pinel referir-se ao trabalho feito nesta clínica como orientado por uma "compreensão psiquiátrica". Não era a Pinel uma comunidade terapêutica? Isto mostra como, por um lado, comunidades terapêuticas como a Pinel e a Villa¹⁶ muitas vezes transformaram-se em palco para um convívio complexo entre diferentes psiquiatrias -- organicista, "alienista", social -- e

¹⁵ Sociedade Brasileira de Psicanálise do RJ (filiada à IPA).

¹⁶ Mais tarde, quando o acompanhamento aparecer sendo feito fora da clínica, no RJ, veremos que também se fará referência ao trabalho da Villa Pinheiros como ainda ligado a uma compreensão psiquiátrica (o que seria uma crítica. Aqui "psiquiátrica" é praticamente sinônimo de "antiquada", "reacionária").

a psicanálise, tendo sido neste contexto que vicejou o trabalho de atendentes e auxiliares; por outro, tende-se a interpretar esta influência da psicanálise como um progresso. "... uma melhor compreensão da doença pelos auxiliares etc" e não como uma diferente compreensão. A psicanálise viria então, libertar os auxiliares de sua ignorância, possibilitando-lhes, supostamente, uma intervenção mais eficaz.

"Na Pinel, a função dos atendentes era fazer parte do dia a dia dos pacientes. Numa clínica de quarenta a cinqüenta pacientes, dos quais uns dez em surto agudo, que muitas vezes precisavam ser contidos e medicados, ficavam em tórno de dois ou três atendentes. Não era uma equipe; eram pessoas que ficavam lá. De noite, só ficava um. Mas tinha o seguinte; os pacientes eram mais sedados. Já na Villa Pinheiros, passou a ser mais como uma equipe de auxiliares a cada período do dia."

Portanto, embora haja uma demanda basicamente semelhante a que antes era feita aos atendentes da Pinel, **parece haver na Villa um esboço de formalização do lugar e da função do auxiliar.** Soma-se a isto a compreensão psicanalítica dos auxiliares. Da confluência destes dois fatores, poder-se-ia ter esperado que eventualmente algo também mudasse na prática destes. Efetivamente, toma-se por fato ter esta passado aí por um "progresso"; a mesma prática, agora um tanto melhorada.

Observe-se que o maior número de auxiliares por plantão, relativamente ao que ocorria na Clínica Pinel, talvez já

indicasse uma mudança no sentido de esperar-se do auxiliar uma assistência mais intensiva, um maior "corpo a corpo" junto aos pacientes, indicando um certo desvio da perspectiva de que os pacientes "tratassem-se entre si", ou a partir do "conviver comunitário", em favor de uma maior disponibilidade de auxiliares a cada paciente, individualmente.

Vejamos como nos falamos de suas experiências enquanto auxiliares, alguns dos novos contratados da Villa Pinheiros:

"Eu precisava trabalhar e tinha interesse na área psi, embora ainda não tivesse ingressado na faculdade de psicologia. Fazia análise com um dos fundadores da Villa Pinheiros que perguntou-me se eu não gostaria de trabalhar como auxiliar. Aceitei. A Villa dava prioridade a não estudantes para a função de auxiliar, devido à suposição de que os estudantes não criavam um vínculo muito estável com esta função, exercendo-a por um período considerado curto pelos idealizadores do trabalho da clínica. Acontecia de, no caso dos pacientes mais graves, que ficavam internados por um tempo maior, justamente no momento em que ganhava uma maior consistência o difícil vínculo estabelecido entre auxiliar e paciente, o primeiro interrompia o trabalho na clínica, para dedicar-se a outras atividades."

Quanto a esta preferência por não estudantes e o motivo alegado para tal, é interessante que se dissesse isto sem problematizar o que significava esperar que o auxiliar exercesse

uma função terapêutica a partir de um tal "aprofundamento" de seu vínculo com o paciente. Talvez referissem-se simplesmente ao fato de que a interrupção do vínculo para pacientes com tanta dificuldade em estabelecê-lo, resultava danoso à melhora deste; mas este seria, no mínimo, um raciocínio "parcial". Seria prudente que se tivesse pensado na possibilidade de estar-se tendo como parâmetro de "terapêutico", o tipo de relação longa e "profunda", paradigmático da relação analítica. Com toda certeza, outros enfoques poderiam ser dados à questão e não deve ser-nos indiferente que este tenha sido o que "sobressaiu" como "palavra de ordem" (no sentido de algo que se toma como óbvio, sem que se pense com mais atenção em suas implicações).

Apesar das reticências dos idealizadores do trabalho da clínica, as vagas para "auxiliar psiquiátrico" na Villa Pinheiros foram sendo progressivamente ocupadas por estudantes, sendo que, entre estes, a maioria vinha das faculdades de psicologia.

Ainda segundo H., de quem colhemos o depoimento acima, "... havia muitos candidatos, muita gente querendo fazer este trabalho. Principalmente estudantes." Perguntada sobre o porquê desta intensa procura, nos diz:

"Por interesse na área e por interesse econômico. Principalmente os estudantes, que viam a chance de ter um salário razoável -- que correspondia mais ou menos ao salário de um enfermeiro de hospital clínico. O horário era bom, 24 hs por

semana, divididas em 6 hs por dia com rodízio nos finais de semana, o que, para quem estudava, era muito bom."

P., um outro auxiliar da Villa, hoje psicanalista (assim como H.), falou-nos sobre a função do auxiliar:

" O auxiliar era uma espécie de ego do paciente. Como se fossem pedaços de realidade ... que andavam junto do paciente, que, se supunha, havia perdido esta realidade. Era preciso restituí-la a ele ... éramos como que fragmentos de realidade ... só que a comunidade não conseguia unificar estes fragmentos; mas havia esta busca ... e uma idéia de que todos participassem das decisões tomadas naquele espaço, inclusive os pacientes.(...) o auxiliar acompanhava os pacientes nas incursões dele pelo mundo ... propúnhamos atividades, levávamos los a trocarem entre si, tentávamos constituir um esboço de vida social ... fundar uma troca social entre e com os pacientes."

Pelo depoimento de P., que é bastante representativo do que escutamos acerca da função dos auxiliares na Villa, percebemos uma clara identificação desta função com os princípios que orientavam o trabalho em comunidades terapêuticas, talvez devendo-se fazer um parênteses apenas para este "ser um ego" para o paciente. Aí já encontraríamos a incidência de um conceito da psicanálise, articulado a uma visão, clássica, de que, ao "doente mental", faltaria o "contato com a realidade".

Note-se que, quando perguntados por suas funções, os auxiliares nunca dizem, ... "conter os pacientes, cuidar para que eles cumpram as atividades terapêuticas da clínica", ou, tampouco ... "escutar os pacientes e aconselhá-los", ou, "dar-lhes orientações terapêuticas", embora estas também fossem funções que, pontualmente, os auxiliares pudessem e até deveriam fazer. Mas não era o mais pregnante de sua função. O que escutamos é "acompanhar os pacientes, estar junto, tentar um vínculo, participar do dia a dia ...".

H. conta-nos que estes estudantes (os novos auxiliares que iam sendo contratados pela Villa) entravam como estagiários, contando apenas com uma ajuda de custo como remuneração e tendo como perspectiva a possibilidade de serem efetivados como auxiliares. A clínica exigia ...

"... antes de tudo, que os candidatos já estivessem em análise -- não terapia, mas análise mesmo. Avaliavam muito bem o quesito de capacidade emocional da pessoa ..., era muito "brabo" o trabalho na clínica ..., tínhamos contato com pacientes gravíssimos ..., o auxiliar tinha que ter uma estrutura emocional bem equilibrada, para poder dar conta do trabalho a ser feito."

Teríamos então que, apesar do trabalho do auxiliar ser delicado e exigente, quando da seleção dos candidatos a auxiliar, atentava-se mais para outros fatores que o do saber acadêmico. A exigência de que o auxiliar estivesse em análise --

que não havia na Clínica Pinel -- é também fundamental para que pensemos a escuta que ele passará a oferecer para o paciente e a própria trajetória que a prática do acompanhamento seguirá a partir da experiência da Villa Pinheiros.¹⁷

R., além dos atendimentos às famílias, era também responsável pela seleção de candidatos a auxiliares e estagiários. Na época fazia sua formação em psicanálise e era uma das sócias da clínica. Conta-nos que os auxiliares eram ...

"... o esqueleto da clínica toda, porque ..., veja bem, era um hospital aberto, os pacientes que estavam em melhores condições ..., eles iam à aula, por exemplo, e o auxiliar ia junto; eles iam à praia, o auxiliar ia com eles; eles iam ao cinema, ao teatro, enfim, a idéia era ..., o objetivo digamos, geral, da clínica, a filosofia da clínica, seria preparar o paciente para que ele fosse reintegrado ao seu grupo familiar. Então tinha que haver um trabalho simultâneo; o tratamento do paciente e a preparação da família; porque de nada adiantava nós melhorarmos o paciente aqui e, quando ele chegava em casa, a família "reincidia" e voltava tudo à estaca zero. O auxiliar era quem fazia esta ponte, entre a passagem do paciente deste convívio na clínica, até o seu retorno ao convívio em família."¹⁸

¹⁷ Uma curiosidade quanto ao trabalho de acompanhamento terapêutico, é o fato de sempre se admitir ser esta uma função difícil e delicada, na qual "... há um contato mais próximo com a loucura... não se tem a proteção de um setting...", além dela ser "dirigida aos pacientes mais graves" e, não obstante, serem sempre as pessoas "menos preparadas" do ponto de vista de uma formação profissional-psi, que a fazem.

¹⁸ Estas saídas dos auxiliares com os pacientes, seja para passeios ou idas a consultas médicas, seja para "fazer esta ponte" entre a estada do paciente na clínica e seu retorno à convivência em família, estão na raiz do trabalho que depois virá a ser feito pelos auxiliares da Villa pinheiros, a pacientes sem vínculo com a clínica.

Continuando com o depoimento de R., ela aponta que, mesmo na clínica, a intervenção do auxiliar era fundamental. Era ele quem ...

"... lidava o tempo todo com o paciente. Tinham grupos operativos, praxiterapia, atendimento em consultas; mas entre uma coisa e outra, a conexão era sempre o auxiliar psiquiátrico. Ele era um ego-auxiliar sempre. Quem dava medicação era o auxiliar, quem fazia um "colarzinho" junto ao paciente, era o auxiliar ...".

Perguntada quanto à importância do auxiliar estabelecer uma relação com o paciente, um vínculo afetivo ou significativo, para então a partir deste, cumprir também com as funções que, historicamente, vinham sendo feitas pela enfermagem psiquiátrica, R. aponta que certamente está correto dizer isto:

"... não havia esta figura de enfermeiro, porque o auxiliar, por exemplo, ao dar a medicação, tinha uma postura diferente do enfermeiro, era uma ligação diferente; não era simplesmente dar um remédio ..."

Quanto ao processo de seleção e admissão de auxiliares, R. oferece um depoimento importante, já que, durante os cinco anos que trabalhou na clínica, foi ela a responsável por esta quem seleção.¹⁹ Segundo ela, "... estrutura de personalidade, muito

¹⁹ A Vila Pinheiros existiu por sete anos, sendo que R. foi uma das sócias fundadoras.

mais do que sapiência ...", era o critério fundamental²⁰ (não sabemos o quanto esta tal estrutura de personalidade não implica em algum tipo de sapiência, mas pareceu-nos clara a mensagem de R., no sentido dela referir-se com o termo "sapiência" ao saber acadêmico-científico).

Há um fato que faz parte do "folclore" da Vila Pinheiros, que diz respeito a um porteiro que lá trabalhava e que possuía uma habilidade incomum para lidar com os pacientes mais graves.

H. fala-nos sobre ele:

"... muito "gente boa", com quem os pacientes mais regredidos conversavam exclusivamente.(...). Foi então que a equipe de auxiliares propôs que ele fosse promovido a auxiliar psiquiátrico. Ele era uma pessoa humilde, mas muito esperto; conseguia coisas que ninguém conseguia com os pacientes mais graves."

Entretanto, mesmo que a seleção de auxiliares não se desse

²⁰ Poderíamos evocar aqui a palavra de Lacan, comentando o trabalho da psiquiatria inglesa durante a guerra. Com a missão de tornar aproveitáveis, aqueles elementos que tivessem mostrado-se "problemáticos" para o tipo de convívio grupal que o exército exigia, ela ajudou a criar, com o auxílio da teoria psicanalítica, dispositivos de grupo capazes de integra-los à mobilização total da população (Lacan, 1986).

A iniciativa caminhava no sentido de criar grupos em que a homogeneidade de seus elementos constituintes era a qualidade buscada. Um processo de seleção tornou-se assim necessário e em sua efetivação a iniciativa psiquiátrica teria sido fundamental:

"... durante estes três dias eles eram submetidos a uma série de exames, visando menos salientar suas capacidades técnicas, seu quociente de inteligência (...), do que preferentemente sua personalidade, ou seja, especialmente esse equilíbrio das relações com outrem, (...). Todas as provas estão portanto centradas na detecção dos fatores da personalidade". (1986, pg. 20).

Estes grupos funcionavam um tanto de acordo com os princípios que levaram à elaboração das "comunidades terapêuticas" -- onde o grupo "tratava-se" e dirige-se a si mesmo -- e daí pensarmos ser válida esta aproximação entre os critérios de seleção de seus membros, com os critérios de seleção dos auxiliares, na qual também visava-se fundamentalmente à observação de características da personalidade. Procurava-se no auxiliar, poderíamos pensar, as capacidades que pudessem tornar-se úteis na construção desta "homogeneização", em que as identificações horizontais eram privilegiadas em detrimento das verticais. (conforme Lacan, ibid).

através de um olhar que privilegiasse a sua "graduação acadêmica", não se poderia dizer que o conhecimento teórico/científico fosse inteiramente dispensável aos auxiliares. Pelo menos a prática da Vila não apontava para isso. R., em um determinado momento da entrevista que fizemos com ela, disse que achava importante que os auxiliares possuíssem também este tipo de conhecimento. Disse também que de certa forma eles o possuíam:

"... todo mundo tinha uma reunião semanal; as pessoas que trabalhavam na administração, na infra estrutura, cozinheira, copeira, porteiro, etc, se reunião semanalmente e tinham uma supervisão. Naquele momento, muita coisa era esclarecida."

Há, portanto -- e isto vale também para a experiência dos atendentes na Pinel de Porto Alegre, ainda que nela, de maneira ainda mais incipiente do que na Villa -- desde o início, uma certa relação entre os que fazem acompanhamento dentro destes estabelecimentos e os saberes constituídos que versam sobre a "doença mental", ainda que esta fosse uma relação ambígua e pouco problematizada.

Sobre a questão das relações hierárquicas entre médicos e auxiliares na Vila, R. nos diz que não havia por parte dos médicos, a atitude de que eles tratavam e os auxiliares apenas coadjuvavam o tratamento por eles feito, atitude que iremos encontrar marcadamente no trabalho de acompanhamento feito fora da clínica. Escutemos o seu depoimento:

" Eu não via isto na Vila Pinheiros. Este olhar "de cima" do médico. As pessoas estavam imbuídas do espírito e da responsabilidade, da importância de todos os membros da equipe. Era um trabalho de grupo, embora aos auxiliares coubesse uma intervenção diferente da do médico e dos outros técnicos."

C., por exemplo, conta-nos que, assim como na Pinel, na Villa Pinheiros o auxiliar tinha o "poder do não", mas não o "do sim". Ou seja, ele poderia até vetar que um paciente autorizado a sair, o fizesse, por avaliá-lo "sem condições". Mas ele não poderia autorizar a saída de um paciente "com saída cortada", mesmo que o avaliasse "em condições de"; teria antes que falar com o médico.

Portanto, dizer que o trabalho dos auxiliares não era "menos terapêutico" que o do médico, ou qualquer outro técnico, não significa dizer que não houvesse hierarquia.²¹ Além disso, o efeito terapêutico da intervenção do médico, dava-se por relação a um saber "científico" que ele possuía sobre a "doença" do paciente, saber que lhe permitia dominar uma "técnica de cura".

O mesmo não poderia ser dito acerca da ação do auxiliar, cujo efeito terapêutico não estava atrelado ao **saber que este possuísse sobre a doença do paciente**, mas sim a algo que seria muito mais da ordem de um saber intuitivo, "estrutura de

²¹ Poder-se-ia dizer; não é hierarquia, mas diferentes funções. O fato é que quem desempenhava as funções de maior poder eram os médicos e nunca os auxiliares, o que na época poderia ser rápida e oportunamente justificado pelo fato dos auxiliares serem "iniciantes".

personalidade" etc. Como já dissemos, não é desde o lugar de "sujeito da ciência" que o auxiliar aborda o paciente, apesar de agora ele ter um "entendimento psicanalítico" do que seja a "doença" ...

O que muda fundamentalmente entre as experiências da Clínica Pinel e da Villa Pinheiros?

Já dissemos que as ligações da Villa com a psicanálise são bastante mais explícitas do que antes acontecia na Clínica Pinel. Como consequência imediata disso, temos grupos operativos e reuniões técnicas permeados por conceitos psicanalíticos e, o que é fundamental, o que acontece aos pacientes, sua "doença", ou a de sua família, é entendida a partir de um modelo de subjetividade fornecido pela psicanálise.

Embora já acontecesse a "influência da psicanálise", em algum nível, na Clínica Pinel ou nas comunidades terapêuticas argentinas, na Villa isto assume uma outra dimensão. Observe-se que encontraremos na Villa terapia psicanalítica de grupo e terapia individual sendo oferecidas aos pacientes -- ainda que feitos com adaptações mais ou menos inovadoras, em relação as técnicas tradicionais utilizadas fora de instituição a pacientes neuróticos. Isto não acontecia na Clínica Pinel, que, neste sentido, seguia mais fielmente ao modelo de comunidade terapêutica. Na Villa houve uma adaptação do modelo destas

últimas sendo que muitos a consideravam mais como uma "clínica de orientação psicanalítica".

Vejamos como está dito no boletim de apresentação da clínica: sobre os atendimentos individuais a seus pacientes ...

"Essas entrevistas -- parte da rotina hospitalar -- terão lugar duas vezes por semana, utilizando-se técnicas psicoterápicas elaboradas para as condições de assistência que oferece a Villa Pinheiros. De acordo com as necessidades do paciente, as entrevistas poderão ser intensificadas. Ressaltamos que estas entrevistas individuais serão suprimidas ou utilizadas com diferente objetivo, nos casos de paciente em tratamento psicanalítico individual ou em análise de grupo, com psicanalista da clínica, ou colega não pertencente à instituição." (mimeo-Villa Pinheiros).

No que diz respeito ao trabalho dos auxiliares, também poderemos observar algumas mudanças objetivas. Excetuando-se a equipe inicial -- composta por atendentes da Clínica Pinel de Porto Alegre, todos eles "leigos" -- este trabalho passa a ser feito por estudantes de medicina e psicologia, sendo que, estes últimos, em número bem maior. É importante que se observe que isto não se deu por uma demanda explícita da direção da clínica; antes pelo contrário.

Como dissemos, a direção técnica da Villa dava prioridade a não estudantes para o cargo de auxiliares, mas esta proposta

não "vingou". Ou seja, embora não fizesse parte das diretrizes teórico/técnicas da clínica que os auxiliares precisassem ser estudantes para cumprir com a sua função, estes parecem ter se adaptado a ela melhor do que os "leigos" a que "procurava" a clínica. Temos de admitir que, se esta adaptação não se deu por uma determinação explícita da direção da clínica, também não foi por "simples coincidência".

Se estudantes terminaram por ocupar quase que totalmente as vagas oferecidas para auxiliares, isto se deu por uma conveniência destes estudantes, junto a uma "cumplicidade" dos médicos e idealizadores do trabalho da Villa Pinheiros; e não, como se poderia afirmar, por admitir-se explicitamente naquele momento, que o auxiliar precisava possuir o tipo de conhecimento que os estudantes adquirem nas faculdades de medicina e/ou psicologia. Pensamos que o ambiente criado pela Villa, inadvertidamente, tornou extremamente convidativo a estudantes (de psicologia principalmente), o lugar de auxiliares psiquiátricos. Estudantes que tinham como perspectiva profissional a clínica psicanalítica em consultório particular.

Por outro lado, até pela proposta de funcionar como uma instituição de "ensino e pesquisa", ao mesmo tempo em que de tratamento, encontramos na Villa um esboço de "tecnicização" da função do auxiliar. Parece-nos ter havido, na passagem do atendente da Clínica Pinel ao auxiliar da Villa Pinheiros, um deslocamento em direção a um enfoque mais técnico que marcaria a intervenção do segundo.

As equipes de auxiliares durante os plantões são maiores do que as que encontrávamos na Clínica Pinel e estes passam a ser informados de maneira sistemática por conceitos psicanalíticos. Há uma virtual quebra do ambiente de "informalidade" proposto pelas comunidades terapêuticas, na medida em que os auxiliares aparecem agora imbuídos do espírito de que "devem ser terapêuticos", o que é concomitante ao fato de agora começar a delinear-se para eles um modelo teórico do sujeito a quem dirigem a sua prática.

Tirando-se o espaço dos consultórios, onde fazia-se o atendimento individual e em grupo a pacientes, não havia "canto" da clínica que escapasse à presença dos auxiliares. Nas trocas de plantão, estes tinham de fazer relatórios de todos os pacientes. Nestes, procuravam ser descritivos, comunicando as atividades feitas pelos pacientes mas, progressivamente, passam também a apresentar relatos um pouco mais detalhados de "conversas importantes" com os pacientes.

Este espaço para "conversas importantes", passa a ser valorizado pelos auxiliares que sentem-se, nestes momentos, mais próximos ao ideal de serem terapêuticos do que em outros, onde estariam "apenas acompanhando"²². É preciso ressaltar que, como já dissemos, a maioria dos estudantes-auxiliares tinha como

²² Palavras de um ex-auxiliar: " Nós tínhamos uma tendência muito grande a psicanalisar aquilo que fazíamos e na época estava aparecendo toda aquela coisa da psicanálise; nos achávamos todos grandes psicanalistas, capazes de captar na fala do paciente a sua verdade, a causa de seu sofrimento. Depois, nas reuniões, fazíamos incríveis análises, tirávamos linhas de conduta etc...".

perspectiva profissional a clínica psicanalítica em consultório particular (todos os ex-auxiliares que entrevistamos e que trabalharam naquela época, tornaram-se psicanalistas).

Vai daí que estes momentos para "conversas importantes" passem a ser permanentemente oferecidos aos pacientes, na medida em que acabam tornando-se momentos privilegiados para que os auxiliares exercitem a sua "escuta analítica", enquanto entram em contato com um "riquíssimo material clínico". Trata-se de uma "especial atenção", agora oferecida pelo auxiliar, aos momentos em que o paciente dispunha-se a "falar de si", falar de seu "sofrimento".

De todo modo, "escutar" o paciente sempre fez parte das atribuições do atendente ou auxiliar; o que estamos querendo ressaltar é que, na Villa Pinheiros, esta escuta passará a ter como referência importante, a escuta do psicanalista em seu consultório.²³

Não que se aceitasse que o paciente passasse o tempo todo em confissões, ou reflexões profundas junto aos auxiliares; estavam mantidas, em linhas gerais, as diretrizes que orientavam o trabalho desde a Clínica Pinel. Mas começava a delinear-se um maior interesse dos auxiliares por estes momentos. Neles, "escutar o paciente" passava a ser -- virtualmente, pois nada era rigorosamente estabelecido no que diz respeito à conduta dos auxiliares, para além dos momentos em que eram chamados a

²³ Note-se que estamos falando aqui de um dos momentos da intervenção do auxiliar.

intervir de forma "mais objetiva" -- considerado uma atividade terapêutica, ainda que os auxiliares não fossem autorizados a "intervir" com um elemento fundamental, que continua sendo reservado para aqueles que atendem nos consultórios: a interpretação.²⁴

Aqui já se permitia ao auxiliar este "contato com a doença", mas, com a ressalva de que ele não deveria aventurar-se a intervir sobre ela: intervir, no sentido forte, seria interpretar. Tanto quanto na Clínica Pinel, continua-se preservando o espaço de uma intervenção "ativa" sobre a "essência" da doença -- supostamente determinada pelo conhecimento científico -- para outros técnicos que não os atendentes/auxiliares. Continua portanto valendo, ainda que com outra "roupagem", a proibição aos auxiliares "trabalharem com a doença". Como diz um dos ex-membros do corpo técnico da Villa, havia nesta, mais do que rigidez ou ortodoxia teórico-técnica, a mensagem ... "vamos apostar na saúde". Os auxiliares encarnavam, mais do que quaisquer outros técnicos, este tipo de orientação.

Vejamos, pois, o que se pede aos auxiliares: eles devem "estar" com os pacientes em seu dia a dia, de maneira sempre participativa e tão informalmente quanto possível; devem intervir em momentos de crise iminente, falando em nome das regras da clínica ou das prescrições médicas; devem também

²⁴ Ainda que de fato procurasse não interpretar, o auxiliar "psicanalisará" o seu discurso nestes momentos junto ao paciente. Poderá acabar tornando-se "selvagem" algumas vezes, até por assim contrabalançar uma suposta inconsistência do seu "lugar". Muitas vezes poderão aparecer discursos de esclarecimento de base psicanalítica, que tomem em conta, por exemplo, noções vagas de que há um "sujeito do inconsciente" etc.

estabelecer um **vínculo** com os pacientes, ao mesmo tempo oferecendo-lhes uma **escuta diferenciada**, já que, seja numa perspectiva psicanalítica, ou "antipsiquiátrica", estes passam a ter seus discursos positivamente valorados. Além disso, agora os auxiliares são instruídos pela psicanálise. E, no entanto, eles não devem lidar com a doença ... e são chamados *auxiliares psiquiátricos*. Nome que frisa os aspectos de prática submetida e referenciada ao saber psiquiátrico.

Quando se pede aos auxiliares para "estarem junto" com os pacientes, com eles estabelecendo vínculos afetivos e ou significativos, que implicam sempre no oferecimento de uma "escuta diferenciada", não se deveria desprezar o fato de que grande parte das trocas estabelecidas entre eles será a de significações, saberes, enfim, serão trocas verbais, discursivas.

Desde o início lançados a uma convivência bastante próxima com os pacientes, os atendentes/auxiliares não poderão deixar de relacionar-se com o "universo de significações" daqueles. O que caracteriza o seu "manejo" destes "conteúdos" não seria, contudo, matéria para uma reflexão mais profunda. Como se não estivesse aí a essência do trabalho terapêutico do auxiliar.

Devemos levar em conta as "origens" da função do auxiliar, quando estava em jogo um privilégio das propriedades terapêuticas latentes ao meio social em que se insere o paciente e mesmo um questionamento do modelo terapêutico centrado na

relação do médico com este, do qual a relação analítica foi às vezes considerada uma sofisticada variação (ver Foucault, 1972 e Castel, 1978b). Assim, não estava "intencionado", desde o início, um privilégio deste trabalho "discursivo" do auxiliar sobre o discurso do paciente²⁵ e devemos admitir que isto pode ter contribuído para uma certo desinteresse no que tange a esta potencial dimensão terapêutica da intervenção do auxiliar.

Porém, pensamos que, na Vila Pinheiros, é dado um passo fundamental para que este aspecto, a saber, o do efeito daquilo que diz o auxiliar em resposta ao que lhe fala o paciente, viesse um dia a ser problematizado. Este interesse surgiria, concomitantemente a outro, que pergunta pelo que faz o auxiliar, e pelo "valor" terapêutico de sua intervenção. É pela via que lhe parece abrir a teoria psicanalítica, que o auxiliar procurará responder a estas questões. Mais do que isto, sem este atravessamento pelo saber psicanalítico, elas talvez sequer pudessem ser formuladas.

Para a ideologia das comunidades terapêuticas, não faria sentido perguntar pelo valor terapêutico desta figura em especial, já que estaria em suspenso uma clara delimitação dos papéis de cada técnico, em favor do que haveria de terapêutico neste conviver comunitário e democrático. Neste contexto, como já foi dito acima, ao auxiliar caberia buscar uma certa simetria na relação com o paciente, onde o terapêutico pudesse fluir em

²⁵ Muito embora uma troca intersubjetiva entre o auxiliar e o paciente, em que necessariamente estavam em jogo trocas discursivas, estivesse.

ambas as direções dos personagens envolvidos.

Já para o saber psiquiátrico, igualmente seria dispensável uma tal questão, justamente na medida em que o auxiliar é "apenas um auxiliar" e, enquanto psiquiátrico, tem seu discurso identificado e submetido ao de um outro, o psiquiatra, sendo que, este discurso, é simplesmente o discurso da normalidade, do bom senso, não cabendo maiores elucubrações a este respeito.

Não obstante, na Villa Pinheiros, não apenas o atendente/auxiliar continuará ganhando uma experiência prática no convívio com os pacientes e no manejo das questões, enigmas e dificuldades, que as supostas "doenças" destes coloca, como também agora ele será "alimentado" pela teoria psicanalítica.²⁶

Paralelamente há a mudança de perfil do auxiliar que começa a se delinear a partir da experiência da Villa. Dos leigos iniciais -- e mesmo "desejados" pela direção da clínica -- aos estudantes de psicologia com orientação para a clínica psicanalítica de consultório. Veremos como, num próximo momento, os que acompanham serão majoritariamente psicólogos formados, com suas formações psicanalíticas já adiantadas.

²⁶ O modelo de subjetividade que agora subjaz à intervenção do auxiliar é aquele fornecido pela psicanálise. É verdade que os auxiliares então não guiavam-se por uma rigorosa articulação de sua prática com a teoria psicanalítica mas, noções básicas e fundamentais como a de que existiria um *sujeito do inconsciente* e de que *os sintomas são portadores de sentido*, passam a ser um "norte" para a prática dos auxiliares. Isto eventualmente poderia chocar-se com uma orientação psiquiátrica, na medida em que, como diz o próprio Freud...

"... a psiquiatria clínica atenta pouco para a forma externa do conteúdo dos sintomas individualmente considerados, que a psicanálise, entretanto, valoriza precisamente este ponto e estabeleceu, em primeiro lugar, que os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente." (1917, pg. 305).

Aqui seria interessante voltarmos à noção de que "ao auxiliar não cabia lidar com a doença". Embora isto nunca tenha sido **escrito**, devemos lembrar que, sobre acompanhamento, quase que só se falava "informalmente". Na época da Villa, isto era ainda mais verdadeiro. Em contextos menos informais, poderíamos encontrar, muitas, vezes, louvações ao potencial terapêutico desta prática etc. Porém, não havia então aqui no RJ e provavelmente no Brasil, esforços de sistematização mais consistentes desta prática.

Para que haja doença, é preciso, antes de um "corpo doente", um conceito teórico que circunscreva uma série de sintomas e sinais e que os caracterize enquanto tal. Na medida em que não intervém, ou fala, desde o lugar de "sujeito da ciência" -- o que se "atualizava" na época, pelo fato dos auxiliares serem leigos ou estudantes -- o auxiliar não pode "lidar com a doença". Para isto, ele precisaria conhecê-la e, quem "conhece", é a ciência ²⁷.

Voltando ao boletim da clínica: "Tratando-se de uma comunidade terapêutica baseada em princípios psicanalíticos, a própria atmosfera hospitalar, e as suas atividades cotidianas, funcionam como meio terapêutico." (mimeo Villa Pinheiros). Nesta perspectiva, portanto, seria possível pensar a intervenção dos auxiliares como "terapêutica" e, portanto, "atingindo" a doença. Mas não por aquilo que eles poderiam instrumentar de um saber

²⁷ Para o contexto que estamos investigando, pouco interessaria a discussão sobre o fato do analista também não ocupar o lugar de "sujeito da ciência" ao dirigir-se a seus pacientes; o que importa é que, enquanto analista, ele é investido da autoridade de um "especialista", o que já não acontece com o auxiliar, que é no máximo um excelente "prático".

científico, e sim por aquilo que há de terapêutico no "ambiente social saudável" composto pela clínica.

Entretanto, o fato de auxiliares começarem a ser informados pela teoria psicanalítica, abre a possibilidade de que eles passem a entender a sua intervenção dentro de uma perspectiva mais técnica, rompendo, pelo menos parcialmente, com aquele referencial de comunidade terapêutica, ao qual o trabalho dos atendentes surgira ligado. Ligado a isto aparece o fato da Villa Pinheiros, tomando esta direção mais técnico/psicanalítica, acabar por tornar-se mais atraente aos estudantes de medicina e psicologia, o que por sua vez reforçaria uma orientação igualmente mais técnica no trabalho dos auxiliares.

Estas mudanças a que estamos nos referindo não são, a princípio, problematizadas; são pensadas sobretudo como correspondendo a um "progresso" no tratamento oferecido pela clínica Villa Pinheiros, em relação, por exemplo, ao que era antes oferecido na Clínica Pinel. Agora, diz-se, "os auxiliares já tem um entendimento teórico do que se passa aos pacientes". Porém, como já sabemos, os auxiliares não surgiram para atuar desde o lugar de quem conhece a teoria. Talvez, de quem desconhece. Não que assumamos que isto devesse permanecer assim; mas, uma tal mudança, não poderia acontecer sem que se repensasse uma série de questões, como a dos vínculos estabelecidos entre os membros da equipe de tratamento e entre cada um destes e os pacientes.

Mais uma vez, é importante que reconheçamos a importância do fato do atendente ter surgido dentro de "comunidades terapêuticas"; que não tratemos este fato como mera coincidência. Se assim se deu, é porque a função para desempenho da qual ele foi criado, coadunava-se com as diretrizes ideológicas do trabalho proposto por aquelas -- com o que estava prescrito em seus **modelos** -- quais fossem, valorizar o potencial terapêutico implícito nas relações do indivíduo com o meio social que o cerca, abordagem menos técnica e mais política da "doença", questionamento das hierarquias e dos papéis terapêuticos instituídos etc. Poderíamos dizer, radicalizando, que o atendente pôde surgir porque era necessário alguém que se aproximasse dos pacientes e dos outros técnicos do hospital psiquiátrico "conhecendo menos", não apenas o paciente, mas também o seu próprio papel terapêutico.

Uma tal função articular-se-ia perfeitamente, num primeiro olhar, ao que seria uma ideologia "antipsiquiátrica". Entretanto, o auxiliar ou atendente psiquiátrico poderia, por isso mesmo, servir à possibilidade do psiquiatra continuar atuando desde o seu lugar tradicional. Não é ele que se coloca num outro lugar ao dirigir-se ao paciente e aos outros técnicos, mas o atendente ou o auxiliar. Para suportar uma tal tarefa, ninguém melhor do que leigos ou estudantes, que, por diferentes motivos, prestam-se a ocupar o lugar daquele que "sabe menos", ou "não sabe".

Voltando ao "lidar com a doença", o que continua vedado aos auxiliares na Villa Pinheiros, é que eles lidem com ela desde o lugar de quem possui um saber científico. Em termos das conseqüências práticas disto, o auxiliar fica proibido de "interpretar" o paciente,²⁸ de medicá-lo e, sua participação na "cura" é sempre, ainda que raramente se assuma isto -- pois trata-se de um pacto velado -- uma participação coadjuvante, uma vez que o seu lugar não lhe confere, socialmente, a autoridade e o prestígio que proporcionam os lugares do psiquiatra e do analista. Como se o trabalho que faz o auxiliar fosse, em sua vertente mais "ativa", um mero trabalho "braçal" ou "intuitivo". Mas o auxiliar tem também uma função que é terapêutica, embora não "interventiva". Ele "acompanha", "faz um vínculo", "escuta", "observa" e depois conta para os médicos e/ou analistas, porque eles "hão de saber o que fazer com isto ...".

Mas vejamos que esta perspectiva de entendimento da função do auxiliar entrará em contradição com afirmações do tipo "... agora o auxiliar tem um entendimento psicanalítico do que acontece ao paciente ...". Ora, para que ele precisa disto? Porque, se ele precisa, então deve-se dizer "para que". E o auxiliar passa a ter que pensar a sua função, problematiza-la, teoriza-la. Isto significa, em outras palavras, que ele poderá começar a reivindicar um certo "poder de cura" para sua intervenção -- ou pelo menos problematizar o assunto. Poder que,

²⁸ Como um analista interpreta um psicótico? Ou um melancólico com idéias fixas de suicídio? Ou um toxicômano inteiramente desinvestido da idéia de "fazer análise"? Lembremos que muitos dos pacientes encaminhados a clínicas como a Villa, o são a pedido de suas famílias, nem sempre estando o paciente de acordo com a idéia de que ele precisaria de tratamento por estar "doente mental". A "gravidade" destes pacientes, muitas vezes aproxima a prática do analista àquela do acompanhante, na medida em que ele é obrigado a romper com a forma tradicional de abordagem psicanalítica, aventurando-se num terreno pouco conhecido.

até então, era detido pelo psiquiatra e pelo psicanalista, apesar da ideologia de "comunidade terapêutica".

Na Villa Pinheiros estas questões não se tornaram problemáticas. Como dissemos, nela, parece não ter havido impasse entre os interesses dos personagens envolvidos. *É numa nova forma com que aparece a prática de acompanhamento, a partir da iniciativa de alguns médicos da Villa Pinheiros, ou que internavam pacientes nesta clínica, e dos auxiliares que lá trabalhavam, que poderemos observar mais claramente efeitos imprevistos destas mudanças pouco problematizadas, tratadas como fruto de um suposto progresso da ciência ou da prática psiquiátrica .*

Embora esta "nova forma" de fazer o acompanhamento esteja historicamente em continuidade com a experiência da Villa Pinheiros, antes de passarmos a analisa-la, faremos uma interrupção para pensarmos a experiência realizada pelos acompanhantes terapêuticos do CETAMP em Buenos Aires. Como já dissemos, quase sempre se aponta para a Argentina, quando se responde à pergunta sobre as origens do acompanhamento. Além disso, analisaremos esta experiência -- que influencia e apresenta semelhanças importantes com a prática de acompanhamento feita por certos grupos no RJ, a partir da experiência da Villa Pinheiros (a tal nova forma de acompanhar a que nos referimos) -- através de um dos poucos textos publicados existentes acerca do tema "acompanhamento terapêutico", sendo

importante atentarmos para os caminhos tomados por esta tentativa de sistematização pioneira.

CAPÍTULO 2

A EXPERIÊNCIA DO CETAMP EM BUENOS AIRES

Num dos poucos registros publicados acerca do assunto, encontramos em um texto de duas psicólogas argentinas (Mauer e Resnizky, 1985), uma apresentação do trabalho de acompanhantes terapêuticos junto ao CETAMP (Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquatria), em Buenos Aires, que teria tido início no final da década de sessenta:

Esta instituição é apresentada pelo psiquiatra e psicanalista Dr. Eduardo Kalina, um de seus fundadores e na época seu diretor clínico, como sendo ...

"... atípica, no sentido de que não dispormos de uma sede na qual possamos desenvolver o nosso trabalho. Somos antes uma equipe interdisciplinar que trabalha com diferentes enquadramentos institucionais que vão desde o nossos consultórios, até as diferentes clínicas que funcionam com técnicas do tipo comunitário."
(Kalina, 1986, pg. 45).

Tratava-se portanto de um grupo de pessoas, com diferentes formações técnico/acadêmicas, que prestava atendimento aos chamados pacientes graves, em sua maioria psicóticos e drogaditos, através de uma articulação "democrática" dos saberes e técnicas específicos de cada um de seus membros.

O tipo de trabalho então oferecido apresentava um ponto comum ao que seria feito mais tarde por alguns grupos de acompanhamento no RJ: os acompanhantes não tinham vínculo empregatício com um estabelecimento psiquiátrico (clínica, comunidade terapêutica etc.) e tampouco os pacientes atendidos o tinham. Além disso, dado o intercâmbio entre a psicanálise e a psiquiatria do RJ, Porto Alegre e Buenos Aires, o esquema de acompanhamento proposto pelo CETAMP, funcionou muitas vezes como um modelo técnico/teórico a ser seguido pelos grupos do RJ.

Importa-nos contudo, ressaltar uma diferença: O CETAMP parece ter atingido um nível de formalização enquanto instituição não alcançado pelos grupos do RJ. Possivelmente pesou para isto o fato de, diferentemente destes últimos, o CETAMP não ser um grupo de acompanhantes terapêuticos. É o Dr. Eduardo Kalina que nos fala de suas origens:

"Liderei um grupo interdisciplinar de colegas jovens e aprendemos juntos e sem mestres, porque não os havia, a

trabalhar com técnicas não tradicionais em nosso meio, que requeriam modificações na técnica psicanalítica clássica. Fomos da prática à teoria.(...), pouco a pouco, reuni colegas interessados nas técnicas de tratamento de adolescentes gravemente perturbados. Assim nasceu o CETAMP ...". (Kalina, *ibid*, pg. 23).

É diferente tentar formar uma instituição a partir da iniciativa de profissionais formados em especialidades reconhecidas, como a psiquiatria e a psicanálise, dentro da qual também existam *acompanhantes terapêuticos*, e transformar em instituição um grupo cuja especificidade seja oferecer o acompanhamento terapêutico, atividade que parece situar-se, permanentemente, a um passo do reconhecimento como prática "psicoterapêutica".

Se bem que bastante influenciado pela psicanálise, o CETAMP visava a aplicação de técnicas que se adaptassem melhor do que a técnica psicanalítica clássica, a pacientes que mostravam-se resistentes ou inabordáveis por esta. "A Associação psicanalítica Argentina era proprietária do conhecimento psicanalítico. A orientação Kleiniana era quase total entre os seus membros que aplicavam suas idéias com uma finalidade pouco

menos do que religiosa." (ibid, pg. 18) É numa linha de ruptura com esta orientação, em direção ao que Kalina chama de "psiquiatria dinâmica", que surge o CETAMP.

Existem também uma série de passagens e referências, tanto no texto de Mauer e Resnizky, quanto no de Kalina, que apontam para uma proposta consonante em linhas gerais com as idéias veiculadas a partir das reformas propostas pela chamada psiquiatria social inglesa; interdisciplinaridade, atenção aos aspectos sócio-familiares na etiologia da doença mental, criação de um meio ambiente terapêutico, questionamento dos saberes e técnicas instituídos, utilização de comunidades terapêuticas etc. (ver Mauer e Resnizky, 1985, caps, 1 e 2 e Kalina, 1986, caps 1 e 3).

Vejamos como nos falam do acompanhamento as autoras argentinas, na época, segundo a palavra de Kalina, "duas jovens psicólogas" (Mauer e Resnizky, 1985 pg 19). Observe-se como é a teoria psicanalítica que oferece o aparato conceitual para o entendimento do que se passa aos pacientes atendidos, não obstante o rompimento com qualquer forma de "ortodoxia técnica".

O trabalho descrito, como já dissemos, é feito sem vinculação necessária a qualquer estabelecimento psiquiátrico, embora esta associação acontecesse, principalmente com clínicas tipo comunidade terapêutica. As autoras datam o início da história do acompanhante terapêutico no final da década de sessenta, embora naquele momento ele fosse chamado de "amigo

qualificado".

"... começamos a trabalhar numa equipe especializada nas denominadas terapias de abordagem múltipla (CETAMP). Esta equipe tomava a seu cargo pacientes severamente perturbados, (...), com a idéia de abordar o paciente em todos os aspectos de sua vida diária, tentando criar-lhes um "meio ambiente" terapêutico, participando ativamente dos diferentes grupos a que pertenciam, visitando suas casas, conhecendo seus amigos, reunindo-os com os professores ou diretores de escola quando considerávamos oportuno". (ibid, pg 35).

Assim, no âmbito da prática privada e inseridos em uma equipe interdisciplinar, integrada por psiquiatra, psicanalista e terapeuta de família, eventualmente acrescida por professores, educadores etc, o inicialmente chamado "amigo qualificado" acompanhava o paciente nos diferentes momentos e lugares do seu cotidiano.

Sobre os modos de inserção do acompanhante na equipe terapêutica, isto poderia se dar tanto ao nível do processo psicodiagnóstico, quanto do tratamento propriamente dito. No primeiro caso, seria como que uma fase preliminar do tratamento, onde os acompanhantes, junto aos outros membros da equipe e a partir da especificidade do "lugar" de onde atendem o paciente, ajudariam na elaboração de um diagnóstico que permitisse a formulação de uma estratégia de tratamento adequada.

"A ideia de incluir o acompanhante neste primeiro approach com o paciente responde a uma clara necessidade da equipe terapêutica: conseguir que a avaliação diagnóstica do paciente seja a mais completa em todos os aspectos; contemplar tanto suas áreas mais comprometidas como também aquelas mais adaptativas; registrar suas reações em situações diversas; perceber suas motivações e projetos mais saudáveis, em geral ocultos e eclipsados por seus transtornos." (ibid pg. 148).

A especificidade da atividade do acompanhante que torna desejável a sua entrada na equipe neste momento, seria a sua possibilidade de estar junto ao paciente nos diferentes momentos e espaços de seu cotidiano. O acompanhante seria então uma espécie de "pesquisador de campo", muito mais um coletor de dados posteriormente transmitidos à equipe, do que alguém que tivesse uma intervenção mais "ativa" sobre o que está se passando com o paciente. Entretanto, é bom frizar que o acompanhante não apenas observa, mas também participa das situações que vive o paciente, ao mesmo tempo em que "testa", em sua relação com este último, a capacidade deste de se relacionar com um "outro social".

Uma vez iniciado o tratamento, a equipe poderia ser modificada com o acrescentamento ou substituição de alguns dos profissionais que participaram do processo psicodiagnóstico, de acordo com a estratégia terapêutica montada. Durante o processo de tratamento, a presença do acompanhante obedecerá a diferentes critérios segundo o paciente esteja internado ou em regime de hospital dia ou noite; em casos onde o paciente é levado a conviver com uma família substituta; ou em casos de pacientes inteiramente livres de vínculo com um estabelecimento psiquiátrico qualquer, casos aos quais as autoras se referem como "pacientes ambulatoriais".

Nos casos de hospitalização diurna, os acompanhantes trabalhariam com o paciente "... fora do hospital ... em tarefas complementares àquelas que desenvolve a comunidade terapêutica."

(ibid, pg. 149). Nestes casos, utilizar-se-ia o acompanhamento para uma "hierarquização" da contenção, "... dado que o contraste entre o holding que oferece a instituição e a vida fora dela resulta, geralmente, conflitivo." (ibid, pg. 149).

Quando tratarem-se de pacientes em regime de hospitalização noturna, os acompanhantes ficariam junto ao paciente durante o dia e sua função neste período, é a mesma exercida no caso de pacientes "ambulatoriais", por exemplo,

"... acompanhá-lo a suas sessões, ajudá-lo a ordenar seus objetos pessoais, esperá-lo na saída de um curso, fazerem juntos um passeio, ajudá-lo a planejar um final de semana com amigos etc..."²⁹ (pg. 149).

Deve-se notar uma diferença em relação ao trabalho de atendentes ou auxiliares nas clínicas Pinel e Villa Pinheiros respectivamente, que seria o fato dos acompanhantes aqui não atuarem no período intra-clínica do paciente. A especificidade do trabalho do acompanhante seria este "estar com o paciente" na

²⁹ Novamente apontaremos: Quando se descreve desta maneira o que deve fazer o acompanhante, não se leva em conta que, durante todas estas atividades, ou até para que estas possam ser conseguidas, terão de haver certas trocas "verbais", em que paciente e acompanhante, trocam "saberes" e estabelecem significações. Tudo em nome de que o paciente possa realizar certas tarefas que se supõe terapêuticas. Note-se, porém, que o paciente deve apresentar uma resistência -- e aqui não uso o termo em sentido psicanalítico -- a cumpri-las, sem o que não haveria necessidade de um acompanhante para auxiliá-lo. Pensar estas trocas "verbais" e a ética que as permeia, mesmo que se queira privilegiar o aspecto mais "objetivo" ou "social" da intervenção do acompanhante, não seria, de modo algum, um esforço a ser desprezado.

rua ou em sua casa, fora de qualquer enquadramento "físico-geográfico" pré-determinado.

Haveria também, entretanto, a situação em que o acompanhamento se daria no interior do estabelecimento psiquiátrico, em geral uma comunidade terapêutica, tal como acontecia nas clínicas Pinel e Villa Pinheiros. Mas com a diferença de que os acompanhantes não pertenciam ao staff da clínica.

Este tipo de acompanhamento seria indicado nos casos de "negativa sistemática do paciente a integrar-se ao resto do grupo ...", ou no caso de pacientes "... muito descompensados, que não estão em condições de participar em tarefas de grupo e necessitam um acompanhamento permanente." (ibid, pg. 151). Os acompanhantes procurariam então por um lado "... ajudar o paciente a integrar-se na comunidade que o acolhe ..." e por outro transformarem-se em "... nexos com o "de fora", favorecendo e reforçando o vínculo do paciente com os objetos, seres e lugares do mundo exterior." (ibid, 150).

Por fim, haveria os casos em que o paciente ficaria entregue aos cuidados de uma "família substituta". Aqui, alguns acompanhantes poderiam exercer esta função, enquanto outros ficariam com o paciente fora desse "lar substituto", até para não sobrecarregar o pessoal da equipe com uma carga horária muito intensa.

A função dos acompanhantes aqui, enquanto "familiares substitutos", seria a de buscar modelos de interação distintos daqueles encontrados no seio da família original do paciente, supostamente comprometidos com o adoecimento deste. Vale dizer que esta é uma orientação bastante comum em qualquer situação de acompanhamento -- principalmente fora do ambiente hospitalar -- a partir da constatação de que a maneira como a família do paciente interage com ele encontraria-se "contaminada", seja pelo desgaste sofrido pelos familiares diante das dificuldades criadas pelo "adoecimento" de um de seus membros, seja pelo comprometimento daqueles com este mesmo "fato".

Na maioria das famílias em que encontramos um caso de patologia psiquiátrica grave, existe uma estruturação bastante rígida dos padrões interacionais de seus membros. Daí impor-se ao acompanhante a necessidade de não repetir estes mesmos padrões, por mais que, no âmbito da dinâmica familiar em que vem atuar, ele se veja muitas vezes por eles "capturado", o que confere toda a delicadeza de seu trabalho.³⁰

No caso da função dos acompanhantes tal como proposta pelas autoras argentinas, pareceria haver a suposição de que, uma vez tendo a oportunidade de experimentar novas formas de

³⁰ São várias as referências a esta "rigidez" encontrada nestas famílias, tanto via a teoria psicanalítica, quanto sistêmica. (ver por exemplo, numa leitura psicanalítica, os artigos editados em Vilhena J. (org) 1991 e, já numa perspectiva "sistêmica" Minuchin, S. 1985 e Bateson, G. 1971). Observe-se também como em quase todos os contextos em que encontramos acompanhamento, vigora a noção de que sem que a família se trate o tratamento do paciente fica bastante difícil; vide por exemplo as experiências da Villa Pinheiros citada acima, do CETAMP e do hospital dia a Casa, em SP (sobre esta última experiência, ver entrevista com Beatriz Aguirre, Moisés Rodrigues da Silva Jr. e Nelson Carroso, publicada em Saúde e Loucura 1, coord. Antônio Lancetti, 1989).

A noção de que o acompanhante deve tentar promover novos padrões de interação em sua relação com o paciente, é coerente com aquela que entende que a família deve tratar-se para que o paciente "localizado" possa mudar. Como se a "loucura" destes pacientes cumprisse uma função na manutenção de um certo "equilíbrio" de seus grupos familiares.

vinculação e novas respostas a seus comportamentos habituais, o paciente poderia "reaprender" a relacionar-se, ou pelo menos alargar seu leque de possibilidades interacionais, tese que encontra respaldo na noção amplamente difundida no contexto das reformas propostas pela psiquiatria social, de que haveria um comprometimento do meio sócio-familiar do paciente na etiologia de sua "doença", sendo esta a "forma" encontrada por aquele de interagir com as contradições de seu meio imediato -- quadro que poderia ser revertido pela criação de um "novo meio". A noção de "aprendizagem social" proposta por Maxwell Jones, parece encaixar-se aqui. (Conforme Jones, op cit.).

Como já mencionado, este processo de "aprendizagem" mereceria uma maior atenção, já que, são as dificuldades que sempre se apresentam em seu decorrer -- advindas das resistências da família, do paciente e, também, da equipe terapêutica -- que conferem toda a complexidade deste trabalho. É certamente necessário que haja então, um grande entrosamento entre os membros da equipe interdisciplinar, sendo talvez esta, acima de qualquer outra, a principal condição de sucesso do trabalho de acompanhamento.

Assim, estabelecidas as condições de inserção do acompanhante terapêutico (at) na equipe interdisciplinar, vejamos o que dizem as autoras, mais especificamente, sobre as funções que ele é chamado a desempenhar. Encontramos no texto em

questão oito pontos que corresponderiam a estas: Conter o paciente; oferecer-se como modelo de identificação; emprestar o "ego"; perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente; informar sobre o mundo objetivo do paciente; representar o terapeuta; atuar como agente ressocializador e, finalmente, servir como catalizador das relações familiares. Uma rápida reflexão sobre cada uma delas se faz necessária.

É importante notar, entretanto, que não encontraremos aqui, indicações mais precisas daquilo poderia ser entendido como uma "técnica" do acompanhante. Seguindo as descrições das autoras, mesmo a palavra "função", pareceria-nos poder ser substituída com vantagem pelo termo "objetivos" (no sentido de meta a ser atingida), já que, como veremos, elas (as autoras) em nenhum momento, nesta seção de seu texto, fazem referência ao "modo" como os acompanhantes procedem para atingir suas ambições terapêuticas..

Levantaremos algumas questões quanto a pontos que nos parecem potencialmente problemáticos na elaboração das autoras, sem entretanto nos preocuparmos em aprofunda-las neste momento de nosso trabalho. Nossa intenção aqui é fundamentalmente apresentar o modelo de acompanhamento proposto pela equipe do CETAMP, que teve certamente uma importante influência sobre o trabalho de acompanhamento depois feito no RJ. Mostraremos nos capítulos três e quatro como a prática dos acompanhantes da Villa Pinheiros por um lado sofre uma guinada que a aproxima do modelo do CETAMP, embora por outro apresente uma série de

desvios em relação a ele. Vejamos agora as funções do acompanhante, tal como apresentadas pelas autoras.

a) Conter o paciente

Aqui o "conter" teria a ver com "ser continente para", oferecendo-se "... como suporte tal qual um "agasalho humano", acompanhando o paciente em sua ansiedade, sua angústia, seus temores, sua desesperança, ..." (ibid, pg. 40).

Note-se a preocupação das autoras³¹ em distinguir o tipo de contenção oferecida pelo acompanhantes, daquela que ofereceria por exemplo uma enfermagem clássica. Não se trata de impedir o paciente de fazer o que "não é certo", ou de evitar "acidentes" mais graves ou embaraçosos, mas antes de poder "estar com ele" nos momentos em que haveria uma ameaça de "transbordamento" do que poderia ser genericamente chamado de "sofrimento psíquico" -- ansiedade, angústia, temores, enfim, excessos variados. O papel da escuta do acompanhante aí seria fundamental, o que não é uma assunção sem consequências.

A metáfora "agasalho humano" indica esta especificidade do trabalho do acompanhante que seria a de estar num permanente "corpo a corpo" com o paciente naqueles momentos e mesmo, ainda que não tão concretamente, nos momentos de maior estabilidade do paciente.

³¹ Na própria pg. 40 do texto que estamos discutindo encontramos uma nota referente ao termo contenção: "No sentido de ser continente para". É evidente a preocupação das autoras em diferenciar a "continência" que oferece o acompanhante da "contenção" que ofereceria um enfermeiro clássico.

Mas vejamos que este "agasalho humano", é feito também de palavras e significações, que estão sempre inseridas num determinado corpo de saber sobre o que se estaria passando com o paciente. Pode portanto ser um "agasalho" de diferentes "grifes", como a psiquiatria ou a psicanálise, convenientes a "friagens" de diferentes tipos e cujos princípios de aquecimento são igualmente distintos. Na verdade, não se deveria sequer supor que houvesse consenso quanto aos momentos em que se deveria "aquecer" o paciente.

Que o acompanhante possa efetivamente conter, ou oferecer continência ao paciente, isto não colocaremos em discussão. Notemos entretanto que o fato das autoras terem preocupado-se em distinguir *contenção* e *continência*, parece-nos apontar para o que seria uma ação não tão "concreta" ou "objetiva" que ofereceria o acompanhante. O papel da escuta e da fala do acompanhante ganha assim um outro estatuto. Que direções toma esta "oferta de continência" e que modelo de subjetividade subjaz a ela, é coisa que terá sempre de ser discutida no âmbito da equipe terapêutica, que poderá ter diferentes leituras clínicas do que se passa ao paciente.

Por exemplo, uma leitura psiquiátrica do que se passa a um paciente poderá concordar com uma demanda familiar de que o paciente seja proibido de incorrer numa série de comportamentos tidos como sintomáticos. Já uma leitura psicanalítica valorizará o "sentido" destes "sintomas", entendendo que a direção do

tratamento deveria ser outra.³²

Enfim, pensamos que dizer que o acompanhante deve oferecer continência para o paciente, consiste apenas na descrição de um objetivo, cabendo a futuras elaborações pensar os problemas que eventualmente poderiam se interpor a este tipo de orientação do que faz o acompanhante.³³

b) Oferecer-se como modelo de identificação

Esta noção é de fato bastante intuitiva, quando se trata de justificar a presença de um acompanhante junto a um paciente. Caberia entretanto pensar o que este tipo de intervenção do acompanhante portaria intrinsecamente de "sugestão"³⁴ e portanto de referência a uma norma.

O acompanhante funcionaria, nesta perspectiva, como um "modelo saudável" a ser imitado. "O acompanhante terapêutico, ao trabalhar em um nível dramático vivencial, não interpretativo, mostra ao paciente, in situ, modos diferentes de atuar e reagir frente às vicissitudes da vida cotidiana." (pg. 40).

³² Exemplo típico é quando um psiquiatra, de comum acordo com a família do paciente, decide impor uma rígida disciplina moral a um adolescente com traços de "comportamento psicopático", uso de drogas etc, ou a um paciente psicótico o qual a família julga no fundo ser apenas um "preguiçoso". Não que muitas vezes não caiba ao acompanhante atitudes firmes e diretivas, mas é importante -- pelo menos para os acompanhantes -- que elas tenham uma direção clínica e terapêutica, que nem sempre deverá privilegiar aquilo que é valorizado pela moralidade. O acompanhante tenderá em geral a privilegiar -- psicanaliticamente -- uma intervenção que tome em conta o "sentido" dos "sintomas" do paciente e que não privilegie como direção de cura uma simples eliminação destes últimos.

³³ Poder-se-ia argumentar que isto poderia ser feito de maneira puramente intuitiva, mas achamos hipótese difícil de ser sustentada na medida em que aquele que acompanha sempre está imbuído de uma finalidade terapêutica e em interlocução intensa com instituições como a psiquiatria e a psicanálise. Quanto a uma potencial divergência entre psiquiatria e psicanálise, ver por exemplo Freud, 1916/17, conferência XVII "Psicanálise e psiquiatria" (ESB VOL. XVI) e Birman, J. 1991, cap. 1 "Loucura e Verdade".

³⁴ Utilizamos o termo aqui, no sentido que lhe empresta Freud: "... influência sem fundamento lógico e adequado..." (Freud, 1921, ESB vol. XVIII, pg. 115. Sobre o conceito sugestão em Freud, além do artigo citado, ver também 1917, conferências XXVII e XXVIII, ESB vol. XVI).

É preciso admitir que esta dimensão das trocas intersubjetivas que estabelecem as pessoas, em que estão em jogo "identificações" é de fundamental importância para seus "crescimentos" pessoais e que, os acompanhantes, têm servido em parte ao propósito de "enriquecer" esta dimensão, tantas vezes empobrecida, da vida de seus pacientes.

Porém, para os casos que estamos investigando, teríamos de um lado, na maioria das vezes, alguém que mostrou uma especial dificuldade em penetrá-la e, de outro, alguém que teria a *intenção* de oferecer-se como modelo, o que não acontece na relações que se dão fora de um contexto "terapêutico". Há que se ter, portanto, uma certa cautela quanto às possibilidades de manejo desta noção .

Um outro problema surge se admitirmos que o termo "identificação", embora possa ser encontrado dentro de referenciais teóricos específicos, como por exemplo o psicanalítico, não só já aparecia anteriormente na linguagem não científica, como foi reincorporado e banalizado, a partir de seu significado "científico", por esta mesma linguagem. Vai daí que se passe a usá-lo sem muita "cerimônia", como se ele correspondesse a algo muito preciso, no "mundo real". Ele é reificado. Quando se exige um pouco mais de clareza quanto ao que faz o acompanhante, percebe-se rapidamente como ele pode servir ao ocultamento de certas contradições.

Ainda que se aceite que o acompanhante pode funcionar como um "modelo de identificação" para o paciente, deve-se prestar atenção ao fato disto poder ser feito a partir de diferentes enquadramentos teórico/institucionais, que determinariam por sua vez diferenças quanto à avaliação dos momentos em se deveria lançar mão deste recurso. Servir de modelo de identificação para que o paciente aprenda como deve comportar-se, ou para que ele possa estabelecer identificações, a partir da noção de que a identificação é um mecanismo psíquico "estruturante", fundamental para que se possa ingressar no mundo das trocas simbólicas, características da linguagem e/ou cultura humanas?

c) Emprestar o "ego"

Fala-se muito, ainda que informalmente, na função de "ego auxiliar" que exerceriam os acompanhantes. Consideramos que esta seja uma maneira "quase técnica" -- assim como "oferecer-se como modelo de identificação" -- de falar do que fazem estes, mas que serviria menos a um esclarecimento acerca de suas funções, do que a um apaziguamento da angústia provocada pelas perguntas "... para que serve o acompanhante e ... de que maneira ele se torna "terapêutico"?

Na acepção das autoras, o at. ...

"... se empresta como se fosse
um "motor com combustível" capaz

de planificar e decidir pelo paciente naquelas situações onde este não é ainda capaz de agir por si mesmo. Serve-lhe de "Ego" auxiliar, (...) para ajudá-lo a organizar e a cumprir atividades diárias, para conduzí-lo ao médico e ao dentista, ..." (pg. 41).

Vejamos que, no sentido que lhe emprestam as autoras, dizer que o acompanhante funciona como um "ego auxiliar" ou que "empresta seu ego" ao paciente, é dizer demais, ou não dizer nada, acerca da função do acompanhante. Entre as três instâncias psíquicas propostas por Freud, o ego é muitas vezes entendido como aquela responsável pelo "bom senso"; por, "diplomaticamente", intermediar as demandas "irracionais" e antagônicas emitidas pelo id e pelo superego, adaptando-lhes de acordo com as exigências da realidade.

"Nossos pacientes possuem um aparelho psíquico em guerra. O Id, por seu lado, tenta satisfazer seus desejos, o Ego, débil e frágil, trata de governá-lo e de adequar-se à realidade, mas nem mesmo quando o consegue pode o indivíduo

sentir-se' satisfeito porque o Superego continua exigindo e censurando." (ibid, pg. 55).

Não é raro encontrarmos esta metáfora bélica permeando a leitura destes conceitos freudianos. Nesta perspectiva, o acompanhante, enquanto um "ego auxiliar", funcionaria como um sucedâneo desta instância mediadora -- "ineficaz" no paciente -- capaz de oferecer pelo paciente as respostas mais adequadas às exigências da "vida real", ao mesmo tempo servindo como um "modelo de identificação".

Um tal entendimento do papel do acompanhante, embora intuitivo, tropeça justamente no momento em que as coisas não fluem bem durante o tratamento -- o que não é dizer pouco, dada a gravidade reconhecida dos casos em que são solicitados os acompanhantes, ou seja, dada à sempre presente dificuldade encontrada no decurso destes tratamentos.

A própria psicanálise, que forneceu os conceitos para esta rápida articulação teórica acerca do papel do acompanhante, fornece-nos alguns outros, capazes, quando levados em conta, de tornarem-na problemática. Por exemplo, o que pode o "bom senso", diante dos fenômenos que levaram Freud à formulação dos conceitos de repetição, resistência e transferência? (Freud, Artigos sobre a técnica, 1911-15, ESB vol XII). São conceitos que só surgem na medida em que Freud luta para não ceder à tentação de uma clínica pela sugestão -- que equivaleria para

ele a admitir o caráter pouco científico da psicanálise.³⁵

É também no momento em que o paciente não acompanha a direção pensada no tratamento, que o acompanhante é levado a pensar sobre as possibilidades de manejo que o seu lugar lhe confere, para além deste "ser um ego auxiliar, ou modelo de identificação". Vejamos que o acompanhante não identifica-se à figura -- sem dúvida importante -- do assistente social. Ele, nos diferentes contextos em que encontramos acompanhamento (excetuando-se aqueles momentos iniciais em que apareceu no interior de comunidades terapêuticas, quando não causava questão o problema da "identidade" daquele que acompanhava) quer ser reconhecido como um terapeuta, um clínico. Ora, o que daria este caráter à sua função, senão um algo mais que se adiciona a este "ser um ego auxiliar"?

O que faz o acompanhante, quando o paciente "não se identifica", ou não aceita "ser auxiliado"? Recuo, diante das "resistências" deste às atividades propostas pelo tratamento? Investimento na criação de um "espaço" no social, que melhor acolha a singularidade destes pacientes? Ou investimento no manejo da "transferência", ou do "vínculo afetivo", como se costuma dizer, entre paciente e acompanhante? Quem sabe algo dos três, ou mais ...?

No primeiro caso os acompanhantes interromperiam o seu

³⁵ Falando sobre o método de "sugestão direta" utilizado por Bernheim, quando a sugestão era dirigida contra a manifestação dos sintomas, Freud comenta: "Era um trabalho braçal, não uma atividade científica, e lembrava magia, encantamento, truque de prestidigitador." (Freud, 1916/17, ESB VOL.XVI, pg. 524).

atendimento a um determinado paciente, na medida em que fosse constatada a não colaboração deste último com o *programa* traçado pela equipe terapêutica. Neste caso, considerar-se-ia que o acompanhante não deveria fazer do manejo de sua relação -- e das dificuldades que nela se impusessem -- com o paciente e/ou sua família, uma via privilegiada de intervenção terapêutica. Seu lugar não o permitiria e ele limitaria sua intervenção à tentativa de fazer esta "ponte" entre o paciente e um "social" (para além daquele presentificado na pessoa do acompanhante).

No segundo caso, o acompanhante trabalharia estas resistências, mas sempre com um enfoque objetivo, de reinserção do paciente no social propriamente dito, ou em alguma forma de comunidade ou grupo. Não seria privilegiado o manejo das trocas simbólicas e afetivas estabelecidas na esfera da relação intersubjetiva de paciente e acompanhante, como uma dimensão terapêutica de sua prática.

No terceiro caso o acompanhante arriscaria-se nesta última dimensão. Ainda que não nos pareça haver motivo para que acompanhantes a recusem por princípio, devemos reconhecer que, em assim fazendo, ele estaria penetrando em território obscuro, onde questões técnicas e éticas de considerável importância estariam em jogo.

Mas também caberia lembrar que fazê-lo, seria consequência, talvez inevitável, da forma como se estruturou em diversos momentos e lugares a prática do acompanhamento. Assim,

não se deveria esperar que acompanhantes, em sua maioria estudantes de psicologia ou psicólogos, influenciados pelo saber psicanalítico, interessados na prática de consultório particular, fazendo suas análises individuais e, o que é importante, entendendo o que se passa com o paciente a partir de um referencial teórico psicanalítico, não terminassem por querer pensar por exemplo, a questão do "manejo do vínculo transferencial"³⁶ que se estabelece entre ele e o paciente. Há ainda a questão da demanda que se lança aos acompanhantes, que ressalta o oferecimento de uma *escuta diferenciada* e o estabelecimento de um *vínculo afetivo*. Voltaremos a isto no capítulo quatro.

Quando consideramos atentamente os oito pontos propostos pelas autoras como "funções do acompanhante", veremos que apenas os pontos e) e f) -- "informar sobre o mundo objetivo do paciente" e "representar o terapeuta" -- escapariam ao campo recoberto pela noção "atuar como um ego auxiliar", ou "emprestar o ego". Trata-se portanto de uma noção "devoradora" que, ao mesmo tempo em que se presta para ser articulada a quase tudo o que fazem os acompanhantes junto ao paciente, fá-lo sem esclarecer até que ponto isto pode "funcionar".

Fica também a questão de saber se um "ego auxiliar", na medida em que oferecido como "modelo", não se transforma

³⁶ O conceito de transferência ofereceria uma possibilidade de "leitura teórica" para o tal vínculo afetivo que sempre se solicitou ao acompanhante estabelecer com seus pacientes. Isto ainda que o acompanhante não deva fazer o mesmo manejo da transferência que o analista "no consultório" (estamos aqui sendo fieis à nossa tese de que o acompanhamento é sobretudo um "campo de intervenção". Ou seja, um analista pode fazer acompanhamento mas, por ser analista, não agirá da mesma maneira que faz no consultório).

inevitavelmente em "ideal de ego" (o comentário valeria para o ítem anterior). Critica-se os analistas de uma certa "Ego psychology", por estes conceberem a cura do paciente como acontecendo pela via uma identificação ao analista, que ocuparia então o lugar de ideal do eu (ver Miller, 1987 e Birman, 1991). O acompanhante estaria então numa linha semelhante, embora atuando num campo distinto daquele composto por analista-paciente-consultório.

d) Perceber reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente.

Dentro do esquema proposto pelas autoras, o acompanhante desempenharia esta função em dois momentos distintos: quando do processo diagnóstico, e então sua função seria o "observar", para depois ajudar a equipe na elaboração de uma estratégia de tratamento; e no processo de tratamento propriamente dito, quando então pensamos que ele estaria servindo ao mesmo tempo como "modelo de identificação" e como "ego auxiliar" (portanto valeriam aqui as ponderações que fizemos quanto a estes ítems anteriores).

Vejamos que segundo as autoras isto serviria ...

"... para liberar a capacidade criativa inibida e tende à estruturação da personalidade ao redor de um eixo organizador. Ao

propor tarefas de acordo com os interesses do paciente, estará ajudando-o a reencontrar-se com a realidade, com o mundo dos objetos." (1985, pg. 41).

Note-se aqui a preocupação em "aproveitar" os "interesses do paciente", o que denota uma intenção de "respeitar" a sua singularidade, sem tratá-lo como um "alienado", impondo-lhe um código de conduta que lhe fosse inteiramente alheio, mas conforme a norma e a moral de seu tempo. Não obstante, o acompanhante, nesta perspectiva, estaria particularmente atento às possibilidades de articulação do paciente às atividades "normalmente" oferecidas no âmbito do social. Ginástica, se o paciente for ligado em exercícios, estudo, cinema etc. Enfim, sempre privilegiando qualquer possibilidade de estabelecimento de laço entre o paciente e o social e mesmo que estes laços não se estabeleçam via os canais considerados "normais".

Caberia aqui registrar a seguinte formulação, oferecida pelas autoras, para ilustrar este ponto: O acompanhante "... estimulará o desenvolvimento das áreas mais organizadas de sua personalidade neurótica em detrimento de seus aspectos mais desajustados. " (ibid, pg. 41).

Propomos que, onde se lê "áreas mais organizadas de sua personalidade neurótica", leia-se ... "pontos onde a conduta do paciente tangencia os comportamentos tidos como normais". Trata-

se de uma leitura que faz uma equivalência entre "neurótico" e "mais organizado" e que admite a existência de uma "parte neurótica" da personalidade, junto a uma "parte psicótica". Nesta perspectiva a direção de cura dar-se-ia no sentido de um fortalecimento da parte neurótica da personalidade do paciente, de sua "neurotização", que no caso seria uma versão técnica para "normalização".

Caberia aqui arguir se a função "clínica" do acompanhante -- no que diz respeito a este ítem -- não entraria em cena apenas a partir do momento em que a sua função "pedagógica"³⁷ fracassasse.

e) Informar sobre o mundo objetivo do paciente

O acompanhante muitas vezes é solicitado para fazer um trabalho tipo "trabalho de campo". Independente de qualquer intervenção "mais ativa" que ele possa vir a ter, sua presença maciça no cotidiano do paciente, ou em lugares e momentos que outros membros da equipe terapêutica não têm oportunidade de estar, faz dele um espectador privilegiado, capaz de obter dados que podem ser valiosos acerca do que se passa com o paciente em seu ambiente sócio-familiar.

Por exemplo, um acompanhante treinado, poderá avaliar como ninguém, a resposta que um paciente apresenta a uma certa

³⁷ Aqui não vai tanto uma crítica quanto a esta pretensão pedagógica, quanto a hipótese de que a clínica psicoterapêutica só começa a partir do momento em que a pedagogia fracassa.

medicação, ou poderá perceber pontos nevrálgicos da dinâmica familiar, onde a interação entre paciente e um outro membro da família poderia estar trazendo um efeito indesejável para o bom andamento do tratamento. O acompanhante comunicaria os dados que obtém aos outros membros da equipe, ajudando assim na elaboração de uma estratégia terapêutica.

f) Representar o terapeuta

Como várias outras noções utilizadas mais ou menos apressadamente para definir o que faz o acompanhante, esta aqui nos parece "esconder" problemas, que muitas vezes poderão aparecer no decorrer do tratamento. O acompanhante deveria então funcionar como uma espécie de "prolongamento" do terapeuta, de maneira a ampliar os efeitos da ação deste último para além do aqui agora da sessão:

"... o acompanhante terá que ajudar o paciente a metabolizar interpretações efetuadas pelo terapeuta e, inclusive, deverá refazê-las³⁸. Sua presença cria um espaço a mais para a elaboração dos conteúdos da psicoterapia." (ibid, pg. 42).

Quanto aos problemas a que fizemos referência, indaguemos,

³⁸ Mas sua tarefa não é "não interpretativa"?

por exemplo, a pertinência de uma proposta como esta, quando o terapeuta for um psicanalista (fato bastante comum, no campo que estamos investigando. A própria referência à "interpretação" do terapeuta aponta neste sentido). Em que condições poderia um analista "depende" deste tipo de "representação" no "espaço além consultório" e, ainda assim, manter-se em seu lugar de analista? A mesma indagação vale para o item anterior: pode um analista depender de informações sobre o mundo objetivo do paciente? Porque não reconhecer que, quando assim proceder, já não estará fazendo-o, muitas das vezes, enquanto analista? ³⁹

São situações bastante frequentes e nossa intenção aqui não é tanto criticar este tipo de demanda ao acompanhante, quanto criticar a atitude dos analistas que, mesmo "acendendo uma vela para Deus e outra para o diabo", não querem nunca ter questionado o seu lugar de psicanalista, supostamente dono de um saber e uma técnica bastante elaborados -- os mesmos que o sugerem a não importar-se com aquilo que acontece fora do espaço analítico e mesmo que aponta para o fracasso da técnica psicanalítica tradicional com pacientes psicóticos (ver por exemplo Freud, 1913, 1917) -- que lhe conferem um prestígio social bem maior que o do acompanhante, este "aprendiz dedicado". ⁴⁰

³⁹ Mesmo que o esteja fazendo enquanto analista, deverá reconhecer que caminha por um terreno tão obscuro quanto o do acompanhante. Seria o caso dos analistas que lançam-se a tratar de psicóticos, reconhecendo que utilizam uma técnica, ou manejo, diferente. Não que não deveriam fazê-lo mas, os resultados desta sua iniciativa poderão ser tão promissores ou duvidosos quanto aqueles conseguidos pelo trabalho de acompanhantes.

⁴⁰ Há aqui também o importante aspecto de que o analista, mesmo caminhando por caminhos obscuros, raras vezes parece disposto a abrir mão de um certo privilégio no "trabalho com a transferência". O problema é que se esta transferência estivesse favorável ao trabalho analítico, dificilmente ter-se-ia precisado recorrer a acompanhantes. Ao mesmo tempo, quando se recorre a estes últimos, a "transferência" se "multiplica", podendo eventualmente fazer-se sentir mais "intensamente" na relação do paciente com um dos acompanhantes e não "no lugar adequado", ou seja, na relação com o analista. O que acontecerá então, se este acompanhante for um analista? Que atitude deve tomar? Recuo burocrático, ou avanço ético,

A coisa é menos problemática quando quem faz uma tal demanda é o psiquiatra. Neste caso não há, pelo menos a princípio, incoerência. Entretanto, dada a formação fortemente influenciada pela psicanálise daqueles que fazem habitualmente acompanhamento, as contradições podem surgir por outra frente.⁴¹

É importante frizar que as questões que estamos levantando a partir do texto de Mauer e Resnizky, destinam-se não a desqualificar o texto das autoras, mas sim a ir além deste. Se elas mostram conhecer uma série de funções que de fato podem vir a cumprir acompanhantes terapêuticos (e que se lhes são demandadas), nos interessa por outro lado apontar para as dificuldades que existem potencialmente quando se as propõe e o campo de racionalidade que as referencia. Quanto a estas dificuldades, muitas vezes os médicos e psicanalistas têm pouca disponibilidade para pensá-las junto ao acompanhante, especialmente quando o tiverem solicitado como uma forma de sustentar e legitimar o lugar de onde atenderão o paciente; "tiro" que não poderia deixar de "sair pela culatra".

Talvez a equipe do CETAMP soubesse como ninguém valorizar as problematizações feitas por seus acompanhantes e, de uma maneira geral, lidasse suficientemente bem com as dificuldades

ante um possível "chamado" do paciente ao trabalho na transferência? No último caso, teríamos a possibilidade de passagem do acompanhante ao lugar do analista. Pensar que o acompanhante pode atuar como um analista, desde o lugar de acompanhante, não nos parece uma hipótese atraente.

⁴¹ Veremos como, entre os grupos de acompanhamento do RJ, surgiu um movimento que propunha uma mudança de nome do "auxiliar psiquiátrico" para o "acompanhante terapêutico", exatamente pelo descontentamento destes com a perspectiva de não passarem de meros prolongamentos do psiquiatra.

do trabalho de uma equipe "interdisciplinar". Mas isto não minimiza o fato de que, em outros contextos, uma série de dificuldades pudessem emergir no interior desta equipe. Dificuldades que demandariam por sua vez, uma reflexão que fosse além daquilo que pode "dar certo" -- os objetivos -- e que procurasse trabalhar os pontos problemáticos deste trabalho. O texto das autoras oferece um "modelo" daquilo que deve ser a prática de acompanhantes junto a uma equipe interdisciplinar e, por isto, tem grande mérito, sobretudo quando levamos em conta o seu pioneirismo. A nós interessa, porém, problematizar a distância entre este modelo e as práticas que o tomam como referência legitimadora, como por exemplo, aquelas que analisaremos nos próximos capítulos.

Lembrando que, quando se faz uma demanda do tipo "o acompanhante pode ajudar o paciente a metabolizar a interpretação feita pelo analista ou mesmo refazê-la", abre-se uma perspectiva ao acompanhante que é eminentemente clínica, e que legitima o desejo deste último de pensar a especificidade do vínculo que ele estabelece com o seu paciente, também no nível das trocas verbais estabelecidas entre eles e, porque não, no nível da transferência.

g) Atuar como agente ressocializador

Assim como na função d), aqui o acompanhante cumpriria sua função ao mesmo tempo em que funcionaria como um *ego auxiliar* ou um *modelo de identificação*. De todo modo, seguindo nossa linha

de apontar para os eventuais problemas que podem esconder-se por trás destas determinações "tão sensatas", diremos que, se os pacientes acompanhados tem dificuldades para socializarem-se, isto se deve, como pode parecer óbvio, não ao fato de que faltem-lhes pernas, ou por que não saibam como fazê-lo.

Os quadros com que nos deparamos revelam, muitas vezes, que o paciente não socializa-se por estar atado a um "sistema de representações" que justifica-lhe esta não "socialização"⁴². "Vencer" este sistema, quase sempre refratário ao bom senso e à razoabilidade das propostas terapêuticas, não depende apenas da vontade do acompanhante e da autoridade do médico ou psicanalista. Se assim fosse, bastaria entregar estes pacientes aos cuidados de educadores.

Quando chamam acompanhantes, os médicos muitas vezes parecem ter a expectativa de que o acompanhante dê um "jeitinho" de convencer o paciente a ceder. Expectativa muito semelhante têm as famílias dos pacientes atendidos, que se surpreendem e irritam, quando encontram acompanhante e paciente a "simplesmente estarem juntos", sem nenhuma realização "mais objetiva".

O acompanhante, por influência de sua formação analítica e das práticas antipsiquiátricas que possibilitaram o seu surgimento, **poderá recusar-se a forçar o paciente a**

⁴² Existem também os casos em que o paciente poderá ter atingido um tal nível de fragmentação que, ao contrário do que dissemos, não seguirá as tarefas propostas pelo tratamento por não estar atado à qualquer sistema de representações.

cumprir as tarefas do tratamento, antes que estas possam "fazer algum sentido" para ele⁴³. Isto dá um caráter de médio a longo prazo à intervenção do acompanhante, o que entra em choque com a perspectiva de que ele apenas cumpra uma intervenção no momento da "crise".

Achamos por bem inserir aqui um comentário que vale para as outras funções do acompanhante propostas pelas autoras. Trata-se de apontar para a diferença entre atender um paciente em crise -- passando por um agudo momento de desintegração, que lhe determine seja uma atitude ensimesmada ou autista, seja um comportamento agitado e/ou agressivo -- e atender a um paciente que não esteja em crise, mas que também não seja ainda considerado crônico e portanto sobre quem ainda pairam expectativas terapêuticas no sentido de que ele possa ter uma inserção no mundo da "normalidade".

No primeiro caso, a tarefa do acompanhante é de certa forma menos sutil do que na segunda. Ser um "ego auxiliar", "oferecer continência", e funcionar como um "agente ressocializador" etc, junto a estes pacientes, pode fazer todo sentido e muitas vezes são tarefas que se impõe. O paciente poderá não estar se localizando espacialmente, poderá não ter condições de executar tarefas básicas como pagar uma conta no banco, cuidar da sua casa etc. O acompanhante terá então

⁴³ Aqui seria melhor dizer: o acompanhante não entenderá sua função como sendo simplesmente "guiar" o paciente nas tarefas que lhe sejam impostas. Como já foi apontado pelas autoras, eles procurarão eventuais "ganchos" que possam ser feitos entre as aptidões e/ou interesses do paciente e a direção do tratamento. Para que haja "aptidão ou "interesse", é preciso que o paciente atribua sentido a algum tipo de experiência; que ele signifique de alguma maneira aquilo que lhe está acontecendo.

oportunidade para trabalhar tarefas bem concretas.

Já no segundo caso, o paciente estará "quase lá", no "mundo dos normais"; sua "resistência" às tarefas do tratamento serão bem menos concretas; poderá ser um psicótico funcionando em perfeito acordo com um sistema delirante altamente elaborado e dentro de uma lógica fechada, ou um drogadito absolutamente "normal" sob uma série de aspectos, mas com aquela compulsão à adição que lhe coloca em situações de alto risco, tanto físico, quanto moral, enfim, situações que muitas vezes encontramos enquanto acompanhantes, exatamente na medida em que são casos igualmente muito resistentes a uma abordagem terapêutica tradicional em consultório.

O acompanhante terá algumas vezes a impressão de estar lidando aí com uma "resistência em estado puro", já que a única coisa que parece impedir o paciente de *mudar*, é o fato dele *não mudar*. Ele tinha tudo para fazer diferente, mas na hora ... ele não faz. Repete aquilo que nossas ambições terapêuticas (ou pedagógicas) mais desejariam afastar. Provavelmente já terá feito fracassarem vários analistas, antes de chegarem ao acompanhamento.

O que faria o acompanhante diante de uma paciente anorética? Diria "coma, que é importante para sua saúde, voce não está gorda etc ..."? Seria esta a função de um ego auxiliar⁴⁴? Com um mínimo de honestidade consigo mesmo o

⁴⁴ Poder-se-ia dizer: não, ele dá comida à paciente. Sim, mas este seu ato teria valor

acompanhante cêdo reconhecerá que tratar-se-ia de tarefa inútil; poderia-se então admitir que o mal do paciente é orgânico e não admite psicoterapia; mas neste caso, o acompanhante não deveria ter a pretensão de ser um clínico ou terapeuta. Pode até cumprir uma função muito importante, mas de outra natureza.

Em geral, observaremos ao acompanhante tentar produzir efeitos a partir de seu vínculo afetivo e significativo com o paciente. *Mas, mais uma vez, diríamos então que reconhecer esta dimensão da ação do acompanhante -- aquela que para produzir efeitos precisa de um laço afetivo e significativo, ligando paciente ao acompanhante⁴⁵ -- não é sem consequências.* Voltaremos a isto.

h) Servir como catalizador das relações familiares

Neste ítem as autoras fazem referência a esta importante dimensão da atividade do acompanhante, qual seja a *de que ele atua, não apenas junto ao paciente, mas também junto à família deste.* Muitas vezes são convocados exatamente quando, por exemplo, o psiquiatra (ou a equipe terapêutica), vendo tornar-se insustentável o convívio do paciente com sua família e querendo evitar os efeitos traumáticos de uma internação, solicita aos

psico-terapêutico não na medida em que o paciente estivesse "sendo alimentado", mas sim na medida em que este gesto "afetivo" do acompanhante adquirisse um "sentido" para o paciente.

⁴⁵ Se do acompanhante ao paciente não importa tanto para o que estamos discutindo. O paciente só "escutaria" o acompanhante a partir desta "transferência" de afeto a este último. Afeto que vêm (pelo menos para uma grande parte dos pacientes atendidos por acompanhamento e das situações vividas por acompanhantes junto a estes) associado a uma significação. Pelo menos é o que nos indica esta tentativa tão frequente do acompanhante (e tão demandada a ele), de agir como se fosse necessário estabelecer um *vínculo afetivo* com seu paciente, para poder produzir efeitos terapêuticos.

acompanhantes que intermediem as relações entre paciente e grupo familiar e/ou que proporcionem um "descanso" à família, já extenuada pelos cuidados intensivos que demanda o seu membro "doente".

Para que cumpram esta tarefa, o psiquiatra (ou a equipe terapêutica) pode não esperar qualquer tipo de intervenção mais elaborada por parte do acompanhante junto à família, mas sim que ele guie suas intervenções a partir de um "bom senso" ou de um "talento" que é fundamentalmente prático. Vejamos o exemplo que nos trazem as autoras:

"... o caso da mãe de Pedro, um adolescente internado numa comunidade terapêutica, que comparecia para visitá-lo com óculos escuros, um lenço na mão e o nariz sempre avermelhado. "Sua saudação era: "O que acontece com voce? Não me parece bem! Está deprimido? Não lhe agrada estar aqui? O at. observou que, ao apresentar-se desta maneira, a mãe promovia no filho uma atitude em espelho. Para desviá-la, o at. devia funcionar como um para-raios, absorvendo parcialmente a

descarga maciça que paralisava afetivamente o paciente ao tentar resistir a ela." (pg. 43).

Atentemos como aqui há referência a este **agir** terapêutico do acompanhante, aqui levemente indicado por este "ser um para-raios". Seria uma espécie de técnica psico-sócio-dramática, influenciada muito menos pelas técnicas de Moreno, que pelo "otimismo" das práticas antipsiquiátricas. Ou seja, o acompanhante serve como "para-raios", tanto através das interações verbais que estabelece com os membros da família, quanto por sua presença física e subjetiva. Na situação trazida pelas autoras, o acompanhante pode atuar tanto com uma intervenção discursiva do tipo "interpretação" ou "esclarecimento", quanto dramaticamente, como por exemplo, "puxando um papo sobre trivialidades com a mãe do paciente" etc.

Merece destaque este aspecto da atividade do at. -- especialmente quando atendendo o paciente fora de um estabelecimento psiquiátrico, na casa dele e junto à sua família -- **o dele efetivamente "entrar" na vida objetiva e subjetiva do paciente e de sua família, cotidianamente, sendo "lá de dentro" que ele fará suas intervenções;** com o complicador de que estas podem se dirigir ao paciente, mas também a outros membros da família deste⁴⁶.

⁴⁶ É importante articular isto ao dado concreto do acompanhante passar períodos de tempo relativamente grandes com o paciente, que podem ser plantões de seis e até doze horas, às vezes viajando com este, almoçando, dormindo etc.

Para tanto ele deve deslocar-se num terreno estreito, que poderíamos considerar como sendo uma "faixa de fronteira" entre o lugar de um terapeuta -- e aqui pensamos que várias poderiam ser as linhas seguidas por estes (voltamos aqui à noção de acompanhamento como um "campo de intervenção) -- e o de uma pessoa como qualquer outra⁴⁷, que está ali presente com seus desejos, afetos etc, o que poderíamos considerar como um resquício de uma atitude "antipsiquiátrica", de desconsiderar a oposição "terapeuta saudável-paciente doente" e entregar-se a uma experiência social "saudável" junto ao paciente e à sua família.

Cumpramos aqui destacar a dificuldade que sempre se impõe às pretensões do acompanhante em trabalhar a família, na medida em que esta em geral concebe o acompanhamento como sendo "para

⁴⁷ Quanto a este "estar como uma pessoa como outra qualquer", não nos passa despercebido o impossível de uma tal proposta. Mesmo no interior de comunidades terapêuticas, um tal apelo não poderia ser atendido. Entretanto, o desafio que se impõe é o de dizer-se "onde está a diferença", para além do dado objetivo "horário-remuneração". Não pode ser sem consequências "subjetivas", o fato de um ser o acompanhante e outro o paciente; um ser o que chega e vai, e o outro o internado; um ser o que recebe, outro o que paga. Um estar em tratamento e outro fazer parte deste.

Se não se quiser admitir que o acompanhante "vende" o seu "amor" (ainda que em nome de uma terapêutica), nem que ele lá está para oferecer-se como modelo saudável, o que sobra? Teremos de reconhecer que, abandonada a perspectiva de sua luta política, espera-se dele uma certa técnica -- no mínimo de persuasão -- e, portanto, um saber. E, no entanto, tantas vezes ele se encontra em situações onde tudo que parece ter que fazer é ser intérprete de si mesmo, dramatizar o papel de si mesmo.

Fá-lo, não obstante, "com um olho no padre e outro na missa", a espreita de poder "positivar" a sua intervenção-dramatização no sentido "clínico-terapêutico". É ao que parecem referir-se as autoras argentinas quando dizem: "O A. T. deve ser capaz de dissociar-se para poder, por um lado, relacionar-se com o paciente e, por outro, manter um distanciamento crítico que lhe permita observar e avaliar a interação." (pg. 38, sobre isto ver também Fulgêncio, L., 1991, Cenamo, Prates e Silva e Barreto, 1991 e Nery e Maia, 1995).

Mauer e Resnizky seguem dizendo "... por isso, é imprescindível que, em certo sentido, possa descentrar-se de suas necessidades mais propriamente subjetivas e tornar-se útil como um promotor de tarefas, como alguém capaz de contar, acolher, acompanhar e pensar com o paciente." (pg. 39, grifo nosso). Pode ser. Mas foi preciso que as autoras dissessem "... em certo sentido,..."

Portanto, por um lado ética profissional que admite um "querer ir à praia", ou o "querer mais um pouco de coca-cola", um "estar quase à vontade", mas porque ali vale "querer", afinal é o momento da "encenação" do "... Eu (ego) que quer...", ou porque assim estabelece-se um "vínculo afetivo", que por sua vez, auxilia na realização de certos objetivos, além de ser, em si mesmo, terapêutico. Por outro, abstinência das próprias "necessidades subjetivas". Quem sabe uma "atenção flutuante", típica do acompanhante.

fulano" (paciente identificado), e não para ela toda. Assim, o acompanhante não está autorizado enquanto terapeuta de família e, se ele intervém junto a esta, como de fato, é quase sempre "sem dar nome aos bois", de maneira estratégica e sutil. Esta intervenção destinar-se-á sobretudo a permitir o tratamento do paciente e não a tratar a família.⁴⁸ O espaço para a terapia desta será, eventualmente, o consultório do terapeuta de família. Acreditamos que mesmo na experiência do CETAMP, os acompanhantes não eram apresentados como "acompanhantes da família", mas sim "do paciente".⁴⁹

Alguns contratempos poderão surgir, no caso da equipe terapêutica não estar bastante afinada quanto a esta dimensão da ação dos ats. Por exemplo, pode-se estar mais interessado em que os ats funcionem como um apaziguador da ansiedade da família,

⁴⁸ Exemplo: a mãe "super-presente" de uma paciente que atravessava grave crise confusional, procurava "apaziguar" qualquer sinal de angústia da filha com uma oferta inesgotável de comida; os acompanhantes, ou um deles poderiam então conversar com a mãe (na medida em que sentissem espaço para isto), mas não no sentido de "tratá-la" e sim para tentar criar espaço para que a paciente pudesse codificar seus desejos e necessidades de uma outra maneira. Por outro lado poderiam, "dramaticamente", apontar para outras possibilidades de interação entre as duas, na medida em que não repetissem este mesmo esquema em suas relações com a paciente -- e também com a mãe, na medida em que a super-oferta de alimentos desta também dirigia-se a eles, tinham a oportunidade de intervir sobre este "clichê-relacional", não se deixando "capturar" por ele.

⁴⁹ Embora falando por referência ao tipo de tratamento que propõe o analista, Freud tocará rapidamente na questão de um possível boicote da família ao tratamento do paciente. Vejamos:

"Ninguém que tenha alguma experiência das discórdias que tão seguidamente dividem uma família, haverá de se surpreender, sendo um analista, ao constatar que os parentes mais chegados ao paciente às vezes revelam menos interesse em sua recuperação do que na permanência da doença." (1917, pg. 535).

Poderia o acompanhante ser de algum auxílio aí? Interferindo nestas articulações entre os sintomas dos pacientes e os de seus familiares? Não se precisaria estar "tratando a família" para fazer isto, mas apenas interferindo em certas interações que poderiam estar contribuindo para reconduzir o paciente a uma crise, ou para a permanência de sua "doença". Um pouco antes perguntara-se Freud: "Está-se precavido contra as resistências internas do paciente, que se sabe inevitáveis; mas como defender-se destas resistências externas?" (ibid, 535), respondendo mais à frente que:

"Talvez os senhores possam concluir, de minha advertência contra os parentes, que os pacientes destinados à psicanálise devam ser segregados de suas famílias, e que essa espécie de tratamento deveria restringir-se a pessoas internadas em hospitais para doenças nervosas. Nisto não poderia acompanhá-los, porém. É muito mais vantajoso para os pacientes (na medida em que não estejam em uma fase de grave exaustão) permanecerem, durante o tratamento, naquelas condições em que têm de lutar contra as tarefas que o desafiam." (ibid, 536/537).

Muitos dos pacientes atendidos por acompanhamento poderiam ser considerados atravessando uma "fase de grave exaustão". O acompanhamento seria então uma opção intermediária entre o isolamento do paciente de sua família e sua permanência pura e simples? Poderiam os acompanhantes intervir sobre certas articulações problemáticas entre a doença do paciente e seu modo de vida junto a seus familiares?

enquanto que os ats podem, com suas intervenções junto a esta, desarranjar ou fustigar certos aspectos da dinâmica familiar -- por exemplo, quando o acompanhante procura não compactuar com a atitude da família que coloca o paciente como "o doente" ou como "aquele que não pode pensar por si" (e isto será feito muitas vezes **em ato** ⁵⁰ e não fazendo discursos psicologizantes de "esclarecimento") -- o que poderia, ao contrário, fazer com que a ansiedade da família "subisse", colocando em risco a continuidade do tratamento caso a equipe não esteja bastante afinada quanto à direção deste último (ver por exemplo Mauer e Resnizky, pgs. 85/6).

Atentemos pará a seguinte passagem :

"A história do papel do at. tem aproximadamente quinze anos. Numa primeira etapa, Eduardo Kalina optou por chamá-lo de "amigo qualificado". A mudança de denominação não foi um fato trivial. Implicou uma mudança quanto a delimitação e ao alcance do papel. Fundamentalmente, a nova

⁵⁰ Fulgêncio Jr. (1991) trabalha por exemplo, a possibilidade do AT lançar mão de uma "ação interpretativa". Embora o autor fizesse referência à relação paciente-acompanhante, pensamos poder utilizar a noção para sugerirmos uma das ações possíveis ao acompanhante junto à família de seu paciente.

atribuição surgiu a partir da experiência clínica das pessoas que começaram a trabalhar nesta função. Quando se empregava a expressão "amigo qualificado", acentuava-se, como é evidente, o componente amistoso do vínculo; no entanto, ao substituir-se aquela pela atual denominação, acentuou-se o que de terapêutico havia neste tipo de função assistencial. " (ibid, pg. 39).

O trecho registra pela primeira vez esta manifestação de "insatisfação" com a expressão utilizada para nomear aquele que faz o acompanhamento, com a sua subsequente troca por uma outra. Encontramo-la em outros contextos onde ocorre ou ocorreu a prática do acompanhamento no Brasil; do *atendente psiquiátrico* da Clínica Pinel ao *auxiliar psiquiátrico* da Villa Pinheiros (ver cap. anterior); deste para o *acompanhante terapêutico* dos grupos que proliferaram no RJ, a partir da experiência da Villa (ver Ibrahim, 1991); do *amigo qualificado* ao *acompanhante terapêutico* do instituto A Casa em SP (ver Carrozo, 1991 e Fulgêncio, op.cit.).

Observe-se que, excetuando-se a passagem do "atendente psiquiátrico" da Clínica Pinel ao "auxiliar" da Villa Pinheiros, sempre houve nestes movimentos pela troca de nome, uma

reinvindicação pelo reconhecimento do caráter clínico/terapêutico desta prática.⁵¹

Na Argentina, a mudança de nome deu-se para marcar que o acompanhante não é um amigo, mas sim um terapeuta. Mas pensemos: como se pôde chegar a ter dúvidas quanto a isto? O que há na função do acompanhante que faz com que o confundam com um "amigo"? Ou como um "não terapeuta"?

Aqui parece-nos importante apontar mais uma vez para a influência das idéias veiculadas a partir das reformas propostas pela psiquiatria social inglesa e pelas práticas ditas "antipsiquiátricas" de uma maneira geral. Embora a maioria destas não negue, em tese, a existência de algo que se poderia chamar de "doença mental", quase sempre priorizam um enfoque mais social desta última, investindo em projetos de constituição de "meio-ambientes terapêuticos" (ibid, pg. 35), "culturas terapêuticas" (Jones, 1959), enfim, tentativas que denotam uma ênfase no aspecto social na etiologia da dita "doença", ou que visam fundamentalmente possibilitar uma articulação entre a singularidade destes pacientes e o meio social, evitando o recurso à exclusão do paciente deste último.

No capítulo primeiro do livro de Mauer e Resnizky encontraremos; "No que diz respeito a alguns diagnósticos

⁵¹ Pensamos que mesmo o nome acompanhamento e/ou acompanhante terapêutico, soa muitas vezes grande demais, parecendo resultar de uma necessidade de indicar-se no nome, o que faz o acompanhante. Seria portanto um "nome-índice", procurando trazer indicado nele mesmo o tipo de ação daquele que é por ele nomeado. Podemos supor que, um tal recurso, já seria fruto de uma dificuldade em encontrar-se uma definição menos "concreta" daquilo que fazem os acompanhantes. Muitas vezes, quando perguntados acerca do que fazem, a resposta vem em forma de descrições das tarefas cumpridas, ou relatos de situações vividas.

psiquiátricos sobre os transtornos mentais, a definição é mais convencional do que psicopatológica ..." (pg. 24) e "Os enfermos não são tratados pelo que realmente são, mas pela moléstia social que causam" (pg. 25). Assim, põe-se em cheque a instituição psiquiátrica e o objeto de conhecimento que lhe é correspondente. De acordo com isso, encontraremos também um questionamento da postura assumida pelo médico no modelo clássico de atendimento ao doente mental.

"O médico não deve aproximar-se do enfermo como representante dos valores de uma autoridade que julga e confina como bem entende. Pelo contrário, deve enfrentar-se com a loucura como pessoa concreta e não como ser racional provido do prestígio que lhe confere o não estar louco." (pg. 26).

E. adiante ...

"Instaura-se deste modo uma relação de poder entre médico e o enfermo e se põe termo àquilo que constitui uma ameaça à ordem estabelecida. A ideologia que sustenta esta atitude é a mesma

que considera a enfermidade como resultado de uma alteração intrapsíquica, sem levar em conta que o homem é um ser biossocial, que se constitui desde e para a intersubjetividade." (pg. 28).

Tipo de discurso que se coaduna com a tentativa de abordar o chamado "doente mental", não mais desde o lugar de quem lhe é diferente, porquanto não "louco", mas um pouco como um igual, "... em todo ser humano convivem aspectos psicóticos com aspectos neuróticos simultâneos." (pg. 28). Note-se que, nesta fala, já assistimos a uma articulação desta posição com uma linguagem mais técnica -- neurose e psicose.

Na página 30, encontramos a seguinte citação:

"Numa comunidade que vive nos limites entre os Estados Unidos e o Canadá (os hutteritas) se observou que eram muito escassas as internações por enfermidades mentais. Descobriu-se que a causa residia no modo como esta população tratava os "doentes": com simpatia, com humanidade, mantendo-os no seio da família,

poupando-os de responsabilidades excessivas, mas encarregando-os de certos trabalhos adaptados para eles.(...)." (Berlinguer G., 1972 citado em *ibid*, pg. 30).

Poderão ser consideradas, portanto, terapêuticas, estas "simpatia e humanidade"? Ou dizem elas respeito apenas a uma maneira de possibilitar a integração social dos ditos "doentes", evitando a sua exclusão?

Parece-nos evidente terem sido concepções deste tipo, fundamentais para a emergência de uma figura passível de ser chamada de "amigo qualificado", no cenário das práticas de atendimento à doença mental. Ele, o "amigo qualificado", personificava esta atitude em relação ao "doente".

Não é à toa que Basaglia, dá a um de seus livros o título "Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática" (1979). Nele, não encontramos referências a teorias psicopatológicas ou técnicas psicoterapêuticas, a não ser para 'denunciar-lhes o caráter ambíguo, em parte cúmplice das necessidades de uma determinada sociedade em garantir a ordem necessária para o seu funcionamento. Às vezes ele pareceu-nos propor um novo modelo de atendimento em saúde mental no qual os técnicos -- médicos, analistas etc. -- fossem todos um pouco *acompanhantes*.

Mas há também um forte enfoque político, na ação que une os diferentes profissionais envolvidos na psiquiatria proposta por Basaglia:

"... uma das sortes que tivemos em nosso trabalho foi que a nossa união não emanava da profissionalização mas da finalidade política.(...). A nova equipe psiquiátrica e a nova equipe de saúde mental podem criar uma situação de dificuldade quando não há uma finalidade política comum, ..."(pg. 23).

Atente-se para a referência à "nova equipe psiquiátrica". Vejamos como nos fala Basaglia deste "trabalho em equipe": "... a implantação da nova ciência, traz o psicólogo, o psiquiatra, a assistente social, a terapia ocupacional etc.". (pg. 22). Assim, tanto quanto nas propostas de Maxwell Jones na Inglaterra, interdisciplinaridade.

Entretanto, a perspectiva explicitamente política que orientava o trabalho proposto por Basaglia, requeria que os papéis de cada um dos membros da equipe interdisciplinar, estivessem em permanente questionamento:

"Para mim, o senhor falar de psicólogo ou esquizofrênico é a mesma coisa; maníaco ou psiquiatra é a mesma coisa.(...), porque quando nós nos uníamos em assembleia para discutir, todos procuravam dar suas contribuições para mudanças. Nós percebemos por exemplo, que um louco era muito mais terapêuta do que um psiquiatra. Então, o problema era que psiquiatra e o psicólogo entravam em discussão." (pg. 22).

Assim, "role diffusion" como queria Cooper (op.cit.), embora aqui respaldada por um sentido eminentemente político do trabalho.

Jairo Goldberg (1994), falando-nos sobre o sistema de Trieste⁵², na Itália, aponta não apenas para a importância do trabalho dos "voluntários", uma das figuras que faziam parte da equipe de trabalho, bem como para a semelhança entre este e o trabalho de acompanhantes terapêuticos no Brasil. Vejamos:

⁵² Basaglia foi uma das lideranças deste projeto (conforme Goldberg, 1994 e Basaglia, F. 1979).

"A figura do voluntário desempenha papel importante no tratamento; é ele que *acompanha* os usuários (utente: pessoa que se trata no Centro de Saúde Mental) com problemas de reinserção social, que busca aqueles que permanecem em casa, que os auxilia em suas tarefas domésticas.(...)." (1994, pgs. 81/2, grifo nosso).

E, mais abaixo, continua...

"Ressaltaria como característica notável no sistema de trieste o trabalho complexo e importante dos voluntários (há algumas semelhanças com o trabalho dos acompanhantes terapêuticos em nosso meio). (...) é alguém que se interessa pelo projeto, está disponível para este tipo de trabalho.(...). São estudantes de enfermagem ou universitários em geral, ..." (ibid, pg. 86).

Não sabemos exatamente, das condições em que exercia o seu

trabalho, o "voluntário", e nem do porquê da escolha deste termo para designá-lo. Por um lado, pareceria designar algo como "trabalho não remunerado" e/ou "trabalho leigo"; mas também, trabalho de alguém que se aventura, numa experiência que envolve algum tipo de "desprendimento". Desprendimento que talvez incida também sobre a questão da "identidade profissional". O voluntário não estaria, assim, "preso" a um determinado "papel" profissional, pré-determinado e articulado a um referencial teórico específico.

Concordaríamos com Jairo que, pelo menos quanto a isto, existiria semelhança entre o trabalho do voluntário de Trieste e aquele do acompanhante terapêutico⁵³. Entretanto, a abordagem do primeiro, dá-se em consonância com um enfoque predominantemente político-social e no âmbito de uma medicina pública, o que já não acontece com o segundo.

Quanto à experiência do acompanhamento no CETAMP, a guiarmo-nos pelo texto de Mauer e Resnizky, reconheceríamos nela por um lado, a influência deste referencial "técnico-político" fornecido pela psiquiatria social e, por outro, o uso de uma conceituação retirada da teoria psicanalítica para caracterizar o que faz o acompanhante e o que acontece ao paciente, chamando atenção ao mesmo tempo para o caráter eminentemente clínico/terapêutico de sua função. Vide o movimento no sentido de uma nova denominação.

⁵³ Outras podem existir, mas não nos interessa ressaltá-las neste momento; isto não só por não conhecermos tão bem a experiência destes voluntários, mas também porque existem práticas e práticas de acompanhamento e teríamos antes que determinar a quais delas estaríamos nos referindo.

Quanto a esta, aliás, poderíamos apontar-lhe algum grau de ambiguidade, já que, para uma certa perspectiva, ser "amigo qualificado", é ser terapêutico, ou então, ser terapêutico é ter uma ação política; o que se poderia estar querendo apontar com esta mudança seria, então, que o acompanhante é terapêutico, mas não por ser um amigo, ou pela dimensão política de sua atividade e sim por *ser um terapeuta, um clínico*. Daí a necessidade de tentar-se dar uma elaboração teórico-técnica, vide "emprestar o ego", ou "servir como modelo de identificação", às suas funções. Na página 56 encontraremos:

"Assim como dissemos quanto à primeira tópica que o acompanhante trabalha com os conteúdos do PC.C. (sistema pré-consciente)⁵⁴, tentando reforçá-los, diremos quanto à segunda, que o Ego é a terra do acompanhante. O acompanhante se

⁵⁴ Articulando a atividade do acompanhante à primeira tópica freudiana as autoras dizem:

"O acompanhante trabalhará fundamentalmente com os conteúdos do sistema pré-consciente já que não haverá interpretações tendentes a tornar consciente o inconsciente, ainda que compreenda os conteúdos inconscientes presentes na situação. Conversar com o paciente sobre diferentes temas, comentar um filme, ler um recorte de jornal, compartilhar algumas vivências já implica um enriquecimento para ele, na medida em que tudo isto lhe permite comunicar-se, expressar-se, fortalecer sua capacidade simbólica. Assim como também são altamente terapêuticas tarefas que ajudem o paciente a situar-se no tempo e no espaço, a reorganizar a estrutura de seu aparelho psíquico".

Pensamos que tudo isto poderia servir para dar um certo estatuto clínico, a uma função que seria muito mais "psico-pedagógica". Devemos no entanto lembrar que os acompanhantes em geral não identificariam-se com com uma prática associada a este rótulo, isto seja porque suas formações individuais tendem para uma clínica psicanalítica ou psicológica, seja porque muitos dos casos de acompanhamento parecem exigir um "algo mais" da ação do acompanhante, não circunscrito por este tipo de articulação que fazem as autoras. Pensamos que poderia ser este "algo mais", aquilo que conferiria uma dimensão clínica a esta atividade.

situa junto ao Ego do paciente e daí tenta modificar as relações que mantém com seu id (seus impulsos) e com seu Superego (suas exigências desmedidas) para que o sujeito consiga fazer frente a realidade. Trabalhar com o Ego do paciente implica abordá-lo em seus aspectos mais maduros, adaptados e conservados para reforçá-los e enriquecê-los, ajudando-o deste modo a desenvolver seu potencial."

Caberia aqui evocar Freud, aconselhando aos jovens psicanalistas:

"Os psicanalistas jovens e ávidos indubitavelmente ficarão tentados a colocar sua própria individualidade livremente no debate, a fim de levar o paciente com eles e de erguê-lo sobre as barreiras de sua própria personalidade limitada.(...). A experiência não fala a favor de uma técnica afetiva deste tipo"(1912, pg.

156).

Mais à frente dirá ainda:

"Outra tentação surge da atividade educativa que, no tratamento psicanalítico, incumbe ao médico, sem qualquer intenção deliberada de sua parte. Quando as inibições evolucionárias estão solucionadas, acontece, espontaneamente, que o médico se encontre na posição de indicar novos objetivos para as inclinações que foram liberadas.(...). Mas novamente aqui o médico deve controlar-se e guiar-se pelas capacidades do paciente em vez de por seus próprios desejos." (ibid, pg. 157).

Pareceria-nos que, de acordo com Mauer e Resnizky, seria permitido e até recomendado ao acompanhante que ele incorresse exatamente naquelas atitudes que Freud estaria contra-indicando aos analistas. Diria-se então: "Mas justamente; afinal o acompanhante não é um analista". Sim, mas Freud construiu a

psicanálise a partir das observações que fazia no contato com os pacientes. Se teve que inventar a psicanálise, com seu método longo e complexo, foi por ter defrontado-se com a inutilidade de tentativas mais diretas e apressadas. Pela formulação das autoras, parece-nos que restaria aos acompanhantes o tratamento do paciente por um otimista e dedicado trabalho de sugestão.

Não nos importa tanto aqui, com quanta fidelidade, erros ou acertos, a articulação das autoras é feita, mas sim apontar alguns problemas potenciais, que nos parecem terem sido pouco enfatizados: primeiro, até que ponto esta articulação do que fazem os acompanhantes à teoria psicanalítica não estaria entrando numa linha de choque com o contexto em que surgiu a prática do acompanhamento; isto não estaria servindo a um retorno, sutil, do "tecnicismo", em detrimento do enfoque centrado nos aspectos políticos e sociais na etiologia da "doença mental"?⁵⁵

Segundo, é de se indagar se uma tal aproximação à psicanálise poderia vir desacompanhada de uma maior atenção do acompanhante ao potencial terapêutico do "manejo" de sua "relação" com o paciente e das trocas discursivas que são estabelecidas no âmbito desta. Mesmo que o acompanhante procure eventualmente situar-se ao nível das relações que se estabelecem de "ego a ego", na medida em que adotando o modelo de subjetividade proposto pela psicanálise, em

⁵⁵ Por exemplo, Jairo Goldberg aponta que, no sistema de Trieste, a que nos referimos mais acima, "Os psicólogos são em número relativamente pequeno (...). Notamos uma preocupação marcante em não enquadrar a atenção num modelo médico-psicológico, no interior do qual o psicólogo é visto como figura chave e, portanto, suspeita." (op. cit., pg. 94).

que o sujeito se estrutura a partir de uma "spaltung" fundamental, surgem consequências para o tipo de escuta que ele oferecerá no curso destas relações de "ego a ego"; por exemplo, um sintoma tenderá a ser entendido como portador de uma verdade do sujeito e não como fruto de uma disfunção orgânica, ou falha moral⁵⁶. Isto acaba colocando o acompanhante numa fronteira delicada entre uma intervenção que seria psicanalítica e outra psiquiátrica.

Quais as consequências desta articulação da prática do acompanhamento à teoria e prática analíticas? Como fica, a partir daí, a introdução do acompanhante na equipe interdisciplinar? Quando se privilegia uma continuidade deste momento da prática do acompanhamento em relação ao anterior, corre-se o risco de assistir à implosão das relações entre os técnicos da equipe, na medida em que estes não possam dialogar sobre o que esperam agora um do outro, neste novo contexto.

Quanto à experiência do CETAMP, não sabemos como repercutiu na prática, este deslocamento. O texto de Mauer e Resnizky nos traz um "modelo" que, se por um lado parece-nos oferecer uma boa noção daquilo que "pretendiam", deixa intocada

⁵⁶ Quanto a isto Birman é claro. Para ele, partindo-se de um referencial teórico/clínico psicanalítico ...

"Reconhece-se, portanto, a existência de uma realidade psíquica que transcende a consciência do sujeito e a determina, apresentando-se através de fragmentos que escapam ao controle desta. O sujeito passa a ser considerado como estruturalmente dividido (spaltung). Sua verdade não se situa apenas no espaço da consciência que se refere a objetos externos, mas também a objetos centrados na sua experiência interna. Quando se reconhece a existência de um sujeito descentrado em relação à consciência e ao mundo dos objetos externos -- devolvendo-se à psiquê toda a sua materialidade -- a experiência da loucura volta a ter sentido." (1991, pg. 27). Já quanto à psiquiatria Birman dirá: "Pelo logus médico, a loucura se constitui como corpo negativo e como moralidade alienada, ..." e "todo o projeto terapêutico do discurso psiquiátrico encontra seu suporte neste pressuposto central, de forma que, de ato positivo, a cura se transforma também em ato moral". (ibid, pgs. 35 e 36). Como pedir ao acompanhante que concilie estas duas posições? Dever-se-ia mesmo pedir-lhe que o fizesse, sob a desculpa de um ecletismo necessário, ou conveniente?

a questão dos problemas que poderiam se interpor à consecução de seus objetivos. Isto tanto no que diz respeito às relações estabelecidas no seio da equipe interdisciplinar, que exigiriam uma ampla e difícil "consciência" democrática, quanto no que tange às dificuldades que os pacientes graves -- elas mesmas admitem serem aqueles a quem é dirigida a prática do acompanhamento -- inevitavelmente colocarão às pretensões de "fortalecimento egóico" de que se imbuíam acompanhantes.

Conceitos das obras de Melanie Klein, Bion e Bleger, além de Freud (conforme Mauer e Resnizky, cap. 3), são articulados a intervenções de acompanhantes do tipo "o acompanhante deve ir introduzindo dosadamente o juízo de realidade, a noção de mundo externo como algo diferente do mundo interno." (pg. 53). Note-se como um discurso "técnico" e respaldado por uma rápida articulação com a teoria psicanalítica, encobre uma ação que não estaria em desacordo com o que esperaria um psiquiatra "tradicional" de uma figura como o acompanhante, ou seja, que ele "ensinasse" o paciente a ser "razoável", a submeter-se à "realidade". Mas este tipo de demanda ao acompanhante parece-nos negligenciar o fato de que "introduzir o juízo de realidade" a um paciente psicótico, não é tarefa das mais fáceis, além de ter um alcance duvidoso".⁵⁷

Diga-se de passagem, muitas vezes é mesmo necessário para

⁵⁷ Fiquemos com a palavra de Freud: "Abandonar-se-ia o vão esforço de convencer o paciente do erro de seu delírio e de sua contradição da realidade, e, pelo contrário, o reconhecimento de seu núcleo de verdade permitiria um campo comum sobre o qual o trabalho terapêutico poderia desenvolver-se." (1937, pg. 303). Ainda que o acompanhante deva procurar um caminho diferente daquele que seguirá o analista ao se dar conta do caráter vão de um tal esforço "pedagógico", ele não precisa incorrer cegamente neste estratagema ineficaz. As opções não precisariam ser "fazer como o analista, ou fazer como o pedagogo".

alguns pacientes estarem acompanhados permanentemente e é inegável que uma equipe de acompanhantes pode "substituir" uma internação numa clínica, tantas vezes traumatizante, com vantagem⁵⁸. Isto é ainda mais frequente quando, como pode ter sido o caso do CETAMP, existe uma equipe entrosada e imbuida do "espírito de grupo". Talvez um facilitador importante, seja a possibilidade dos membros da equipe interdisciplinar pertencerem a uma mesma instituição, como acontecia no CETAMP, que era composto por psiquiatras, psicanalistas, terapeutas de família e acompanhantes.

Neste caso, o "sucesso" do tratamento talvez adviesse da possibilidade da equipe formar uma espécie de "comunidade terapêutica sem paredes". É justamente este "espírito comunitário", onde todos parecem imbuídos de um mesmo projeto, que fará muitas vezes com que um paciente em crise possa ser contido sem a internação -- e mesmo com uma menor dose de medicamentos -- ou, que um paciente habitualmente difícil, mostre alguns sinais de colaboração, ou até mesmo identifique-se com algumas das propostas da equipe.⁵⁹

⁵⁸ Voltamos a dizer que se o acompanhamento for considerado como aquele trabalho que funciona exclusivamente para tirar o paciente de uma crise, então uma intervenção mais diretiva e mesmo pedagógica por parte do acompanhante pode promover alguns efeitos importantes e necessários para uma estabilização inicial. Só isto já seria motivo para que se recorresse ao trabalho de acompanhantes. Mas neste caso suas pretensões psicoterapêuticas seriam relativamente modestas, de tal modo que mal veríamos motivo para que se pensasse um pouco mais sobre a "dimensão clínica" do trabalho de acompanhamento. O acompanhante seria de fato um enfermeiro bem preparado, que procuraria conter e educar o paciente a partir de um conhecimento que é fundamentalmente moral e prático. Ele interferiria então basicamente sobre uma sintomatologia mais "grosseira", certamente ajudando o paciente, junto à medicação psiquiátrica, a "caminhar" até uma posição de maior "equilíbrio". Mas a partir deste ponto, muito ainda haveria por se fazer e muitas vezes é neste momento que os acompanhantes pegam o caso. Não nos parece que este "uso" do acompanhante esgote todas as possibilidades terapêuticas que o seu lugar oferece.

⁵⁹ Poderíamos até arriscar que aí estaria manifestando-se aquilo que Freud chamou de "limitação do amor narcisista" presente nos membros de um grupo. "Se assim, nos grupos, o amor a si mesmo narcisista está sujeito a limitações que não atuam fora deles, isso é prova irresistível de que a essência de uma formação grupal consiste em novos tipos de laços libidinais entre os membros do grupo." (1921, pg. 130).

Estes laços libidinais entre os membros do grupo, seriam efeito de uma identificação que seria estabelecida a partir de uma "qualidade emocional comum"; para Freud, "... esta

Caberia pensar, ainda tomando por referência o texto das autoras argentinas, dois pontos que parecem-nos estar ligados a esta passagem do "amigo qualificado ao "acompanhante terapêutico". Referimo-nos à questão do "saber" do acompanhante e de sua "formação", a primeira repercutindo sobre a a questão do "vínculo" que sempre se solicitou a este estabelecer com o seu paciente.

Num tópico em que discutem as condições exigidas para que se seja acompanhante terapêutico, encontraremos:

"Junto à vocação assistencial, deve haver maturidade para compartilhar e planificar a tarefa numa equipe interdisciplinar e, (...), autonomia e sentido de oportunidade para assistir a pacientes graves que requeiram

qualidade comum... reside na natureza do laço com o líder " (ibid, pg. 136). Efetivamente, mostraremos mais à frente como o lugar reservado ao psiquiatra no seio da equipe que atende a um paciente, poderá ser o deste "líder". Contudo, não podemos fazer qualquer afirmação a este respeito, no que tange à experiência do CETAMP.

Em todo caso, numa tal perspectiva, ter-se-ia que reconhecer a interferência da "sugestão" nos efeitos terapêuticos que demandariam sempre esta "colaboração" do paciente com as propostas da equipe. Lembrando que para Freud, a sugestionabilidade é "... um fenômeno irreduzível e primitivo, um fato fundamental na vida mental do homem." (ibid, pg. 114). Esta sugestionabilidade possibilitaria o efeito de "contágio": "... num grupo, todo sentimento e todo ato são contagiosos, e contagiosos em tal grau, que o indivíduo prontamente sacrifica seu interesse pessoal ao interesse coletivo." (ibid, pg. 39).

A tarefa da equipe interdisciplinar uma vez trabalhando fora de uma comunidade terapêutica, como no caso do CETAMP, seria a de "constituir um grupo", esperando com isto "contagiar ao paciente", retirando-o de seu "estado narcísico".

decisões rápidas, precisas e, às vezes, inesperadas.(...). A capacidade de empatia, quer dizer, a aptidão de coincidir com o outro suscitando o seu interesse, e portanto a convergência, é imprescindível para o desempenho adequado nesta área." (pg. 43).

Como se vê, nada que se pareça com um currículo acadêmico. Chamamos atenção para esta "... capacidade de empatia ...", que nos parece atender à necessidade do acompanhante conseguir estabelecer um "vínculo afetivo" com pacientes tão difíceis. Além disso, as condições apontadas pelas autoras parecem estar em consonância com o que nos dizia a encarregada da seleção dos "auxiliares psiquiátricos" da Villa Pinheiros; importava-lhe mais, "... estrutura de personalidade do que "sapiência" ... " (ver cap. 1). Que dizer da Clínica Pinel, em que grande parte dos atendentes eram "leigos". Entre as pessoas que trabalhavam nestas clínicas, era comum dizer-se "à boca pequena", que os melhores auxiliares ou atendentes, eram leigos. Como se, para esta atividade, o saber científico/acadêmico, funcionasse como um entrave ao seu bom desempenho. Nunca houve critérios mais definidos quanto ao que se deveria exigir num candidato a acompanhante, sendo a avaliação deste último feita com base em noções tão subjetivas quanto "firmeza", "capacidade de empatia" etc.

Por outro lado sempre houve algum tipo de preparo ou respaldo teórico, que orientasse minimamente os acompanhantes em sua prática. Já mostramos isto com relação às experiências da Clínica Pinel e da Villa Pinheiros (conforme capítulo 1). No CETAMP, o fato das autoras apresentarem uma articulação da função do acompanhante com conceitos psicanalíticos fala por si desta interferência de um saber teórico a iluminar os passos do acompanhante em sua relação com o acompanhado.

Entretanto cabe notar que, por exemplo, na Clínica Pinel, o enquadramento que mencionamos era mais "concreto", sendo principalmente oferecido pelas "regras" da clínica. Tomando-as como um referencial a balizar um certo campo, neste, o atendente podia entregar-se a uma experiência "quase-leiga" junto ao paciente, no sentido em que não atuava desde o lugar de um "sujeito do conhecimento", que é sempre concomitante ao de um "objeto do conhecimento" e de um poder de "transformação" do primeiro sobre este último. Lembremos da frase de um dos atendentes da Pinel, de que a eles, atendentes, não cabia "... lidar com a doença." (Conforme cap. anterior).

Já no CETAMP, este enquadramento é mais "teórico" e acreditamos que não se diria então que o acompanhante não lida com a doença. O sujeito a quem o acompanhante dirige a sua prática, é o "psicótico", tal como entendido pela teoria psicanalítica, ou por algumas interpretações desta teoria. Isto traz à "cena" a questão do "saber" e da formação do

acompanhante, que não pode deixar de estar ligada à "mudança de nome" então proposta.

No texto que viemos analisando encontraremos referências a esta questões. Vejamos o que nos dizem as autoras sobre uma certa "flexibilidade" que necessitaria ter o acompanhante:

"Para conter o paciente de forma adequada, o acompanhante necessita **conhecer** claramente com quem está. A flexibilidade é a possibilidade de se adequar a condições variáveis sem perder de vista as pautas e o enquadramento do trabalho; a ela se opõe a rigidez que empobrece os vínculos pela aplicação de modelos estereotipados. O acompanhante deve estabelecer limites firmes, mas não rígidos e, em consequência, permitir um jogo amplo de movimentos entre as posições extremas." (pg. 43, grifo nosso).

Portanto, referência à necessidade do acompanhante "conhecer" o seu paciente, mas ao mesmo tempo sinalização para que ele não deixe que este "conhecimento" tire a "flexibilidade"

de que necessita para bem desempenhar sua função. Ele

"... realiza uma passagem permanente da teoria à prática, ... os conhecimentos teórico técnicos que o acompanhante possui somente poderão servir como background sobre o qual criar, imaginar, inventar ou promover diferentes recursos para diferentes pacientes." (pg. 44).

São passagens que indicam o desejo das autoras em conferir um caráter clínico à atividade do acompanhante, ao mesmo tempo em que procurando preservar o que seria uma singularidade desta última. Apontam ser um "... paradoxo que os requisitos para a seleção de acompanhantes sejam ainda tão fracos, quando as condições de trabalho são tão estritas. Trata-se de pacientes graves, ..." (pg. 44). E, mais abaixo, ...

"Precisamente porque a tarefa do acompanhante é eminentemente clínica resulta indispensável que quem a realize conte com a base teórica e técnica apropriadas.(...). O acompanhante não é chamado a

teorizar sobre a sua tarefa mas só poderá cumprí-la se estiver teoricamente capacitado." (pg. 52).

Assim, sinalização explícita quanto à necessidade de que o acompanhante conte uma base teórica. Fica como questão esta passagem enigmática ... "O acompanhante não é chamado a teorizar sobre a sua tarefa." (poderá ser um erro de tradução?). Sobre ela só poderemos especular: quererão as autoras dizer que, quanto a esta prática, "já está tudo aí...", não havendo mais o que pensar sobre ela? Ou que "o acompanhante não precisa ser um teórico"? Mas e o analista ou o psiquiatra precisam? Ou que teorizar seria incompatível com a sua atividade? Como dissemos, o máximo que podemos fazer é especular. De todo modo, podemos tomar uma tal afirmação como indicador da ambiguidade que cerca esta prática, quanto ao seu estatuto técnico, teórico e institucional.

Ambiguidade que remonta à própria singularidade da situação em que se coloca o acompanhante, a "vagar por aí" sem lugar pré-determinado com o paciente, quase como se fosse um "amigo" deste, o que, por sua vez, remonta às origens do acompanhamento, no interior das comunidades terapêuticas e ao "olhar" sobre a "loucura" e a "doença mental" que então vigorava.

Quanto à questão do vínculo, se no início, quando de seu

aparecimento em comunidades terapêuticas, o acompanhante, ou seja lá como ele fosse chamado, talvez tivesse sido criado para ocupar o espaço de uma "prática pura", atuando para além das categorias que até então norteavam as iniciativas terapêuticas junto aos doentes mentais, agora no CETAMP, já observamos a tentativa de circunscrevê-lo dentro de um certo campo conceitual.

Não obstante, nota-se em uma série de passagens a preocupação das autoras em preservar, nesta tentativa, algo da antiga posição do acompanhante. Referimo-nos, por exemplo, à noção de "flexibilidade", acima mencionada, ou a passagens como, "... a empatia e o senso comum do acompanhante se fazem aqui necessários para desdobrar as diferentes manobras terapêuticas..." (pg. 46).

Atente-se para a indicação de que o acompanhante deve entrar com "dados" da sua "personalidade" o que tem a ver com a noção de "emprestar o ego" e mesmo que ele poderia permitir-se uma genuína troca afetiva com seu paciente. Vejamos "... é difícil fazer uma divisão em etapas da evolução de uma relação que é afetiva e, ao mesmo tempo, terapêutica." (pg. 47).

Entretanto, percebemos um pouco da dificuldade do acompanhante em lidar com esta nova posição, quando as autoras têm de dizer que "O AT não é um amigo, ainda que possa estabelecer laços afetivos muito fortes com o paciente." (pg. 39). Procuravam então defender a mudança de denominação -- do

"amigo qualificado" ao "acompanhante terapêutico". Mais abaixo, citando explicitamente o impasse em que muitas vezes se encontra o acompanhante, dirão ...

"... aludindo ao período de consolidação do vínculo, nos referimos ao momento do processo em que o paciente e seu acompanhante terapêutico compartilham algo mais que um contrato de trabalho com objetivos a cumprir.(...). Este fato costuma promover no acompanhante constantes conjecturas quanto ao significado de seu papel, o mesmo acontecendo com o paciente." (pg. 47).

Ainda que se tenha começado a buscar uma articulação teórica daquilo que faz o acompanhante, esta procurou absorver a singularidade da função para a qual o "amigo qualificado" fôra criado, ou seja, a de procurar estabelecer uma relação onde uma certa "simetria" entre as partes envolvidas era visada. Herança de um modelo de ação característico das comunidades terapêuticas e de iniciativas onde encontrávamos figuras como o "voluntário" do sistema de trieste, como nos indica Goldberg (op. cit.,

1993), mas agora já respaldada por certos conceitos "pinçados" da teoria psicanalítica.

Nos dois próximos capítulos, continuaremos seguindo a trajetória histórica do acompanhamento no RJ, a partir da experiência da Villa Pinheiros por nós discutida no capítulo um. Veremos como, também entre os acompanhantes que dela participam, poderemos detectar uma inquietação quanto ao estatuto teórico e institucional de sua prática, assim como uma forte aproximação à teoria psicanalítica, na hora de tentar sistematizar aquilo que fazem junto aos pacientes. Voltaremos então a discutir algumas das questões que levantamos no decorrer deste capítulo que agora se encerra.

CAPÍTULO 3

A PASSAGEM PARA A RUA DOS AUXILIARES PSQUIÁTRICOS DA VILLA PINHEIROS: A PERSPECTIVA DOS MÉDICOS

Interrompemos nossa discussão sobre o acompanhamento feito pelos *auxiliares psiquiátricos* da Villa Pinheiros, para abordar a experiência dos *acompanhantes terapêuticos* do CETAMP, em Buenos Aires.

Como dissemos anteriormente, havia um forte intercâmbio entre a psiquiatria e a psicanálise de Buenos Aires e Porto Alegre e mesmo entre estas e as do RJ. Embora não tenhamos encontrado registros oficiais de uma "transmissão", sabemos que a prática da Argentina teve influência direta sobre a experiência dos atendentes na Clínica Pinel e dos auxiliares da Villa Pinheiros.

Além disso, a maneira como era estruturado o trabalho de acompanhamento pelo CETAMP, apresentava semelhanças com a prática que, a partir da iniciativa de auxiliares e médicos que trabalhavam com a Villa Pinheiros, começou a acontecer no RJ. Daí termos feito este "desvio" em nosso percurso, para agora retornarmos à análise do caminho trilhado pela prática de acompanhamento no RJ.

Na Villa Pinheiros, antes do encerramento de suas atividades, uma "nova" dimensão do trabalho de seus auxiliares começou a tomar força.

Sempre fôra parte das atribuições destes, acompanhar o paciente em suas incursões ao "mundo extra-clínica". Estas incursões poderiam se dar, basicamente, a partir de três diferentes objetivos: saídas de "lazer" -- então considerado "atividade terapêutica"; saídas para o cumprimento de certas "obrigações" como, ida ao dentista, ao médico, ou participação em alguma atividade "externa" proposta pela clínica etc; e idas com o paciente à casa deste, ou a saídas junto a sua família -- algumas vezes o acompanhante indo como "prescrição da clínica", outras a pedido daquela mesma.

A partir destas saídas, *alguns psiquiatras começam a solicitar o trabalho de auxiliares para pacientes sem vínculo com a clínica*. Na maioria das vêzes, justificava-se um tal procedimento alegando-se a importância de se tentar evitar a internação. É sobre esta última experiência que nos deteremos agora.

Enquanto ainda feitas por auxiliares e pacientes ligados à clínica, estas saídas com o paciente e o contato entre a família deste e o auxiliar -- que então passa a ser estabelecido de maneira muito mais intensa do que acontecia no

interior da clínica -- foram surgindo como que "naturalmente", sem que se houvesse previsto que pudessem passar a constituir-se num recurso terapêutico de maior importância. Contudo, a "coisa foi dando certo" e, como muitas vezes era a própria família que solicitava a presença do auxiliar, os coordenadores do trabalho da clínica ou os médicos particulares de seus pacientes, começaram a utilizar mais amiúde as "saídas acompanhadas".

Havia também um grande interesse dos auxiliares por estas saídas, já que, durante o tempo em que estivessem fora da clínica com o paciente, eram remunerados por hora, o que aumentava em muito os seus rendimentos, com a grande vantagem de estarem ao mesmo tempo adquirindo uma inestimável experiência para as suas futuras práticas clínicas.

Vejamos o que nos conta H., uma das auxiliares da Villa naquela época:

"Os pacientes da Villa eram pacientes de alto poder aquisitivo. Entravam na clínica em crise e, na medida em que melhoravam, iam conquistando o direito às saídas, para as quais as famílias, por diferentes motivos, começaram a solicitar os auxiliares. Como não podíamos deixar os plantões para sair com os pacientes, chamávamos os colegas que não estavam trabalhando naquele horário. Naquela época, alguns dos médicos mais bem informados, ou melhores, internavam pacientes lá. Considerá-va-se que a Villa oferecia um atendimento "de ponta". Como fizemos este tipo de trabalho de rua com alguns de seus pacientes, eles

começaram a solicitar auxiliares para seus pacientes particulares, independentemente do vínculo com a Villa ...".

Esperava-se do auxiliar então, que ele tivesse uma atuação "pragmática", no sentido de tornar possível a convivência, tantas vezes tão difícil, entre paciente e família e paciente e meio social; tudo muito na linha do que era feito pelo auxiliar dentro da clínica, alternando momentos em que ele evocava as regras da instituição (agora o psiquiatra), com outros onde procurava estar informalmente junto ao paciente, de acordo com o tipo de ideologia que embasava o trabalho em comunidades terapêuticas.

Através do vínculo estabelecido com paciente e enquanto representante da lei da clínica e/ou do psiquiatra/psicanalista, o auxiliar podia intervir junto àquele e sua família em momentos mais difíceis que eventualmente pudessem surgir, bem como procurar "intermediar" as relações entre o paciente e o meio social num sentido mais amplo, visando compor um estágio intermediário entre a vivência intraclínica e a alta do paciente. Tudo sempre dentro de uma orientação que é -- quanto à intervenção do auxiliar -- pragmática, objetiva, até mesmo "comportamental/pedagógica", em suas diretrizes básicas -- embora esperasse-se que o auxiliar atingisse seus "objetivos" através do "vínculo afetivo" que estabelecia com o paciente.

Não havia então, vestígios daquele espírito libertário, de contestação às forças opressivas da sociedade, tão presente na

ideologia antipsiquiátrica. Se havia a noção de que não se devia abordar o "doente" isoladamente, sem considerar as relações de sua doença com "o meio", isto se dava a partir de uma leitura "técnica" da dinâmica familiar que a haveria produzido, ou que com ela estaria comprometida.

Os auxiliares traziam aos psiquiatras dados objetivos acerca daquilo que se passava no ambiente sócio-familiar dos pacientes, dados aos quais tinham acesso desde um lugar bastante privilegiado. P., um dos auxiliares da Villa que chegou a fazer este trabalho, aproxima esta dimensão da função do auxiliar a um "trabalho de campo". O auxiliar seria como ...

"... o zoólogo na floresta, observando os bichos em seu habitat natural.(...). Voce observa coisas que, num bicho no zoológico, voce não vai observar."

Sem dúvida poderíamos evocar aqui o texto que estivemos analisando no capítulo anterior e que trata da experiência com acompanhamento feita pelo CETAMP, na Argentina. Não precisaríamos encontrar melhores definições para as funções que se demandava aos auxiliares -- não estamos dizendo que fossem as que eles cumprissem, mas sim que eram as que se solicitava a eles -- quando do início deste trabalho "de rua" aqui no RJ.

Relembremos as funções atribuídas então ao "acompanhante": "Conter o paciente", "oferecer-se como modelo de identificação", "emprestar o ego", "perceber, reforçar e desenvolver a

capacidade criativa do paciente", "informar sobre o mundo objetivo do paciente", "representar o terapeuta", "atuar como agente ressocializador" e "servir como catalizador das relações familiares". (1985, pgs. 40 a 42).

Excluindo-se o segundo e o terceiro itens (mas não as funções às quais eles correspondem), que nos parecem já conter, algo de uma "abstração teórica" daquilo que faziam os então chamados acompanhantes e dos efeitos de sua ação no "psiquismo" do paciente, encontramos aí definições que nos parecem circunscrever precisamente aquilo que se demandava explicitamente aos auxiliares da Villa, aqui no RJ, quando de suas incursões ao mundo extra-clínica com os pacientes.

Na Villa, entretanto, com certeza não se elaborara tanto as razões para o uso das saídas com auxiliares. Estas eram tratadas como um recurso relativamente *óbvio*, não carente de maiores reflexões, e que cumpria com a função fundamental de possibilitar, através de uma ação supostamente "objetiva"⁶⁰ dos auxiliares, a permanência do paciente fora da clínica e/ou junto aos seus familiares.

É necessário, entretanto, marcar duas importantes diferenças entre o trabalho feito no interior da clínica e aquele feito fora desta, nestas saídas: primeiro, *o auxiliar*,

⁶⁰ Se fosse tão objetiva assim, bastaria que se chamasse enfermeiros, com a vantagem de que estes seriam mais baratos. É evidente que contava-se com a capacidade do auxiliar cumprir sua função de rua, a partir do tipo de "vínculo afetivo/significativo" que ele estabelecia com o paciente. Entretanto, este aspecto "subjetivo" da ação do auxiliar, é "esquecido" em favor do aspecto "objetivo". Como se o "vínculo" fosse apenas um recurso para que o auxiliar pudesse cumprir com a sua função terapêutica, que é objetiva, como por exemplo, ir com o paciente ao cinema, ou levá-lo à faculdade.

neste último caso, passa a estar 'sozinho'⁶¹ com apenas um paciente -- e, em alguns momentos, com a família deste -- o que é bastante diferente do que acontecia na clínica, quando havia sempre alguns auxiliares junto a vários pacientes. Em segundo lugar, o auxiliar deixa de contar com o enquadramento e com a capacidade de continência que existia no interior da clínica, função que termina por transferir-se em parte para a "relação", ou o "vínculo", que ele estabelece com o paciente.

Se levarmos em conta a autoproclamada orientação psicanalítica da Villa Pinheiros e a mudança de perfil do auxiliar -- agora quase sempre um estudante de psicologia orientado para a prática psicanalítica de consultório (de acordo com o segundo capítulo, acima) -- haveremos de concluir que este "trabalho de rua", com esta "intimização" da relação entre auxiliar e paciente, trazia, potencialmente, a possibilidade de vir a transformar-se em terreno fértil para um aprofundamento da "psicanalização" do trabalho do auxiliar -- já então em curso desde a passagem da Clínica Pinel à Villa Pinheiros (conforme capítulo 1) -- ainda que esta tenha sido uma perspectiva que, pelo menos na experiência destes auxiliares do RJ, interessou sempre muito mais a estes, do que aos médicos e analistas que os solicitavam este tipo de trabalho.

As demandas dos médicos ao auxiliar, eram compostas por

⁶¹ Ainda que houvesse um revezamento de alguns auxiliares junto a um paciente, cada um ficava sozinho com este, a cada vez e durante uma carga horária intensa ("plantões" de seis horas eram os mais frequentes).

estamos analisando, são tarefas pontuais, bastante precisas, que não abarcam todo o tempo de seu convívio com o paciente, ou, objetivos, de certa forma vagos, que servem apenas como um "norte", a orientar a sua "missão", durante a qual ele não sabe muito bem que obstáculos encontrará pela frente e/ou que recursos lhe serão exigidos.

Até aí não há grande novidade, uma vez que, também um analista, por exemplo, não sabe "a priori" o que acontecerá na análise de qualquer de seus pacientes: jamais haverão duas iguais. O que queremos destacar, no caso do acompanhamento, é que isto que faria a singularidade de cada caso de acompanhamento e de cada relação entre acompanhante e paciente será como que "esquecido"⁶² -- pelo menos, pelo psiquiatra/psicanalista que pede o acompanhamento⁶³ -- como se não estivesse aí a eficácia terapêutica de sua intervenção.

E poderia até ser que não, na perspectiva explicitada na demanda deste último, ou da família que solicitava o auxiliar. Mas, em primeiro lugar, sempre havia por parte daqueles que solicitavam o trabalho do auxiliar, uma expectativa quanto à qualidade do **vínculo afetivo** que o ligava ao paciente e aos efeitos que isto produziria no que diz respeito à realização das

⁶² Poder-se-ia argumentar aqui que este esquecimento é *intencional*; sendo o acompanhamento um trabalho eminentemente grupal, deve-se ressaltar os seus efeitos enquanto tal. Não estamos tão certos porém, de que estas sejam atitudes mutuamente excludentes.

⁶³ É importante deixar claro que, neste momento histórico da prática do acompanhamento no RJ, este era um trabalho demandado por psiquiatras -- alguns com formação psicanalítica -- para os "seus" pacientes. Ou seja, estes, continuavam sendo "seus", após a entrada dos auxiliares no caso. No caso de um paciente atendido em instituição, como no caso do CETAMP, ou da Villa Pinheiros, isto era, diferente.

tarefas "mais objetivas" que propunha o médico. Portanto, deveria-se admitir -- e assumir as consequências -- do apelo a esta dimensão "subjetiva" do trabalho do auxiliar.

Em segundo lugar, mostraremos como, com o passar do tempo, também aqui no RJ acontecerá um movimento pela mudança do nome pelo qual é conhecido o auxiliar, paralelamente à reivindicação de que se reconheça o caráter terapêutico de sua intervenção e sua autonomia em relação ao saber psiquiátrico. Este movimento estará em oposição justamente à compreensão que muitas vezes tinham deste trabalho, aqueles que solicitavam acompanhamento para um paciente.

Será exatamente naqueles *espaços livres* das determinações mais imediatas do médico que os que acompanham começarão a arguir-se a respeito das possibilidades terapêuticas que lhes oferece o "lugar" que ocupam. Durante o tempo em que permanecem com o paciente e até para cumprir com aquilo que deles se espera, eles poderão -- e mesmo terão que -- recorrer a "talentos", que não interessarão muito bem quais sejam ao médico, ou àquele que lhes formulou uma demanda de acompanhamento. A "iluminar" o "breu" inicial destes *espaços livres*, estarão certamente sua curiosidade e criatividade, a experiência adquirida de seu trabalho intra-clínica, mas também a teoria psicanalítica, a qual, cada vez mais, fornece o modelo conceitual utilizado pelos auxiliares na compreensão do que se passa aos seus pacientes.

Lembremos que, quando da emergência desta prática no interior das comunidades terapêuticas, talvez não se precisasse pensar acerca do que se faria nestes **espaços livres**, porque eles eram "livres" mesmo. Cabia então, àquele que acompanhava, estabelecer uma relação com os pacientes, cuja aparente "simetria" resultou, por exemplo, numa expressão como "amigo qualificado"; para nomear aquele que acompanha. Porém, e isto é importante, no interior da clínica, o "status" de *terapêutico*, era concedido a isto "por si", e não apenas a eventuais realizações objetivas que o auxiliar conseguisse junto ao paciente.

Já no momento que começaremos a analisar -- o do acompanhamento feito independentemente de vínculo a um estabelecimento psiquiátrico qualquer -- outras perspectivas de entendimento entrarão, de certa maneira, em choque com esta: imediatamente, a dos médicos que solicitam "auxiliares"; e, progressivamente, a destes últimos que, de acordo mesmo com a proposta da Villa Pinheiros, passavam a ter um entendimento psicanalítico daquilo que faziam. Veremos neste e no próximo capítulo como tem início esta nova experiência e como ela aparece significada no discurso daqueles que com ela estavam e/ou estão envolvidos.

Primeiro, trataremos de focar a perspectiva desta função que tinham aqueles que a demandavam: basicamente psiquiatras e psicanalistas . No capítulo seguinte retomaremos o tema a partir

da perspectiva dos que faziam e fazem acompanhamento, colocando em discussão a trajetória institucional e clínica desta prática.

A Villa Pinheiros funcionou de 1969 à 1976. Primeiro alguns médicos da Villa e depois outros que costumavam utilizar seus serviços, começam a requisitar o trabalho de auxiliares para seus pacientes particulares. A carga horária destes acompanhamentos era quase sempre de vinte e quatro horas por dia, procurando-se com isso substituir a "continência" oferecida na clínica pela presença permanente de um auxiliar junto ao paciente. Era um recurso utilizado quase sempre em momentos onde o paciente encontrava-se em crise aguda, com o objetivo básico de **evitar a internação**.

Invariavelmente chamados pelo psiquiatra do paciente, os auxiliares vinham compor uma "equipe terapêutica", da qual poderiam constar ainda psicanalista e terapeuta de família. Não era pouco frequente encontrarmos casos em que o psiquiatra acumulava a função de psicoterapeuta ou psicanalista (neste último caso, quando tinha formação psicanalítica, o que não era pouco frequente).

No caso de acompanhamentos de vinte e quatro horas por dia, geralmente cinco auxiliares revezavam-se cumprindo turnos de seis horas durante o dia e doze horas à noite. Esta equipe de auxiliares era fixa, mantendo-se até o fim do atendimento por

acompanhamento ao paciente, embora, na medida da melhora deste, a carga horária do acompanhamento fosse sendo progressivamente diminuída -- o que fazia com que o contato dos auxiliares com o paciente fosse ficando cada vez mais espaçado, antes da retirada definitiva daqueles.

A orientação do trabalho dos auxiliares era feita pelo psiquiatra, numa reunião geralmente semanal, chamada então de "supervisão"⁶⁴. Neste momento desta prática, os auxiliares já eram em sua maioria estudantes de psicologia, aparecendo em menor número estudantes de medicina. Deixam de constar entre os auxiliares, os leigos que frequentemente poderiam ser encontrados fazendo acompanhamento tanto na Villa Pinheiros quanto na Clínica Pinel.

Os pacientes atendidos pertenciam, em sua grande maioria, a famílias ricas, já que somente estas podiam arcar com o custo de um tal tratamento. Além dos honorários do psiquiatra e eventualmente do terapeuta de família e/ou psicanalista, havia os auxiliares que, tal como era antes feito na Villa Pinheiros, quando das saídas acompanhadas de seus pacientes, recebiam por hora trabalhada.

⁶⁴ O termo aparece entre aspas para chamar atenção ao fato de que serão sempre os auxiliares, aqueles que receberão "supervisão", não importando a experiência profissional em acompanhamento ou outras, que eles possam vir a ter. Isto mostra como o lugar daquele que acompanha, está marcado, estruturalmente, como um lugar de quem "sabe menos". Na época que estamos investigando agora, isto tinha um certo respaldo da realidade, na medida em que os que acompanhavam eram sempre "iniciantes". Ainda assim, poderia-se questionar a conveniência "técnica" de um psiquiatra dar supervisão para um trabalho que ele quase sempre não desempenhou. É significativo que não se tenha preferido o termo "reunião de equipe", para qualificar estes encontros entre auxiliares e médico. Já estamos longe daquele "questionamento das hierarquias" e da "difusão de papéis", teoricamente característicos das comunidades terapêuticas.

Mantendo-se uma característica que sempre acompanhara esta prática até então, pouco se parou para problematizar o que representava o uso de auxiliares neste novo contexto. Mais uma vez, parecia haver acordo quanto à suposição de que uma tal mudança não careceria de maiores elocubrações teóricas, que visassem conferir-lhe um enquadramento mais preciso. Tratava-se sobretudo do uso de um recurso que, "empiricamente", vinha-se mostrando "eficaz".

Inicialmente pelo menos, esta mudança atendeu às expectativas de auxiliares e psiquiatras, ainda que possivelmente por motivos distintos, o que contribuiu para que não houvesse grande estímulo para um debate mais aprofundado acerca das dificuldades que poderiam surgir neste novo campo para acompanhar.

O depoimento é de uma ex-auxiliar psiquiátrica da Villa Pinheiros:

"A partir das saídas que fazíamos junto aos pacientes da clínica, alguns médicos começaram a solicitar o trabalho dos auxiliares para seus pacientes particulares, independentemente de vínculo com a Villa ...".

É, entretanto, fundamentalmente a partir da iniciativa de um desses médicos, que inclusive não pertencia ao quadro técnico da Villa, embora nela internasse, frequentemente, seus pacientes, que o trabalho "fora da clínica" dos auxiliares tomou

seu maior impulso. Aos poucos, um esboço daquele que viria a constituir-se no primeiro grupo de auxiliares psiquiátricos do RJ foi tomando forma, a partir do trabalho dos auxiliares da Villa junto aos pacientes deste psiquiatra que aqui identificaremos por "Dr. A". Voltando ao depoimento da ex-auxiliar da Villa:

"... a coisa foi crescendo e foram entrando neste grupo do dr. A., pessoas que não trabalhavam na Villa Pinheiros. Havia então muito trabalho."⁶⁵

L., outro auxiliar da Villa e que também pertencera à equipe de atendentes da Clínica Pinel, confirma esta versão:

"A história do atendimento a pacientes não internados, começou com um paciente do dr A. Éramos então quatro auxiliares, acompanhando este paciente vinte e quatro horas por dia. Além do acompanhamento, o paciente ia às consultas com A. Este, na época, tinha consultório no mesmo lugar que outros dois psiquiatras, que rapidamente passaram também a utilizar o acompanhamento para seus pacientes. A idéia que norteava este uso era evitar a internação. Eram médicos que tinham uma clínica muito intensa e que atendiam pacientes muito graves. Ao mesmo tempo, procuravam fazer uma passagem de uma clínica mais tradicional, para uma mais moderna, todos fazendo formação psicanalítica".

⁶⁵ Frizemos que este crescimento ainda não se fazia acompanhar por uma maior problematização desta prática, por quaisquer dos agentes que com ela estivessem envolvidos. Havia, parece-nos, uma pressuposição, latente ou manifesta, de que sabia-se o que se estava fazendo e porque isto funcionava.

Dois pontos devem ser destacados desde já: primeiro, que o trabalho dos auxiliares neste novo momento, organiza-se quase sempre em torno da clínica de psiquiatras, sendo que estes tendiam a uma abordagem mais tradicional da doença mental, embora frequentemente influenciados em maior ou menor grau por algumas noções extraídas da teoria psicanalítica -- quase sempre estavam em formação, ou tinham-na concluído -- alguns chegando a atender psicanaliticamente em seus consultórios.

Segundo, devemos atentar para esta questão do "evitar a internação". Esta medida foi frequentemente tomada como sendo suficiente para caracterizar a passagem de uma clínica "mais tradicional" para uma "mais moderna". Pode até ser, se não confundirmos "moderna" com "cientificamente melhor acabada"; a mudança é antes tática que estrutural, obedecendo muito mais aos interesses dos diversos agentes envolvidos do que às "necessidades" do paciente. O que não quer dizer, certamente, que seja destituída de valor a prática que dela advém e/ou que esta não possa produzir efeitos interessantes em termos de uma recuperação ou estabilização do paciente, se for isto que se desejar dela.

Isto é particularmente verdadeiro para a passagem que estamos investigando agora, já que, o pouco que ainda havia de potencialmente "subversivo" às instituições "mais tradicionais" numa iniciativa como a da Villa Pinheiros -- enquanto uma comunidade terapêutica em algum grau articulada aos princípios

de uma psiquiatria social, progressista -- é perdido de vez no novo momento que a segue, quando assistiremos um retorno ao "tecnicismo" e, em última análise, à mesma estrutura "social" que antes imperava no hospital psiquiátrico (ainda que com uma roupagem humanizada e "glamourizada"); justamente aquela que pretendia-se combater com um recurso como as *comunidades terapêuticas*. Na nova equipe terapêutica que se forma, o psiquiatra reassume seu lugar de eixo do tratamento, o que é concomitante ao retorno do paciente ao seu antigo lugar de alienado.

Ao mesmo tempo os auxiliares passam a ser aqueles que realmente "não sabem", não sendo conferido a este "não saber" nenhuma positividade. Antes, e isso já começava a mudar na Villa, com sua "orientação psicanalítica", este técnico que "não sabia", era terapêutico por isso mesmo. Agora, o auxiliar, enquanto aquele que "não sabe", é mesmo *apenas um auxiliar* e não um terapeuta; ou, se tem seu valor terapêutico reconhecido, é pelo pouco que agora ele, supostamente, "sabe", em termos do que ele já aprendeu de seus estudos em psiquiatria e psicanálise, instituições deixam de ser questionadas no que diz respeito ao seu poder de tratar.⁶⁶

Os pacientes então atendidos, por estarem geralmente atravessando um período de crise quando do chamado aos auxiliares, demandavam cuidados bastante concretos, como o

⁶⁶ É verdade que muitas vezes valorizar-se-ia um talento prático especial dos auxiliares. Mas este talento não lhes conferiria jamais o mesmo prestígio e poder que possuíam médicos ou analistas, na hora de emitirem seus pareceres sobre a direção do tratamento, por exemplo.

"vigiar medicar e conter", característicos da função exercida pela antiga enfermagem psiquiátrica. Porém, os auxiliares emprestarão uma "maior sutileza" a estas funções, procurando efetiva-las, como viemos dizendo ao longo de todo o nosso trabalho, a partir do estabelecimento de uma *relação* ou um *vínculo* com o paciente, cuja natureza compreenderá trocas afetivas e significativas que antes não aconteciam entre enfermeiros e pacientes. Que disposição autorizaria o auxiliar e não o enfermeiro a agir de tal forma, é coisa sobre a qual não se tinha clareza, embora eventualmente pudesse-se lançar mão de argumentos rapidamente alinhavados, como por exemplo, "o auxiliar agora já tem um conhecimento sobre a doença", ou "o enfermeiro não tem preparo ...".

Não podemos, entretanto, recusar que se tratasse de um "saber", o que regia, não apenas estas trocas afetivas e significativas entre auxiliar e paciente, como também a própria substituição do enfermeiro pelo auxiliar. Mas, quais as características deste "saber"? Seria este um "social", de quem pertence ao mesmo universo cultural do paciente e sabe do "bem comportar-se", ou de quem "é safo" e sabe como "lidar" com as pessoas? Um "do médico", a quem ele apenas representa? Um "técnico", de quem agora "conhece a doença"? Ou simplesmente "bom senso" (o que de certa maneira nos traria de volta à primeira e segunda alternativas)? Quanto à possibilidade de uma quinta alternativa, a de um saber político, à maneira do que propunha a antipsiquiatria, podemos descartá-la desde já; não era isto que estava em jogo neste momento da prática dos que

acompanham e dos que os chamam para acompanhar.

Em se tratando de uma atividade tão ligada a uma instituição como a psiquiatria, talvez fosse vão tentar decidir por uma ou outra opção, isoladamente. Levando-se em conta o percurso histórico da prática do acompanhamento, seria razoável admitir que, sobre este "saber" do auxiliar, estivessem atuando, naquele momento, elementos da ideologia antipsiquiátrica ou das comunidades terapêuticas -- ainda que cada vez mais "sufocados" e, apenas no que diz respeito ao vínculo "tipo" simétrico a que parece às vezes visar o auxiliar, e apenas ele, na relação com o paciente -- elementos de um saber psiquiátrico mais tradicional -- ao que poderíamos juntar, elementos do "senso comum", tendo em vista as características de "saber moral" da dimensão "não propriamente médica" do saber psiquiátrico -- e finalmente elementos da teoria psicanalítica.

Da "interseção" destes, encontraríamos a noção de que, ao auxiliar, caberia tentar o tal *vínculo afetivo* com o paciente. Porém este não será entendido da mesma maneira, segundo se o entenda a partir de cada uma destas perspectivas teóricas, ou ideológicas, citadas. Pode-se mesmo especular sobre o que seria a qualidade de prática "trans-disciplinar" do acompanhamento, no sentido de que não caberia àquele que acompanha, fixar-se a qualquer referencial teórico. Não sabemos se isto seria possível, mas seria no mínimo interessante que, uma vez formada uma equipe à qual pertencessem os que acompanham, mais psiquiatra, psicanalista, ou qualquer outra instância

terapêutica, todos tivessem esta compreensão do acompanhamento, ou pelo menos estivessem cientes de que é assim que os que acompanham entendem a sua prática.

Frequentemente encontrávamos o psiquiatra tendo um entendimento do acompanhamento bastante diverso daquele que tinham os próprios auxiliares do que eles faziam. Estes, entretanto, aceitavam o lugar que lhes era oferecido pelo psiquiatra, ainda que fosse para poder fazer mais -- ou menos -- do que ele pedia. Independentemente do maior ou menor espírito democrático do psiquiatra, a forma como se organizou então a prática do acompanhamento, tornou difícil um debate mais aprofundado acerca de eventuais contradições no seio da equipe.

Os auxiliares, muito antes de serem aqueles cujo saber era "transdisciplinar", eram aqueles que "sabiam menos" e o nome "auxiliar psiquiátrico", não deixa de apontar implicitamente para isso. Se o discurso do auxiliar não se enquadrava em nenhuma das disciplinas que se faziam presentes no contexto prático em que se enquadrava o acompanhamento, não era por ele intencionalmente "deslizar acima" destas fronteiras institucionais ou disciplinares, mas sim por não haver ainda adquirido o direito e/ou a competência para falar e agir em nome delas.

É na medida em que os auxiliares passam progressivamente a ser psicólogos formados, muitas vezes em formação psicanalítica, que este "contrato velado" começa a ruir. Deixava então de ser

satisfatório ser o "auxiliar" do psiquiatra e poderemos assistir -- assim como já acontecera na Argentina -- à reinvidicação dos auxiliares de que passem a ser chamados "acompanhantes terapêuticos".⁶⁷

Voltaremos a isto mais à frente, enquanto que agora seguiremos analisando um depoimento do dr A., que tudo indica ter sido o primeiro psiquiatra não pertencente ao staff da Villa, a utilizar os auxiliares junto a seus pacientes não vinculados àquela clínica. Acerca dos momentos iniciais desta prática, ele nos diz:

"... a psiquiatria vinha de uma espécie de absolutismo, com as psicocirurgias, eletrochoques etc. Os neuroléticos começaram então a aparecer e com eles e os antidepressivos houve um avanço enorme na terapêutica psiquiátrica, o que começou a esvaziar os hospitais psiquiátricos. O Sanatório Botafogo foi uma das primeiras vítimas (...) um hospital de mais de cem leitos, onde as internações eram muito longas. Quadros que eram remitidos em meses, passaram a ser remitidos em semanas. Depois surgiu a previdência social, com toda uma rede de hospitais próprios e conveniados, que também foi outro fator que "enxugou" a clientela dos hospitais. As pessoas antes não tinham outra alternativa senão pagar com os próprios recursos um internamento em hospitais particulares".

⁶⁷ Mas, "acompanhantes terapêuticos", por que é um nome mais adequado para designar o que já vinham fazendo, ou porque sua prática agora mudou, não sendo mais a mesma que fazia o "auxiliar"?

Aqui entretanto devemos levar em conta que a Villa Pinheiros surge exatamente na época em que fecha o Sanatório Botafogo. Como entender isto? Não podemos descartar a hipótese de que houvesse uma lacuna a ser preenchida no que tange ao atendimento aos pacientes oriundos da "elite" da população carioca, provavelmente pouco satisfeita com o tipo de atendimento que passaria a ser oferecido pela rede de hospitais da previdência. Um dos sócios da Villa, na época já psiquiatra e psicanalista, oferece-nos o seguinte depoimento, que tem relação com o que acabamos de sugerir: Sobre o fato de nunca ter acreditado muito na viabilidade prática da proposta da Villa, diz:

"... era um trabalho muito sofisticado, que poderia, talvez, dar resultados, se fosse aplicado "na Suíça"; ou seja, onde houvesse um padrão financeiro muito alto ..., era um tipo de atendimento muito sofisticado, para uma população que não tinha possibilidades econômicas para sustentá-lo ..., em termos empresariais, aquela coisa era muito difícil de sustentar. Era uma estrutura muito cara, muitos médicos, assistentes sociais, auxiliares psiquiátricos, esporte, praxiterapia de alto padrão, ..., não era possível sustentar aquilo sem cobrar um preço que muito pouca gente podia pagar ...".

Difícil acreditar que a Villa, atendendo a uma população de elite, pudesse representar um foco de contestação "política", comprometido com mudanças mais amplas nas instituições mais tradicionais. Se havia espaço para algum tipo de atitude

politicamente "progressista" em sua proposta, isto se restringia ao seu interior, com a possibilidade de hierarquias menos rígidas entre os diferentes técnicos e entre estes e os pacientes. Com relação a isto, poderíamos dizer que uma figura como o auxiliar era praticamente a encarnação desta atitude "politicamente correta".

Mas, voltando ao depoimento de A.:

"Ao mesmo tempo, os psicanalistas, principalmente a partir de meados da década de sessenta, estavam em alta. Propunham-se a tratar tudo. A "panacéia universal". Tratavam psicose, neurose, tudo. Com o advento da revolução de 1964 e os movimentos de contra-cultura do final da década de sessenta, os psiquiatras ficaram como os "de direita", reacionários, enquanto os psicanalistas eram as figuras de vanguarda, de esquerda quase todos ... a Villa Pinheiros foi um marco de uma coisa intermediária entre psiquiatria e psicanálise. Foi criada por um grupo de psicanalistas⁶⁸ e era um hospital que se propunha a um tratamento moderno. Tinha esta ideologia psicanalítica, aplicada ao tratamento dos psicóticos, de suas famílias, oferecendo hospital-dia, terapia ocupacional muito ativa, ... e não tinha enfermagem; esta era feita pelos auxiliares psiquiátricos.(...), a Villa acabou se transformando num depósito de doentes crônicos, que "ela" não conseguia curar; muitos psicóticos jovens, mas graves, do sanatório Botafogo,

⁶⁸ Com a exceção de um dos sócios, os outros eram todos psicanalistas de formação médica (o que na época era obrigatório).

foram transferidos para a Villa Pinheiros com a esperança de serem curados; mas isto não aconteceu. Continuaram crônicos do mesmo jeito. Como permaneciam na clínica, isto significava um desgaste financeiro muito grande para as famílias e muitos pacientes acabavam saindo. Era também uma clínica de muitos sócios, com um staff muito grande e acabou tendo de fechar em cerca de oito anos. Por todos estes fatores, acabou tornando-se economicamente inviável".

Deve-se ressaltar: se para o fechamento da Villa Pinheiros contribuíram fatores conjunturais como o surgimento de hospitais ligados à previdência e a crise econômica por quê começava a passar a sociedade brasileira na época -- e particularmente a do RJ, após a mudança da capital do país para Brasília -- isto teve que se articular àquilo a que Basaglia já havia denunciado: "... víamos que, continuando na lógica de comunidade terapêutica, havíamos fechado, tanto nós quanto os ingleses, na nova ideologia comunitária, uma instituição que deveria ser aberta." (1979, pg.87).

Reciclagem portanto, para Basaglia, da velha gestão manicomial. Como não consegue "curar" seus "loucos", a Villa Pinheiros acaba transformando-se num "depósito de doentes crônicos", como nos diz **A**.

Encontramos ainda em seu depoimento, indícios desta ligação, tão frequente quanto problemática, entre a psiquiatria

e a psicanálise.⁶⁹ Se, por um lado, a associação à psicanálise fornece uma fachada mais progressista à psiquiatria, por outro, com sua penetração no campo antes reservado a esta última -- aliás, frequentemente feita a despeito da necessidade de uma série de concessões quanto ao rigor teórico e técnico -- a psicanálise conquista um novo mercado para expandir-se (conforme Castel, 1978b).

Além disso, para uma corrente reformista da psiquiatria, para que fosse sustentada a especificidade da doença mental em relação à doença orgânica e, conseqüentemente, da psiquiatria em relação às outras especialidades médicas, era preciso um discurso que desse legitimidade a esta pretensão.⁷⁰

Com o fim das atividades da Villa Pinheiros, o trabalho dos auxiliares passa ao contexto de uma psiquiatria, igualmente privada, dirigida à elite e frequentemente com ares de progressista, em que predomina, a partir de uma base ampla fornecida pelos saberes psiquiátrico e psicanalítico, um ecletismo terapêutico que consiste em mobilizar todos os meios empiricamente disponíveis para afrontar a doença mental.⁷¹

⁶⁹ Birman (1991) dirá:

"Podemos destacar como o discurso psicanalítico também pode se inverter, silenciar a marca de sua originalidade epistemológica e retornar às regras que norteiam o discurso psiquiátrico, com todas as conseqüências teórico-clínicas que daí decorrem." (pg. 41). O autor aponta como frequentemente esta "inversão" aconteceu, afirmando o antagonismo entre o que seria o "verdadeiro" discurso analítico e o discurso psiquiátrico. Já para Castel, não haveria aí nada de uma inversão. (1978b).

⁷⁰ "E, se um pouco mais tarde, a psiquiatria francesa atirou-se nos braços da psicanálise, depois de a ela ter sido alérgica durante tanto tempo, não foi porque ela tendeu a acolher a tecnologia relacional dos analistas como uma panacéia, por não ter podido ou sabido forjar ela mesma suas próprias técnicas extra-hospitalares?" (Castel, 1981, pg. 48).

⁷¹ Um psiquiatra/psicanalista que costumava trabalhar com acompanhamento na época, deu-nos o seguinte depoimento sobre sua atividade clínica:

"Fazia e faço, uma coisa mais ou menos eclética. Não sou Freudiano, porque aproveito muita coisa de Melanie Klein..., não tenho gurus, nem mesmo Freud. Quando o que ele diz concorda com a maneira como eu penso a respeito das coisas que observo na clínica, então eu utilizo. E assim eu faço com Melanie Klein, Margaret Mahler, Winnicott, Fairbairn etc. Naquela época, estávamos no início deste grande processo de desenvolvimento da psicofarmacologia;

Continuemos com o depoimento de A.:

"... a Villa deixou uma coisa boa que foi este trabalho dos auxiliares psiquiátricos. Estes faziam acompanhamento dos pacientes fora da Villa. Alguns de seus médicos já os utilizavam para seus pacientes, "por fora", mas eu fui o primeiro independente, que eu saiba ... Dois dos auxiliares da Villa procuraram-me para pedir supervisão para este tipo de trabalho. Inicialmente fiquei um pouco ameaçado com aquela coisa moderna da Villa ..., eu tinha formação psicanalítica, mas com tendências mais tradicionais de tratamento ..., mas acabei gostando dos dois e a coisa foi começando devagar, atendendo alguns pacientes; era importante, porque evitava a internação que era muito estigmatizante. Só que, de repente, este grupo ficou muito badalado e tivemos noites com supervisão para mais de trinta auxiliares psiquiátricos".

Esta associação entre os auxiliares e psiquiatras que procuravam articular tendências *mais tradicionais* com recursos *mais modernos* de tratamento, passará a ser a nota comum da grande maioria dos casos atendidos pelos auxiliares. Estes, entretanto, com o tempo começarão a nutrir "reticências" com relação ao encaminhamento de muitos destes casos, mas, hesitarão em expressá-las, pela razão de que são estes psiquiatras que lhes dão trabalho e, ainda que eles pudessem oferecer uma escuta

já havia então, alguns psicofármacos importantes. Não acredito numa oposição entre psiquiatria e psicanálise. Há um perfeito entrelaçamento entre as duas, sendo que esta última é um processo psicoterápico que não pode prescindir da psicofarmacologia, ignorando a "organicidade" que pode estar funcionando, num determinado momento, na realidade psíquica. Tampouco os psicofármacos funcionam como forma exclusiva de tratamento. O ser humano é um ser bio-psico-social". Daí para o ecletismo terapêutico que estamos sugerindo, não é uma longa distância.

simpática e benevolente, poderiam também, a partir de um certo limite, começar a admitir que o que é bom para os auxiliares não é bom para eles. Consequentemente, era conveniente bastante prudência ao levantar problemas quanto à linha de trabalho por eles seguida.

Sobre o papel do auxiliar, um psiquiatra dirá:

"É um papel eventualmente meio complicado ..., nas supervisões eu costumava ressaltar um aspecto principal, mostrando que o auxiliar psiquiátrico não é um "analista portátil". A atividade terapêutica do auxiliar implica numa atitude objetiva e não interpretativa ... **trazer o paciente para a realidade** e não ficar fazendo interpretações subjetivas, abstratas ... isto confundia mais ainda o paciente , principalmente quando este era psicótico".

Para que este zêlo em explicar ao auxiliar que ele não é um analista, se não houvesse, pelo menos supostamente, uma tendência do primeiro a "confundir" estas funções? Por outro lado, as alternativas não teriam que ficar apenas entre "ser um analista portátil" e ter uma "atitude objetiva". Continuemos com o seu depoimento:

"... com a relação ao papel de enfermagem e cuidados com o paciente, isto ficava meio confuso ... muitas vezes as famílias esperavam este tipo de atuação dos auxiliares, que não se dispunham a isso, por exemplo, cuidar do número de cigarros,

dinheiro, banho, etc coisa que os auxiliares julgavam meio repressiva ..., atrapalhava, criava problemas para uma relação tão próxima, tão difícil muitas vezes, ...".

Paradoxalmente, reconhecimento evidente de que a função do auxiliar não era puramente objetiva, o que talvez pudesse ser tomado como a diferença entre a sua função e a que antes cumpria a enfermagem. É através desta "... relação tão próxima, muitas vezes tão difícil ...", que o auxiliar poderá vir a cumprir com a tarefa de "trazer o paciente à realidade, objetivamente ...".

"... o discurso de um auxiliar psiquiátrico experiente é diferente do de um enfermeiro; isto permite a ele **dirigir o paciente** ... não só pela classe social diferente, maior cultura, mas também pela compreensão que ele tem da doença mental ... de um modo geral o enfermeiro fica numa atitude submissa, assustado diante da condição sócio-econômica do paciente ... daí não ter comando ...".

Há aí uma admissão explícita da expectativa que tinham os psiquiatras de que o auxiliar tivesse uma "ascendência" sobre o paciente, efetivada, ao contrário do que acontecia com a enfermagem, por uma via discursiva, cujos parâmetros não são bem conhecidos, ora parecendo técnicos, ora sociais.

Até aqui, tomando como referência o depoimento deste psiquiatra (que consideramos representativo do entendimento que tinham aqueles que chamavam por auxiliares), encontraríamos como

funções do auxiliar, "... trazer o paciente para a realidade, objetivamente ..." e "dirigir o paciente", o que é inteiramente dependente da noção de que os auxiliares -- e o médico evidentemente -- sabem "onde está a realidade", ao contrário do paciente. Mas ele acrescentará ainda ...

"... entrar entre o paciente e a família. Isto é uma coisa muito complicada, pois às vezes são famílias muito desorganizadas. O auxiliar tem esta função de dar um certo holding para a família. O vínculo afetivo do auxiliar com o paciente não cura, mas dá confiança ao paciente e à sua família para que aguardem a recuperação do paciente. O surto psicótico é, muitas vezes, uma coisa assustadora e é bom que se tenha junto ao paciente e à família, alguém que não vai falar em encosto etc ..."

Esta pequena fala é bastante ilustrativa do tipo de demanda formulada pelos psiquiatras que começaram a utilizar o acompanhamento para seus pacientes neste novo contexto. Observe-se que a linguagem utilizada é toda "vaga", carregada de expressões que parecem contar com a capacidade daquele a quem sua fala é dirigida, de intuir o sentido em que estão sendo utilizadas. Por exemplo: "... entrar entre o paciente e a família".

Por outro lado, aparece a noção de que "o vínculo afetivo do auxiliar com o paciente não cura ...". Deveríamos entender aqui que, o vínculo auxiliar-paciente, é "apenas" afetivo, e

portanto não cura? Ou que este vínculo, embora afetivo, não possui aquilo que o habilitaria a curar? Em ambos os casos está presente parte daquilo contra o que se rebelariam os auxiliares, ao quererem mudar o seu nome para "acompanhantes terapêuticos".

Pois afinal, qual é o vínculo que cura? O da "medicação", que atinge o organismo? O do psiquiatra que, além da medicação, oferece a sugestão? O do analista, que, partindo de um elaborado modelo teórico da subjetividade humana, das causas que poderiam ter produzido este ou aquele tipo de sintomatologia e de uma teoria da técnica terapêutica, habilitaria-se a "curar"?

Poderia ser, se assim fosse. Mas, o que sabemos, é que são justamente àqueles pacientes que resistem a estes procedimentos classicamente terapêuticos, que o acompanhamento é indicado. Portanto, num momento reconhece-se a insuficiência destes procedimentos em "curar" (quando se chama "auxiliares"); no outro, se a nega: "... o vínculo afetivo do auxiliar com o paciente não cura". Logo, algum "cura".

Diria-se: "Os auxiliares tornam possível que o trabalho feito pelo psiquiatra, pelo analista ou pelo terapeuta de família, cure". Aliás, isto está explícito no depoimento que ora analisamos, "... mas dá confiança ao paciente e à sua família para que aguardem a recuperação do paciente".

Mas, onde está a fronteira entre o que cura e o que não cura? No saber "científico" do analista? Não seria necessário

levantar aqui a vastíssima literatura que problematiza a questão da cientificidade da psicanálise, ou lembrar que a técnica psicanalítica, Freud o disse, é ineficaz diante da psicose, categoria nosológica frequentemente associada aos pacientes atendidos por acompanhamento. Mas, o que queremos frizar é apenas que *os psicanalistas também não sabem tão bem onde "estão pisando"*, ao dirigirem-se a estes pacientes.

Ou seria o vínculo com o psiquiatra, aquele que curaria? Detentor do "saber moral", o psiquiatra habilitaria-se a suggestionar. "Trazer o paciente para a realidade". *Enxergar a realidade* é, aqui, consequência de um bom funcionamento orgânico que permitiria por sua vez a posse e uso da razão. Resquícios do tratamento moral dos alienistas, que se apresentam na prática de grande parte dos psiquiatras, quando não estão receitando remédios. Trata-se menos de um saber teórico que de um saber moral, quase que equiparado aqui a "natural". É o próprio "bom senso" falando desde o lugar de autoridade que ocupa o psiquiatra, enquanto suposto representante da ciência.

Mas o psiquiatra também sabe, lembremos, que, administrando-se certa química ao corpo, produzem-se certos efeitos ao nível do comportamento do paciente; efeitos de suspensão de sintomas. Porém, não só não se sabe como ou por que estes sintomas apareceram, como também estes estão em referência a um código moral de comportamento. ⁷²

⁷² Sobre isto veja-se Kammerer, T. 1986 e Simon, P. 1986 e tamb'em Foucault 1972, Castel 1978a e Birman 1991.

Num certo sentido, em termos do estatuto dos saberes e da qualidade dos efeitos por eles produzidos, não haveria grande diferença se disséssemos que, "colocando-se um auxiliar psiquiátrico durante um certo número de horas por dia junto a um paciente, observa-se uma mudança no comportamento deste que, torna-se menos arredo a certas funções sociais, não dá tanto trabalho à família etc."

Novamente contra-argumentar-se-ia: "A medicina ainda não possui estas respostas, mas é uma questão de tempo e desenvolvimento científico, começar a tê-las. A medicina pelo menos promete". Não temos como refutar esta observação, mas devemos dizer que, no momento, não se pode assegurar que isto um dia virá acontecer. Ou seja, pelo menos por enquanto, também o psiquiatra não sabe tanto, quanto a posição que ele ocupa na condução do tratamento das doenças mentais pareceria indicar.

Aqui pensamos com Foucault: quanto às relações entre o saber científico e as estruturas econômicas e sociais ...

"Se, em contrapartida, tomarmos um saber como a psiquiatria, não será questão muito mais fácil de ser resolvida porque o perfil epistemológico da psiquiatria é pouco definido, e porque a prática psiquiátrica está ligada

a uma série de instituições , de exigências econômicas imediatas e de urgências políticas de regulamentações sociais? No caso de uma ciência tão duvidosa como a psiquiatria, não poderíamos apreender de forma mais precisa o entrelaçamento dos efeitos de poder e de saber?" (1979, pgs 1 e 2).

Quanto ao contexto prático que estamos discutindo, o psiquiatra vinha ocupar o lugar de "coordenador" de equipe em nome de um saber cujo estatuto científico, como disse Foucault, é duvidoso. Os resultados muitas vezes modestos deste esforço, quase nunca tão "interdisciplinar" quanto se pretendia, recomendariam uma atitude de maior humildade por parte dos personagens nele envolvidos, o que no entanto não acontecia na prática, cabendo sempre aos auxiliares o lugar daqueles que "sabem" ou "curam" menos.

Como se os psiquiatras e analistas que então utilizavam auxiliares para seus pacientes, através do uso destes últimos, reconhecessem a precariedade de suas práticas frente à doença que pretendiam tratar; reconhecimento que ficava, todavia, "recalcado", na medida em que esta "precariedade" era projetada sobre a prática dos auxiliares, estes que podiam, efetivamente, reconhecer a fragilidade de seu saber na relação com os sujeitos

a quem se dirigiam .

Seria de se considerar a possibilidade de, por poderem admitir a sua "ignorância" -- já que estavam no "lugar" adequado para isso -- os auxiliares terem, ainda que inadvertidamente, adquirido a possibilidade de aprender algo de novo sobre seus pacientes e, quiça, de produzir interessantes resultados terapêuticos, que mereceriam de todos, a começar por eles mesmos -- tantas vezes mais interessados no seu futuro como analistas, do que em seu presente enquanto auxiliares -- um olhar mais atento.

Em reportagem publicada em importante jornal do RJ, no ano de 1977, encontramos uma breve apresentação do trabalho que faziam os auxiliares psiquiátricos então. A manchete diz: "TRATAMENTO EM CASA: NOVA OPÇÃO PARA O DOENTE MENTAL". Não se trata, portanto, de uma apresentação do "acompanhamento psiquiátrico", mas sim deste "tratamento em casa", do qual faz parte o uso de auxiliares psiquiátricos, que passam a estar junto com os pacientes no dia a dia de suas crises, compondo aquilo que é chamado, numa determinada passagem do texto, "internação domiciliar".

O texto da entrevista ressalta a importância de tentar-se evitar a internação e, ao mesmo tempo, de focar-se a doença do paciente a partir de suas relações com o meio em que ela surge e

não apenas por relação a uma suposta disfunção orgânica:

"Antes, nós psiquiatras nos ocupávamos exclusivamente com o tratamento a ser dispensado ao paciente; hoje nos preocupamos, também, com o mundo que o cerca. Cada vez mais os psiquiatras em todo o mundo se interessam em conhecer o doente em suas relações com o meio familiar e social em que ele vive. (...). Preocupamo-nos, sobretudo, em não tirar o doente de seu ambiente, evitando, assim, o estigma da doença mental, que se caracteriza com a internação em hospital psiquiátrico, onde ele convive apenas com outros pacientes psicóticos."

Para isto, eram chamados os auxiliares psiquiátricos "... acadêmicos das últimas séries dos cursos de Medicina e Psicologia ..." que ...

"... revezam-se no acompanhamento do doente mental, vivendo e participando com ele de todas as suas atividades cotidianas, como o estudo, o trabalho e o lazer.(...). Todas as internações domiciliares e o respectivo acompanhamento são feitos sob a orientação do terapeuta que, além de supervisionar o grupo de acadêmicos, presta assistência quimioterápica e psicoterápica ao doente, procedendo, também, à orientação da família".

Ressaltemos alguns elementos presentes neste fragmento da entrevista: primeiro, o que nos parece ser uma supervalorização do fato de "não internar-se o paciente", como alternativa eficaz

para que se evite a "estigmatização" deste último. É fácil perceber que, o "não internar", poderia servir exatamente como uma medida a dar novo fôlego para uma psiquiatria espremida entre o avanço da psicanálise e as críticas da antipsiquiatria. Uma psiquiatria que, para não ter que se ver com seus "fantasmas", lança mão de expedientes conciliatórios -- "moderniza-se".

Helsing (1981), na época médico psiquiatra, com experiência como auxiliar psiquiátrico, aponta justamente para o problema da possibilidade de reprodução, por parte deste "novo técnico", da ideologia manicomial, através de uma atitude que não deixaria de ser, basicamente, disciplinatória:

"O discurso psiquiátrico ganha então novos invólucros (...). O AP passa a ser então um minimanicômio, portátil, ambulante, adaptável a diferentes situações, produzido em série para atender a pacientes com experiências encaixadas em dogmas psicologizados, verdadeiras interpretações enlatadas, ..."
(pg. 86).

Citando Castel (1975), o autor lembra-nos:

"Poucos psiquiatras ou psicanalistas falam explicitamente hoje em dia de ordem, de disciplina, de bons costumes, da necessidade de submissão etc, mas, sem dúvida, falam do controle da agressividade, maturação dos afetos ..." (ibid, pg. 86).

Assim, Helsinger aborda exatamente o ponto a que nos referimos, qual seja, o de que não é necessário que haja internação para que esteja configurada uma prática psiquiátrica "estigmatizante". É interessante percebermos também como este "minimanicômio" poderá ser composto por "interpretações enlatadas"; ou seja, não é apenas quando reproduz a atitude de um psiquiatra clássico, que aquele que acompanha tornar-se-ia agente de uma prática disciplinatória, mas também quando, baseado em certas articulações apressadas com o discurso psicanalítico, pretende sobretudo "adequar" o paciente.

Voltando à entrevista, encontramos "... acadêmicos das últimas séries dos cursos de Psicologia e Medicina ...". Ora, por que "das últimas séries" ou, por que "acadêmicos"? Que saber é este, o de quem faz o acompanhamento, que não pode ser nem muito pouco -- "leigos ou calouros" -- nem "muito muito" -- profissionais já formados? Com certeza, na época, não é nenhuma

técnica do acompanhamento que responde por estas exigências implícitas.

Trata-se sobretudo de um arranjo tático, que atende aos interesses de auxiliares e médicos, ao mesmo tempo atendendo à demanda de uma certa faixa da população. Os primeiros, ganham ares de "profissionais", justificando a boa remuneração que recebem; os segundos, conferem à sua proposta terapêutica um caráter "mais científico" e "moderno", ao mesmo tempo em que conciliam com os primeiros, conquistando a "boa vontade" destes que não querem ser apenas "sofisticadas babás de loucos".

Já quanto ao segmento populacional atendido, trata-se de famílias de alto poder aquisitivo, quase sempre pertencentes ao que se poderia chamar de "elite" da população carioca e mesmo brasileira. Famílias que, na maioria das vezes, não enfrentam maiores problemas ao arcar com um tratamento dispendioso, porém altamente personalizado.

Obviamente dir-se-ia que "os auxiliares não podem ser leigos ou calouros, já que são necessários a eles conhecimentos básicos acerca da doença do paciente, ou da família deste" etc. Quanto a isto, pensamos que até seria possível fazer-se um tipo de acompanhamento em que não fosse exigido aos que acompanham um saber de tipo acadêmico ou científico, prévio, como aliás acontecia no caso dos leigos do início desta prática em comunidades terapêuticas. ⁷³

⁷³ Com isto não estamos querendo defender o ponto de vista de que o saber acadêmico é

Entretanto, o que é curioso é justamente o fato de, uma vez assumindo-se esta perspectiva de "acompanhar", para a qual o saber acadêmico é desejável e/ou necessário, ter-se tornado problemático para o bom funcionamento da "equipe terapêutica", o fato desta função começar, um pouco mais tarde, a ser desempenhada por psicólogos formados, com formação psicanalítica, pós-graduações variadas etc, que reivindicavam, principalmente da parte dos médicos que os chamavam, o reconhecimento do valor terapêutico de sua prática e, talvez ainda mais importante, um "outro lugar" no seio da equipe terapêutica.

O impasse não se dará então apenas na esfera da "política" intra-equipe, pois, a postura do auxiliar diante da família e do paciente, também mudará. As famílias, de uma maneira geral, tinham a expectativa de um acompanhamento que funcionasse tal como entendido e apresentado pelo médico, que o prescrevia⁷⁴. Muitas vezes, nem este, nem aquela, estarão à vontade com a nova "atitude" do auxiliar. Mostraremos como, com o passar do tempo, o acompanhamento passará a atingir uma nova clientela, ao mesmo tempo em que certos casos chegarão em bem menor número aos grupos que fazem acompanhamento.

"indesejável", ou "desnecessário" para os que fazem acompanhamento. Apenas que, existiram e ainda existem, uma série de experiências nas quais os que acompanham são selecionados independentemente de seus currículos acadêmicos. Visa-se muito mais a qualidades como a "disponibilidade para a prática", "traços de personalidade", "carater" etc, do que ao histórico escolar ou capacidade para teorizar. Além disso, não estavam tão claras as razões pelas quais seria importante ao auxiliar possuir um tal tipo de conhecimento.

⁷⁴ Nesta época, o acompanhamento é sempre uma prescrição do psiquiatra. Demorará algum tempo para que uns poucos chamados comecem a chegar diretamente das famílias aos acompanhantes, sem intermediação do médico.

Como se esta prática, tal como então desempenhada, precisasse justamente, para seu bom funcionamento, que os auxiliares "soubessem", mas não tanto.⁷⁵ Que um profissional psi-qualificado não queira fazer acompanhamento, por razões pessoais, é inquestionável. Mas, caso ele quizesse fazê-lo, não seria curioso que isto viesse provocar um "curto circuito" na tal "equipe interdisciplinar", ou "terapêutica"?

Durante os primeiros quinze anos que se seguiram ao fechamento da Villa Pinheiros, o acompanhamento foi feito como uma *passagem*, constituindo uma fase intermediária entre a formação universitária e a prática clínica profissional propriamente dita. Assim que formavam-se como psicólogos ou psiquiatras e tinham seus horários tomados por pacientes de consultório, os auxiliares paravam de fazer acompanhamento. Aqui podemos voltar ao texto de Helsinger:

"... a maioria dos AP são estudantes (...). O trabalho do AP nunca é um fim em si, mas um momento profissional a ser ultrapassado, um dispor-se a estágios -- aprender, uma fonte de renda provisória, uma busca de prática na falta de outras opções etc., o que justificaria em parte, a pouca produção intelectual

⁷⁵ Obviamente não poderia ser esta a explicação. O que era importante, é que o auxiliar tivesse um perfil compatível com a posição hierarquicamente inferior que ele ocupava na equipe interdisciplinar. Por isso a coisa funcionava bem enquanto os auxiliares eram estudantes ou profissionais recém formados.

a respeito. Um grupo que está trabalhando por não haver outro trabalho, não encontra mesmo razões para pensar um pouco sobre o que está fazendo e se expor". (ibid , pg. 86)

Com o passar do tempo, no entanto, basicamente pelas razões do dramático estreitamento do mercado da clínica psicanalítica no RJ a partir de meados dos anos oitenta e com a consequente dificuldade de jovens -- e até nem tanto -- psicanalistas em "ocupar os horários do consultório" e da oportunidade quase única oferecida por esta prática, de uma aprendizagem clínica remunerada, para a qual não se exigia maiores pré-requisitos, isto mudou. Alonga-se então o período de tempo durante o qual os auxiliares (ou, mais tarde, acompanhantes), permaneciam fazendo o acompanhamento. Com isso, cresce a insatisfação destes últimos com o lugar "desprestigiado" que vinha sendo-lhes oferecido, ao mesmo tempo em que a urgência com que passam a buscar um discurso que legitime as suas pretensões de serem reconhecidos como terapeutas.

Mas, voltemo-nos novamente sobre o fragmento de entrevista transcrito acima. Encontramos nele o uso da expressão "internação domiciliar"; por si só, ele já não indicaria que o problema é mais com a internação na clínica do que com a internação em si? Voltamos ao alerta quanto à possibilidade de

um velho discurso sob uma nova fachada. E aqui não é necessário criticar-se este "velho" que retorna, ou que permanece, mas sim reconhece-lo. Ou seja, não falar tão facilmente, em nome de um "avanço".⁷⁶

Além disso, há referência à questão da supervisão e deste questionável acúmulo de funções por parte do médico-terapeuta:

"... são feitos sob a orientação do terapeuta que, além de supervisionar o grupo de acadêmicos, presta assistência quimioterápica e psicoterápica ao doente, procedendo também, à orientação da família."

Vejamos que, um terapeuta que presta assistência quimioterápica, tem que ser um médico, no caso, um psiquiatra. Portanto, indícios disto que, efetivamente, era prática corrente na época: um psiquiatra acumulando as funções de medicação, psicoterapia -- quase sempre de "base" psicanalítica, quando não dita explicitamente "psicanálise" -- orientação da família e, finalmente, supervisão e orientação do grupo de auxiliares.

Ao contrário da interdisciplinaridade proposta por Kalina em seu trabalho no CETAMP (conforme capítulo três acima) -- que aliás, neste particular, conservava um parentesco próximo com as propostas da psiquiatria social inglesa e antipsiquiatria, às

⁷⁶ Diga-se de passagem, esta versão que pregava o "avanço", não é a dos psiquiatras que costumavam recorrer ao acompanhamento, que na verdade não estavam preocupados com esta questão; tinham uma boa clientela e utilizavam o acompanhamento com uma finalidade que não costumavam esconder. Se havia inconsistência ou ambiguidade na demanda que faziam aos acompanhantes, estas deveriam ser creditadas à psiquiatria e não a estes psiquiatras. Já não poderíamos dizer o mesmo no caso de um analista que chamasse auxiliares "psiquiátricos", mantendo a mesma demanda daqueles psiquiatras.

quais o acompanhamento nasce ligado -- temos este "terapeuta biônico" em que se transforma o médico, que recupera assim, plenamente, o antigo poder que detinha no interior do manicômio.

Vejamos que, ao supervisionar a equipe junto à qual trabalha, o médico coloca-se "de fora" da complexa dinâmica afetiva e institucional que a atravessa. O que lhe garante isto, supostamente, é o seu "saber" e podemos claramente ver a que distância nos encontramos, neste novo momento, do ambiente democrático e questionador proposto pelas comunidades terapêuticas. O contexto em que se faz o acompanhamento, logo após a "passagem para a rua" dos auxiliares da Villa Pinheiros, só pode ser considerado reflexo de uma postura "mais moderna" de seus agentes, a partir de um referencial cronológico; ela é sobretudo um retrocesso, quando consideramos o vigor com que uma psiquiatria antes questionada volta a aparecer.

É bem verdade que, quanto à supervisão, um pouco antes na entrevista encontramos:

"... cerca de cinquenta acadêmicos de medicina e psicologia, divididos em equipes de três a quatro, permanecem na residência do paciente, administrando o tratamento sob a orientação e direção de um psiquiatra, e supervisão de um psicólogo".

Aqui a supervisão já aparece a cargo de um psicólogo, cabendo ao psiquiatra "apenas" a orientação e direção. Como se

vê, levando a sério este esquema, é de se supor que o trabalho dos auxiliares precisasse ser fiscalizado de perto. Pela presumida ignorância destes últimos, ou pela dificuldade de seu trabalho? Mas, se este era tão difícil, como poderia ser feito pelos menos sábios? Paradoxo que sempre nos intrigou com relação ao acompanhamento e ao tratamento da psicose de uma maneira geral, o de serem justamente as pessoas mais novas e menos experientes, as que são colocadas num contato mais próximo com os pacientes -- tidos sempre como os mais graves.

Mas são, mais uma vez, sobretudo táticas, as razões que determinam esta distribuição da "fiscalização" do trabalho dos auxiliares. Nada havia de "tão sagrado", que uma **reunião** -- e não **supervisão** -- da equipe interdisciplinar que prestava atendimento a um paciente, com um debate sério e cuidadoso -- onde o médico ou qualquer outro não precisasse assumir, necessariamente, a posição daquele que "sabe mais" -- não pudesse resolver.

Evidentemente, uma tal dinâmica poderia ferir vaidades, na medida em que ninguém brilharia, a priori, mais do que ninguém. Nada garante o estrelato e o poder. Utopia? Talvez, mas o fato é que era frequente falar-se da dinâmica da "equipe interdisciplinar", como devendo obedecer a este ideal, o que não acontecia na prática, por razões que nos parecem ir além do grau de autoritarismo, ou espírito democrático, de um determinado médico ou supervisor.⁷⁷

⁷⁷ Devemos reconhecer que, uma proposta de trabalho em equipe como esta, foi certamente

A coisa foi montada de tal forma, que era "natural" ao médico, ocupar e conservar este lugar de poder, assim também acontecendo com o psicólogo que passaria a "supervisionar" o trabalho dos ex-auxiliares da Villa.

Como se vê, um esquema de hierarquia vertical passa a cercar o trabalho dos auxiliares. Aqui, o que nos é importante é sinalizar este retorno desta hierarquização vertical, a partir de índices que são exteriores ao que possa estar se passando na dinâmica intra-equipe (ser psicanalista, ser psiquiatra, ter tal ou qual graduação acadêmica etc)⁷⁸. Tudo em nome do controle da boa qualidade técnica do trabalho, ou seja, em nome do **saber** que estes "supervisores" detém sobre o que fazem ou devem fazer os auxiliares.

Vejamos agora, que indícios nos dão os entrevistados, quanto aos recursos utilizados pelos auxiliares, para cumprir com os objetivos que lhes eram determinados. Sabemos que, com

dificultada pelo fato de estar se dando num contexto de iniciativa privada. Interesses econômicos sempre jogam, então, um papel importante, o que demanda um manejo delicado por parte dos agentes envolvidos. Havia uma relação direta entre o número de pacientes atendidos e a remuneração recebida, o que pode ter vindo a se tornar um estímulo à "criação de demandas" deste ou daquele tipo de tratamento, por parte daqueles que podiam oferecê-los.

Além disso, mesmo quando este trabalho era feito dentro de uma clínica particular, ou por profissionais ligados a uma instituição "nômade" como o CETAMP (conforme Kalina, op. Cit.) -- igualmente iniciativas privadas -- a coisa ficava mais fácil, na medida em que o paciente era "da clínica" ou da instituição e não do psiquiatra, ou do analista. Isto já era um facilitador para uma melhor distribuição de poder dentro da equipe.

⁷⁸ Quem "sabe mais", coordena, supervisiona. O problema é que "saber mais" no campo abrangido pelas práticas psiquiátricas, é coisa muito complicada. Até por isso, um dia surgiu uma psiquiatria social e uma antipsiquiatria, questionando as "antigas hierarquias verticalizadas".

eles, procurava-se evitar a internação do paciente na clínica e que eles participavam de "todas as atividades cotidianas" deste, "como o estudo, o trabalho e o lazer".

É interessante que não tenha aparecido na entrevista, relativamente ao item "atividades cotidianas do paciente", "o delírio", as "hesitações de vontade", as "oscilações afetivas", que, com toda certeza, faziam parte do cotidiano do paciente. Não se trata de mera retórica esta pontuação que fazemos. Não queremos valorizar, romanticamente, uma suposta experiência da "loucura".

Queremos ressaltar que -- e não nos escapa o caráter "divulgatório" da entrevista, que obriga a uma apresentação rápida e imprecisa, mas também, mais claramente "ideológica" -- desde a perspectiva do psiquiatra, dá-se grande ênfase ao aspecto da função do auxiliar, que é o de procurar reconduzir o paciente de volta ao mundo "da norma", que é também o da "da produção"; em contrapartida, os auxiliares, dentro de muito pouco tempo⁷⁹, passarão a querer, pelo menos, ver reconhecida a dimensão de sua prática que, supostamente, iria além desta "promoção otimista" do retorno do paciente ao estilo de vida burguês, o que acabará sendo articulado à intenção de fundamentar o acompanhamento como uma intervenção "clínica" sobre "a doença". Dito na entrevista, isto poderia soar "excessivo", tanto a médicos quanto às famílias de pacientes.

⁷⁹ Mostraremos isto especificamente no próximo capítulo.

O texto da entrevista valoriza exatamente os aspectos de sua função que o auxiliar sabe que são valorizados, tanto pelos médicos que os chamam, quanto pelas famílias atendidas. Mas o auxiliar pensa que sua função vai além disso. E não abandonará, apesar de um silêncio inicial, a esta perspectiva, que incluiria no rol das atividades cotidianas co-vivenciadas por auxiliares e pacientes, o "delírio", a "angústia", a "falta de vontade" etc. O auxiliar também sabe "lidar com a doença" e, esta "lida", pode até se dar, também, através daquela que é por excelência o instrumento do psicólogo clínico e do psicanalista: a palavra.⁸⁰

Dizem-nos os entrevistados :

"Conquistando a confiança do doente e aliviando a tensão da família, da qual passam a ser o porta-voz junto ao paciente (porém sempre dentro de uma atuação terapêutica), os auxiliares psiquiátricos desempenham a função de preservar e proteger o doente mental.(...), atuando, muitas vezes, como agente preventivo, indicando os limites e parâmetros a fim de que o doente possa sair da situação de crise, sem se expor ou se marginalizar perante a sociedade."

Devemos ir por partes: Onde se lê "conquistando a confiança do paciente", leia-se, "procurando estabelecer uma relação de "camaradagem" e empatia", no sentido mais usual

⁸⁰ Como a sua palavra entraria na terapêutica que oferece aquele que acompanha, é questão pouco clara. Não se pode entretanto recusar que uma ética deve regular as trocas verbais que sempre acontecem, até abundantemente, entre os que acompanham e seus pacientes. Isto têm sido cada vez mais pensado atualmente por acompanhantes, não por quererem fazer de sua atividade uma técnica de intervenção eminentemente discursiva, mas por constatarem que falam, e muito, junto a seus pacientes.

destes termos, tão intuitivos e pouco precisos. Esta relação que se busca estabelecer é muitas vezes traduzida por "vínculo afetivo".

Quanto a ser o "porta voz" da família, junto ao paciente, isto suporia pelo menos uma dificuldade de comunicação entre estas duas instâncias -- o paciente e sua família -- dificuldade que o auxiliar estaria habilitado a superar. Observe-se que não foi dito "ser o porta voz do paciente junto à família", o que seria razoável desde o ponto de vista de quem admite o enigmático que traz o discurso do "louco", ou desde a noção, na época bastante difundida, de que o doente "identificado", denuncia, com sua crise, uma "doença" que é familiar. É junto à família que o auxiliar se colocaria como porta voz, como que tentando traduzir ao paciente as demandas desta última. O auxiliar conheceria a maneira de conseguir do paciente, aquilo diante do que a família fracassou.⁸¹

Atente-se para o fato de que, quanto a isto, no próprio texto da entrevista, encontramos a ressalva "... (porém, sempre dentro de uma atuação terapêutica)". A quem esta ressalva se dirige? Resposta: àqueles que poderiam entender que o auxiliar está lá apenas para cumprir com o que lhe pede a família. Não, não é assim; o auxiliar não é uma "babá de louco". Porém, frequentemente terá de repetir isto, o que indica haver uma

⁸¹ É possível que, quanto a este ponto específico do texto -- ser o porta voz da família junto ao paciente -- estivesse em questão uma "jogada de marketing" dirigida às famílias dos pacientes. Esta posição não poderia ser considerada representativa do entendimento que tinham os psiquiatras -- muito menos os auxiliares -- da função dos que acompanham. Havia sim a noção de que o auxiliar, por um saber e uma técnica que não se sabia muito bem quais, intermediava as relações entre paciente e família. Se havia esta perspectiva dele ser um porta voz, isto se dava nos dois sentidos, família-paciente e vice-versa.

tendência a que se compreenda assim a sua função.⁸²

Efetivamente, o próprio lugar que lhe dá o psiquiatra, favorece este tipo de leitura pelas famílias. O restante do trecho transcrito esclarece: "Os auxiliares indicam ao paciente os "limites e parâmetros", protegendo o paciente da exposição e marginalização perante a sociedade". Função que exige de quem a cumpre, fundamentalmente, um conhecimento das normas e convenções sociais. Esta, aliás, é frequentemente a expectativa das famílias que buscam tratamento para um de seus membros em "crise psiquiátrica": que estes retornem à normalidade social, o que, diga-se de passagem, não é em si criticável. O curioso é que haja, quanto a isto, uma convergência dos olhares do leigo -- as famílias -- e do especialista -- o médico psiquiatra. Ambos entendem da mesma forma o que seria a cura e mesmo o tratamento para o paciente: voltar a trabalhar, estudar, se divertir ...

Enquanto representante deste saber psiquiátrico, cabe ao auxiliar funcionar como alguém que sabe, na prática, como comportar-se socialmente. Os conhecimentos de psicopatologia psicanalítica, por exemplo, que eventualmente o auxiliar pudesse ter, de nada lhe poderiam ajudar numa tal perspectiva; seriam desnecessários. As famílias estão certas quando, diante do uso do auxiliar proposto pelo psiquiatra, entendem que aquele não passa de uma sofisticada "crazy sitter".

⁸² O auxiliar ter de ficar repetindo que não é uma "babá de louco" é o contraponto da fala do psiquiatra que repete que o "auxiliar não é um psicanalista ambulante".

Àquelas, não passa despercebido o fato de que, para cumprir com uma tal função, é necessário antes um saber "prático" e/ou "social", bastante diferente daquele que se espera de um *cientista*, ou *acadêmico*. O "locus" de trabalho do auxiliar e as situações de aparente informalidade em que frequentemente ele se encontra junto aos pacientes, favorece ainda mais esta compreensão.

Aprendiz de alienista, o auxiliar devolveria a razão ao paciente, contendo-o "... verbalmente em suas ações, (...), sem acusá-lo, julgá-lo, ou fazer exigências ...", procurando "... um confronto do paciente com a realidade, de forma objetiva e segura". Vejamos o fragmento clínico trazido pelos entrevistados:

"... o paciente saiu de casa dizendo que iria comprar cinco carros importados para presentear seu médico e a equipe que o acompanhava. Entrando na loja de carros, foi logo combinando a compra com o vendedor. Chamado pelo auxiliar psiquiátrico, que ponderou sobre sua atitude, aceitou desfazer o negócio e conversar sobre o assunto. Na volta à casa, um tanto deprimido, reconheceu que sua atitude era absurda e comentou que talvez pudesse presentear a equipe de outra forma, quando estivesse melhor".

Pensemos neste "conter verbalmente". Trata-se de uma dimensão da ação do auxiliar, sobre a qual nunca se parou para avaliar as implicações. E no entanto, sempre se contou com ela,

inclusive como uma das principais diferenças entre a intervenção do auxiliar e a do enfermeiro. Pode uma contenção verbal ser "objetiva"? Diria-se que sim, na medida em que ela não tem nada de interpretativa, opondo-se assim, ao trabalho que faria um analista, ou quem sabe outros terapeutas de consultório, com suas tecnologias discursivas e relacionais. O auxiliar "apenas" ajudaria ao paciente a distinguir entre o que é realidade e o que é fruto de sua "imaginação delirante".

Sem querer questionar a adequação de uma tal tentativa neste momento, voltemos ao ponto: para isto, qual a necessidade de uma formação "acadêmica"? O que faria com que o enfermeiro psiquiátrico -- quase nunca um acadêmico -- por exemplo, estivesse despreparado para lembrar ao paciente que ele não deveria comprar cinco carros importados para presentear a equipe? Evidentemente, não é pela sua carência de saber acadêmico, que ele será substituído pelo auxiliar. Ele, sem sequer precisar de *supervisão*, saberia distinguir que há "qualquer coisa de estranho" quando o paciente intenta presentear a equipe desta forma.

A questão é: numa tal situação, não é o que o auxiliar fala que fará a diferença, mas o lugar de onde ele fala. Também um enfermeiro ou um leigo, poderia argumentar junto ao paciente que ele não deveria comprar carros importados, ou coisas do tipo. A diferença do que diria o auxiliar, *nestes momentos de "confronto do paciente com a realidade"*, para o que diria o enfermeiro, é semelhante a que existiria entre o que diria o

psiquiatra e o auxiliar: Todos poderiam dizer ao paciente o que ele deveria ou não deveria fazer, do ponto de vista do "senso comum", ou da "realidade objetiva dos fatos". *A diferença não estaria tanto no conteúdo do que diriam cada um destes técnicos, quanto no lugar desde o qual cada um falaria. Trata-se de uma diferença de "autoridade", de uma diferença que é, portanto, "subjéctiva".*

Contribuem para estas distinções, por um lado, elementos de um imaginário social; para o que interessa ao psiquiatra, o que o auxiliar sabe a mais do que o enfermeiro, não diz respeito tanto a um saber científico, quanto a um saber "social"; uma maneira de falar, de vestir, enfim, uma maneira de "ser".

Já quanto ao que diz o psiquiatra, embora não seja substancialmente diferente daquilo que dizem os auxiliares⁸³, trata-se de um discurso que parte desde um lugar investido de uma autoridade absoluta, inerente à posição que ocupa o médico no imaginário social, nos assuntos que dizem respeito ao "tratamento de doenças".

Quanto ao auxiliar, é suposto um "saber fazer"⁸⁴, referenciado a um determinado código de "comportamento de classe". Quanto ao psiquiatra, um "saber", supostamente

⁸³ É importante que fique claro que os discursos de auxiliares, ou dos que acompanham, e do psiquiatra podem vir a diferir bastante. Estamos analisando aqui este momento específico da ação do auxiliar -- que pensamos ser supervalorizado pelo médico e que foi ressaltado na entrevista -- no qual ele confrontaria o paciente com a realidade de forma "objetiva e segura". É aí que seu discurso aproximaria-se daquele do psiquiatra.

⁸⁴ Nery, N., (1994) -- membro do grupo APSI que funciona atualmente no RJ -- discutindo a função do acompanhante, formulou esta noção (suposto saber-fazer), ainda que tenha chegado a ela por uma via distinta da nossa, qual seja, a partir de uma discussão teórica do que faz o acompanhante, desde um referencial "Lacaniano".

referenciado a um código de conhecimento científico (médico) e, portanto, mais apto a "conhecer" a doença e a dizer sua verdade. Porém, o efeito da intervenção de cada um destes técnicos, advém, não da "objetividade" das informações que o discurso de cada um veicula, mas da posição que eles vêm ocupar na subjetividade daqueles a quem se dirigem.

Na medida em que se atribui ao auxiliar a função de "conter verbalmente", na prática opondo-se isto à antiga contenção -- "física" -- que oferecia o enfermeiro, abre-se espaço para que se problematize a questão do "saber" do auxiliar e de como a sua palavra entraria para compor a sua intervenção. Trata-se de uma consequência lógica, frequentemente negligenciada. É por um saber que o auxiliar realiza esta contenção. Mas, de que tipo? É preciso que se reconheça aqui que, quando o médico dá preferência ao auxiliar no lugar do enfermeiro, não é pelo fato do primeiro enxergar melhor a "realidade objetiva" do que o segundo. Há toda uma capacidade para um "approach" com o paciente que o psiquiatra espera que o auxiliar tenha e que supõe que o enfermeiro não tem.

No mesmo fragmento "clínico" transcrito, encontramos: "Na volta à casa, um tanto deprimido, reconheceu que sua atitude era absurda e comentou que talvez pudesse presentear a equipe de outra forma ...". Embora não tenha sido enfatizado na entrevista, qualquer auxiliar, já naquela época, consideraria como parte de suas funções o estar junto com o paciente neste momento "lúcido" de "depressão", oferecendo uma "escuta

diferenciada" e dando o apoio de quem sabe que este é um "mal necessário" -- a fase depressiva (Melanie Klein estava em alta na época) -- no caminho de quem precisa amadurecer.

Que o paciente tivesse comentado que poderia presentear a equipe de outra maneira, já teria sido provavelmente uma formulação a que chegou com a "ajuda" do auxiliar, através de um trabalho que envolve uma abordagem do paciente *pela palavra*. Esta abordagem estará referenciada não só aos "dados objetivos da realidade", mas também a aspectos de uma "realidade" que seria mais "psicológica" do paciente, "construída" mais ou menos rigorosamente por noções e conceitos extraídos principalmente da teoria psicanalítica.

Estas "miudezas" da relação entre auxiliares e pacientes, como dissemos, não interessarão tanto ao médico. Que justamente aí haja campo para um trabalho "clínico" dos que acompanham, será matéria de interesse sobretudo destes últimos.

Quanto ao momento histórico que estamos nos referindo os auxiliares poderiam até não ter muita consciência do quanto a psicanálise poderia estar permeando as suas relações com os pacientes. *Mas lembremos que eles (os auxiliares), por seu próprio perfil -- psicanalisados, desejantes de um futuro trabalho como analistas -- tenderão a levar em conta por exemplo o "sentido" de um sintoma, ou a noção de que existe um sujeito do inconsciente*⁸⁵, o que

⁸⁵ Conforme notas 26, 56 e 57 acima.

determinará a direção de sua escuta e mesmo influenciará as eventuais intervenções verbais, ou objetivas que eles possam vir a fazer. Isto entrará muitas vezes em choque as expectativas que têm os médicos e familiares da função dos que acompanham.

Recapitulemos: inicialmente o acompanhamento aparece ligado às propostas de uma psiquiatria social, numa época em que fervilhavam noções e movimentos antipsiquiátricos (década de sessenta, Buenos Aires e Porto Alegre -- vide cap. 2 acima). Efetivamente, a função desempenhada por aqueles que acompanhavam então, era, tomada isoladamente, compatível com o espírito questionador que caracterizava estes movimentos.

Dizemos "tomada isoladamente" porque, desde seu surgimento, o acompanhamento aparece em contextos onde há uma sobreposição ou articulação entre noções e práticas cujos fundamentos, ora parecem "antipsiquiátricos", ora psiquiátricos e outras vezes psicanalíticos. Devemos reconhecer que, a própria interdisciplinaridade e falta de ortodoxia teórica que caracterizavam as propostas da psiquiatria social inglesa e antipsiquiatria, acabaram proporcionando esta sobreposição complexa de diferentes racionalidades.

Mas, se olhássemos para o que faziam e para quem fazia o acompanhamento então, para o lugar desde onde estes se colocavam

ao interagir com os pacientes e, conseqüentemente, para a posição que estes ocupavam nesta interação, perceberíamos o predomínio de uma atitude que poderíamos chamar de "antipsiquiátrica".

Referimo-nos basicamente à busca que então empreendia o auxiliar, por uma certa **simetria** na relação com aquele a quem acompanhava. O próprio termo "acompanhar" poderia indicar esta posição pouco interventiva, no sentido em que traz uma referência implícita, a este "estar junto", co-vivenciando experiências cotidianamente, ao que, lembremos, naquela época, atribuía-se um valor "terapêutico".⁸⁶

Contrastando com a posição "clássica" de saber-poder do psiquiatra, apareciam os atendentes, amigos qualificados etc, que, sendo em geral jovens acadêmicos, ou leigos, encontravam-se em posição bastante diferente daquela que ocupava o primeiro, na relação com os pacientes. Se eles então podiam prescindir do saber acadêmico, era exatamente porque não era suposto que assumissem na relação com os pacientes o lugar de "sujeitos da ciência", o que implicaria imediatamente numa dissimetria na relação -- passando o paciente a ser "o doente" ou, "o

⁸⁶ Acompanhemos Castel :

" A contestação antipsiquiátrica foi assim um ponto de fixação privilegiado de um imaginário político da liberação, vivida na época sob a forma de uma sensibilização exacerbada à repressão. A psiquiatria representou uma figura paradigmática do exercício do poder, arcaica em sua estrutura, rígida em sua aplicação, coercitiva em sua mira. (...). A psiquiatria funcionou como modelo, porque a relação de imposição que ela coloca em operação implica, pelo menos em suas formas tradicionais de exercício, uma desnivelização absoluta entre aquele que age e aquele que padece." (1981, pg. 25).

Mas este "ataque", à posição do psiquiatra na relação com seus pacientes, também pode partir desde um outro referencial; ouçamos o que diz Jacques-Alain Miller: "Há dois perigos para a psicanálise, dizia Freud: os sacerdotes e os médicos. Pois os médicos, desde as origens dos tempos, assim como os sacerdotes, estão em posição de abusar do grande Outro, são as figuras mais antigas e mais poderosas do sujeito suposto saber. (1987, pg. 85). Note-se, quanto a estes dois fragmentos de texto transcritos, como uma crítica a este "abuso de poder" do psiquiatra pode advir tanto de um referencial "antipsiquiátrico" propriamente dito, quanto de um psicanalítico.

psicótico", "o neurótico" etc.

Depois vimos como o acompanhamento aparece na Villa Pinheiros e na Argentina, ligado à iniciativa de psicanalistas que, através de experiências pouco ortodoxas, procuravam utilizar conceitos extraídos da teoria psicanalítica num campo usualmente entregue à iniciativa psiquiátrica: o atendimento a pacientes graves, diante dos quais as iniciativas tradicionais de atendimento via a relação médico-paciente ou analista-paciente, em consultório, ou internação, mostravam-se insuficientes e desalentadoras.

Neste novo momento os que acompanham já são predominantemente estudantes de psicologia, com os acadêmicos de medicina aparecendo em menor número, enquanto os "leigos" progressivamente saiam de cena. Aqui, já não se poderia dizer que a função que desempenhavam fosse tão simplesmente "antipsiquiátrica", na medida em que já começava a haver entre aqueles que a cumpriam, uma atitude mais "técnica", respaldada por uma "compreensão psicanalítica da doença".

Embora permanecesse, em muitos momentos, o tipo de vínculo informal que caracterizava a relação dos que acompanhavam com os pacientes até então, começava a haver uma progressiva informação dos primeiros por conceitos psicanalíticos, sendo que, o atendimento psicanalítico em consultório particular passava a ser, na maioria dos casos, a perspectiva profissional que viam à frente -- o que por sua vez fazia com que a "escuta analítica"

servisse como um modelo ao auxiliar, ou acompanhante terapêutico.

Finalmente concentrando-nos no movimento dos auxiliares psiquiátricos no RJ, mostramos como, após a passagem para a rua dos auxiliares da Villa Pinheiros, o acompanhamento aparece ligado a iniciativa de psiquiatras com "tendências mais tradicionais de tratamento", que procuravam, todavia, alternativas "mais modernas" para tratar seus pacientes.

Se até o momento anterior o interesse e o entendimento de psiquiatras e dos que acompanhavam pareciam convergir, no que diz respeito às funções para as quais eram chamados estes últimos, agora isto começaria, progressivamente, a mudar.

Por um lado apareciam os psiquiatras/psicanalistas, demandando, basicamente, que auxiliares permitissem-nos tratar seus pacientes sem o recurso à internação. Para isto, pretendiam que aqueles tivessem uma atuação "objetiva", de "trazer o paciente para a realidade" (que é a realidade "normal", da cultura em que estão inseridos, ou seja, a realidade do estudo, do trabalho lazer etc.), embora reconhecessem, curiosamente, que para isto ser alcançado era preciso que o auxiliar estabelecesse com o paciente um "vínculo afetivo", ou uma relação "muito próxima", "de confiança" etc. ⁸⁷

⁸⁷ Deve-se sempre levar em conta esta ambiguidade da demanda do psiquiatra. Como se na verdade ele demandasse uma intervenção não tão objetiva do auxiliar, mas não o reconhecesse, ou não pensasse nas conseqüências desta dimensão de sua demanda.

Tudo começa a complicar porque, no início da prática do acompanhamento, no interior de comunidades terapêuticas, não só este vínculo possuía um valor terapêutico em si, como este valor não era dado por aquilo que o auxiliar já pudesse articular de um saber "científico". Agora, na perspectiva daqueles que prescrevem o acompanhamento, ele é apenas *um meio*, para que se consiga aquilo que realmente importa na função do auxiliar: evitar a internação, ou, através de um procedimento baseado na **sugestão**, ou numa pedagogia de base moral, reconduzir o paciente às atividades exigidas por um cotidiano "normal", ao mesmo tempo evitando que ele incorresse naqueles comportamentos que mais se afastassem deste. *Com isso, mantém-se um vínculo que, aparentemente, é o mesmo que antes o auxiliar estabelecia com o paciente, embora agora se o entenda diferentemente -- pelo menos tomando por referência a demanda daqueles que "utilizavam" os auxiliares junto a seus pacientes.*

Mas há, por outro lado, os auxiliares; estes, assim como os psiquiatras, também já não entendem este vínculo tal como antes se o fazia; porém, tampouco o entendem como agora o fazem estes, que prescrevem o acompanhamento. Não se trata de, simplesmente, estabelecer um vínculo intersubjetivo, afetivo, que por si já fosse terapêutico, mas, tampouco, de utilizá-lo como base para melhor suggestionar⁸⁸ o paciente a comportar-se adequadamente. Há agora o "entendimento psicanalítico" ou "clínico" do auxiliar.

⁸⁸ Nos caps. 4 e 8 de seu estudo sobre a psicologia das massas (1921, op. Cit.), Freud mostra a relação que há entre a suggestionabilidade e laços libidinais. O vínculo "afetivo" estabelecido entre o auxiliar e o paciente, pode tornar este melhor suggestionável pelo primeiro.

Devemos reconhecer, todavia, que os auxiliares quando do início de sua prática neste novo contexto, eram ainda muito "verdes", tanto no seu "novo fazer", quanto na maioria das vezes, na própria teoria psicanalítica. Assim, seria falso afirmarmos que o que os guiava na época era um claro entendimento psicanalítico daquilo que se passava com o paciente, ou das relações entre o que faziam e os efeitos que com isso conseguiam promover.

Tentou-se inicialmente transpor para este novo espaço, aquilo que se tinha aprendido e utilizado com "eficácia" empiricamente constatada, com o trabalho feito na Villa Pinheiros. Em vez das regras da clínica, havia agora as determinações do médico, a fornecerem um enquadramento para o tipo de convivência a que se lançavam os auxiliares junto aos pacientes e suas famílias. Além disso, as situações muitas vezes dramáticas com as quais os auxiliares eram postos em contato, exigiam um "tateamento" empírico em busca de soluções que pudessem, pragmaticamente, ameniza-las.

Porém, nos intervalos destes momentos, que podiam exigir uma intervenção mais concreta e objetiva do auxiliar, havia, como dissemos, um **espaço livre** das determinações mais objetivas do médico, ou das urgências impostas pela iminência de um incidente mais grave, a ser explorado em seu "potencial terapêutico" pelo auxiliar. Assim ele o fará, principalmente

pela via de um *manejo*⁸⁹ de sua *relação com o paciente, relação esta construída a partir de uma série de trocas afetivas e discursivas.*

Lembremos que sempre fizera parte da função de quem acompanha, estabelecer um vínculo afetivo e oferecer uma escuta diferenciada ao paciente; isto continua valendo. Entretanto, haverá, a partir de agora, uma tendência do auxiliar a "ler" as trocas significativas, afetivas, discursivas, que ele estabelece com o paciente, como sendo também parte de seu "arsenal terapêutico", porquanto atravessadas por um saber que já não é mais apenas o saber da realidade objetiva ou social; é também um saber "clínico", fortemente atravessado pelo discurso psicanalítico, que ele tem sobre o que se passa ao paciente.

O que permanece, é sempre o vínculo: porém, se para o psiquiatra este deve ser utilizado para facilitar a sugestão direta sobre os sintomas do paciente e/ou para conseguir que este realize as tarefas propostas pelo tratamento, para o auxiliar, o vínculo **passará progressivamente a ser pensado em termos da possibilidade que oferece a ele, auxiliar, de poder promover e participar junto ao paciente de um processo que visa, não simplesmente fazer com que este faça as coisas que supostamente deveria fazer, mas sim que, a partir de um sentido que ele possa dar às suas relações com o mundo, consigo mesmo e com o**

⁸⁹ Sobre isto veja-se por exemplo, Cenamo, Prates e Silva e Barreto, 1991 e Nery e Maia, texto a ser publicado no livro a ser lançado em 1995, como resultado do segundo encontro Paulista de acompanhantes terapêuticos, organizado pelo Instituto A Casa, em SP.

auxiliar, o paciente possa encontrar uma maneira de ser da qual participe como sujeito -- autor de sua história -- e não como objeto, a ser conduzido segundo princípios que lhe são alheios.

Para que o auxiliar chegasse a esta posição, pensamos que foram fundamentais alguns fatores: as origens desta prática, quando havia uma valorização do discurso da loucura e da escuta que os que acompanhavam ofereciam aos pacientes; o atravessamento de sua prática pelo saber psicanalítico; a mudança no perfil do auxiliar e o tempo em que permanece fazendo acompanhamento, o que o leva a problematizar mais amplamente a relação que estabelece com sua atividade -- a partir da "passagem para a rua", o auxiliar passa a fazer acompanhamento por um tempo bem mais longo, embora não como opção definitiva de carreira profissional; finalmente, pela constatação "empírica" de que há um limite para as determinações mais objetivas que lhe são prescritas pelo médico.

Quanto a este último ponto, contribuindo para que esta constatação fosse problematizada, houve o fato dos médicos e analistas que chamavam auxiliares passarem a fazê-lo, muitas vezes, para pacientes "fora de crise", ou mesmo para os momentos pós-crise dos pacientes já atendidos por seus "auxiliares", quando então uma "ação mais objetiva" destes últimos chegaria a impasses mais evidentes.

Passaremos a ver, no próximo capítulo como este impasse

entre os auxiliares e aqueles que demandavam por seus serviços foi tematizado na pequena literatura que pudemos encontrar sobre o tema e também por documentos e relatos que testemunham a trajetória histórica dos principais grupos que passaram a fazer este tipo de acompanhamento -- não ligado a um estabelecimento psiquiátrico ou parapsiquiátrico -- no RJ, a partir do final da década de setenta.

CAPÍTULO 4

A PASSAGEM PARA A RUA DOS AUXILIARES PSQUIÁTRICOS DA VILLA PINHEIROS: A PERSPECTIVA DOS AUXILIARES

A trajetória dos grupos que passaram a fazer acompanhamento no RJ foi marcada, na década de oitenta e início de noventa, por uma progressiva inquietação em relação ao estatuto teórico e institucional de sua prática. Uma das consequências mais notáveis disso foi o fato de aqui, nesta cidade, também ter aflorado um movimento que reivindicava a troca do nome pelo qual são conhecidos aqueles que acompanham, ao mesmo tempo em que o reconhecimento do caráter clínico que possuiria a prática do acompanhamento.

Mostramos no capítulo dois como isto já acontecera na experiência dos acompanhantes do CETAMP em Buenos Aires. Lá e naquela época, este deslocamento pode-se fazer sentir, também, por um movimento dos então chamados "amigos qualificados" no sentido de passarem a ser reconhecidos como "acompanhantes terapêuticos" (ver cp. 2).

Veremos que, na experiência dos auxiliares psiquiátricos aqui no RJ, este movimento pela "troca de denominação" passa também pela reivindicação de que se reconheça o caráter clínico⁹⁰ de seu trabalho. Ao mesmo tempo, mostraremos como isto

⁹⁰ Para além do que seria uma clínica psiquiátrica.

foi paralelo a uma discussão em torno da "institucionalização" do acompanhamento como atividade "PSI" reconhecida, que passava necessariamente por uma discussão da identidade profissional e do saber do acompanhante.

Quando do início da prática de acompanhamento, no interior das comunidades terapêuticas, não havia tanto espaço para questões deste tipo, na medida em que o atendente, amigo qualificado, ou seja lá como ele fosse chamado, parecia destinado a garantir sobretudo um espaço terapêutico à margem dos saberes e práticas psiquiátricos ou psicoterapêuticos tradicionais. Havia então todo um clima de questionamento de antigas identidades e de uma certa prevenção quanto à conveniência de identidades muito bem instituídas, conforme a orientação que caracterizava as propostas de uma psiquiatria social ou antipsiquiatria (ver capítulo 1 acima).

Na Argentina, o acompanhamento parece ter passado deste momento inicial para outro em que seus agentes apareciam com a tal reivindicação pelo caráter clínico de sua prática. Já no RJ a coisa não se deu desta forma. Entendemos que teria então havido um período intermediário, onde os que acompanham apareceram -- um tanto forçadamente -- associados a uma função que era condizente com o nome que lhes foi dado: *auxiliares psiquiátricos* (dado, diga-se de passagem, justo no momento em que surgiram na Villa Pinheiros, uma "comunidade terapêutica de orientação psicanalítica").

O deslocamento à clínica destes auxiliares e a preocupação quanto à definição de sua identidade, deu-se por uma progressiva des-identificação com esta função psiquiátrica a qual ele foi, durante um certo tempo, associado.

A partir da experiência "de rua" iniciada por certos psiquiatras e pelos auxiliares da Villa Pinheiros (conforme cap. 3, acima), formou-se o primeiro grupo de auxiliares psiquiátricos do RJ, o EAP (Equipe de Acompanhamento Psiquiátrico) e, ao longo da década de oitenta, outros grupos foram se formando.

Estes grupos quase sempre apresentavam fortes traços de informalidade, em nenhum caso chegando a tornarem-se pessoa jurídica e a atingir um estatuto institucional mais elaborado. Muitas vezes os que acompanham serão "free lancers", trabalhando especificamente com os pacientes de um psicanalista ou psiquiatra em particular.

Mesmo quando são formados grupos, apenas em umas poucas experiências⁹¹ estes trabalharam com um número maior do que dois ou três médicos. Haverá mesmo situações em que os grupos de acompanhamento terão não mais do que cinco ou seis membros,

⁹¹ Já na década de noventa, os membros de um recém criado grupo de acompanhamento, formado por cinco pessoas, todas estudantes de psicologia, ou psicólogos formados, dizem-nos que seu grupo atende basicamente aos pacientes de um mesmo psiquiatra, tendo, entretanto, supervisão com um psicanalista; reclamarão, como a maioria dos que então fazem acompanhamento, das dificuldades de fazer o psiquiatra entender a atuação do acompanhante dentro de uma perspectiva mais "clínica". O fato de terem supervisão com um psicanalista enquanto atendem às demandas de acompanhamento formuladas por um médico psiquiatra, mostra bem o drama dos acompanhantes que, embora identificados com a psicanálise, precisam dos psiquiatras para sobreviver. Será um desafio difícil para a maioria dos grupos de acompanhamento tentar reverter esta situação.

trabalhando basicamente com os pacientes de um mesmo psiquiatra. As iniciativas para modificar este tipo de situação, frequentemente não serão bem sucedidas terminando com o fim das atividades do grupo, antes que uma maior modificação tivesse sido conseguida. Deixemos que falem de suas experiências os que acompanhavam então.

Em 1984 foi realizado o primeiro encontro de acompanhantes terapêuticos do RJ. Neste encontro, seria oficializada entre os auxiliares a decisão de passarem a chamarem-se *acompanhantes terapêuticos*. O evento foi organizado pelos seguintes grupos de acompanhamento: APSI (Grupo de Auxiliares Psiquiátricos); EAP (Equipe de Acompanhamento Psiquiátrico -- depois de 1983 Equipe de Acompanhamento Psicoterapêutico); EQUIPSI (Equipe de Acompanhamento Psiquiátrico), GRAP (Grupo de Acompanhamento Psiquiátrico), e pelos grupos SOL e OFICINA.⁹²

Hoje, passados dez anos deste encontro, apenas um entre estes grupos permanece em atividade: O GRAP, fundado em 1982. O primeiro e maior de todos estes grupos, O EAP, acabou "rachando" em 1987, dando origem a dois novos grupos, o GRÃO e O APSI (Atendimentos Psicoterapêuticos, não o mesmo APSI que participou da organização deste encontro). Entre estes últimos, apenas o segundo permanece em funcionamento até hoje.

⁹² Logo falaremos mais em detalhe da trajetória histórica do EAP e do GRAP, grupos que atingiram um nível de formalização ou institucionalização maior.

Um texto organizado por membros de alguns dos grupos que participaram do evento, faz uma síntese do que teriam sido os principais temas do encontro. Primeiro, há a questão da identidade daquele que acompanha:

"A dificuldade começa com a variedade de nomes com que somos identificados: amigo qualificado, auxiliar psiquiátrico, acompanhante terapêutico, ego auxiliar; o que mostra de alguma maneira a nossa fragmentação como profissionais.(...). Surge a seguinte questão: não estaríamos nos prendendo muito ao terapeuta? Seríamos um par do terapeuta? Faríamos um trabalho auxiliar ao deste último, um trabalho secundário? Pensamos que se trata de um trabalho paralelo ao de outros profissionais; e desta maneira não estaríamos auxiliando nenhum profissional em particular.(...), nosso trabalho não é reconhecido como profissão, no entanto temos uma função específica que justifica o

acompanhante ser reconhecido como profissional. Daí a necessidade de pensarmos teoricamente sobre nossa prática para que o nosso trabalho seja um complemento diferenciado do trabalho do terapeuta. Desta forma teríamos algo a dizer aos terapeutas que nos procuram e não nos restringiríamos a receber regras das quais muitas vezes discordamos". (Ibrahim, C. M., Meyer, M.C., Wasserman, P., Pamperrien, S.V., Coelho, R., 1984 Arquivos EAP).

Portanto, a questão da identidade daquele que acompanha é pensada por referência a estas questões principais: o estatuto profissional desta prática; o estatuto teórico; o lugar do acompanhante na relação com o terapeuta e com o paciente.

Mas os autores levantam também a questão do acompanhamento em relação à prática psiquiátrica clássica. Vejamos:

"Será que somos a repetição da instituição? Isto está relacionado com a nossa visão do que seja a loucura. O acompanhante pode realmente ser

um braço da instituição, caso ele se veja como aquele que vai levar a saúde: ele é o saudável e o outro, o louco. Existe uma exigência por parte dos psiquiatras que nos chamam e das famílias dos pacientes que acompanhamos, no sentido de que adotemos uma postura de psiquiatras clássicos." (ibid, grifos nossos).

Tipo de discurso que está bastante de acordo com a ideologia que vigorava no contexto de surgimento do acompanhamento: as comunidades terapêuticas. Se este referencial "ideológico" permaneceu influenciando a prática de acompanhantes, foi na medida em que o acompanhante jamais se identifica com esta posição que aqui é associada ao psiquiatra clássico e que remete o paciente à posição de "objeto" a ser "dirigido"⁹³. O acompanhante sempre priorizará uma atitude que procura respeitar as produções da subjetividade do suposto louco. Frizamos isto porque, tendo em vista um certo discurso que coloca que a intervenção daquele que acompanha é objetiva (conforme cap.3 acima), consideramos que esta posição e/ou tendência dos acompanhantes é potencialmente problemática para o existência da prática que começou a ser desempenhada no RJ, após

⁹³ O interessante é que, nesta perspectiva, também o auxiliar/accompanhante é remetido à posição de objeto do psiquiatra, tendo sua história atrelada ao discurso psiquiátrico.

o fechamento da Villa Pinheiros. A passagem ao uso do nome "acompanhante terapêutico" em substituição a "auxiliar psiquiátrico" fala a favor desta hipótese.

Num têxto em que procura traçar um breve histórico da função do auxiliar psiquiátrico no RJ, Ibrahim (1991) nos dá a sua versão da que seria a principal diferença entre o auxiliar psiquiátrico e o acompanhante terapêutico.

O primeiro, seria aquele que faria o trabalho dentro do estabelecimento psiquiátrico ou mesmo já fora deste, mas conservando ainda as mesmas funções de antes; o segundo seria aquele que, desde este novo espaço a que vem ocupar para desempenhar sua função -- a rua e a casa do paciente -- tem uma intervenção eminentemente clínica, não apenas junto ao paciente, mas, talvez principalmente, também junto à família deste.

Referindo-se ao acompanhamento dentro da clínica, Ibrahim nos diz:

"..., constatava-se que, além dos cuidados físicos e da utilização da farmacoterapia, elementos tradicionais da enfermagem psiquiátrica, um acompanhamento mais criterioso dos pacientes mostrava-se necessário, onde a relação

afetiva interpessoal assumia importância capital. (...). Assim, o auxiliar psiquiátrico de então, desenvolvia uma complexa atividade que se propunha a oferecer mais do que a tradicional função calcada no tripé: proteção, vigilância e contenção, que caracterizava as instituições clássicas." (1991, pg. 44)

Quando do início desta atividade fora do estabelecimento psiquiátrico, Ibrahim aponta que teria havido uma mera transposição deste antigo modelo para o novo espaço:

"... dessa forma, apesar de, nesse período inicial fora da instituição, o trabalho do auxiliar psiquiátrico caracterizar-se pelo estabelecimento de um vínculo emocional significativo com o paciente, ele ainda assim apoiava-se na idéia do tripé proteção-vigilância-contenção, uma vez que considerava o indivíduo doente." (pg. 46)

Ainda sobre este período, ele continua ...

"O acompanhante era, pois, um misto de companheiro e enfermeiro que administrava a medicação, confidente, censor, conselheiro, elo de ligação entre terapeuta e paciente, ego auxiliar e eventualmente até superego auxiliar. Ou seja, o acompanhante se constituía quase em uma "persona" auxiliar, capaz de suportar a fragmentação vivida pelo indivíduo enfermo."
(pg. 47)

Este seria, pois, ainda um momento do chamado auxiliar psiquiátrico.⁹⁴ Para que houvesse a passagem ao acompanhante terapêutico, deveria acontecer uma articulação do amadurecimento da prática do auxiliar neste novo espaço, com uma mudança no "perfil" daqueles que a fazem:

"... as experiências foram então se sucedendo com resultados

⁹⁴ Nossa leitura difere da de Ibrahim quanto a isto. Efetivamente, consideramos que com a passagem para a rua dos auxiliares da Villa Pinheiros teria havido uma psiquiatrização da função para a que eram chamados auxiliares (conforme capítulo 3). A leitura de Ibrahim parece supor um contínuo progresso da atividade do acompanhante em direção a sua forma melhor acabada, a qual se chegaria pelo aprimoramento do conhecimento acerca do que se passa aos sujeitos a quem ela é oferecida.

animadores.(...). Concretamente, havia uma prática "extra-oficial"⁹⁵ para se lidar com a crise psíquica(...). Desta forma, com a crescente difusão do trabalho, a formação do acompanhante passou por uma depuração" (ibid, pg.47).

Ibrahim aponta para o fato desta função começar a ser progressivamente feita por uma maioria de estudantes e depois profissionais ligados à área psi, ao contrário do que acontecia no início, quando, por exemplo, a equipe permanente de auxiliares da Villa Pinheiros era composta basicamente por "leigos" ...: "Ao amadurecimento obtido pela própria experiência do dia a dia foi somando-se a compreensão psicodinâmica obtida a nível teórico". (pgs. 47/48). Aqui acrescentamos, que esta "compreensão teórica" é basicamente psicanalítica, o que aliás é verdadeiro também para a experiência da Argentina (vide cap. 2).

Fica claro que, para o autor, a passagem ao acompanhante terapêutico se dá por este amadurecimento teórico/clínico do auxiliar, que portanto deixaria de cumprir "apenas" com as antigas funções da enfermagem e de estabelecimento de um vínculo emocional significativo, para tornar-se um *clínico*, atuando num

⁹⁵ Este caráter "extra-oficial" da prática do acompanhamento é algo que talvez não seja apenas decorrente de sua "juventude". Como se o o espaço de atuação daquele que acompanha fosse o desta "extra-oficialidade". Seria interessante articular-se isto com o fato dos pacientes acompanhados serem geralmente aqueles que vivem à margem das práticas sociais "oficiais-normais".

novo campo e pautando suas intervenções em uma compreensão teórica do que se passa ao paciente e da dinâmica familiar onde este encontra-se inserido (conforme *ibid*, pgs. 48/49). Vimos que algo semelhante se dera na experiência argentina:

"A história do papel do at. tem aproximadamente quinze anos. Numa primeira etapa, Eduardo Kalina optou por chamá-lo de "amigo qualificado". A mudança de denominação não foi um fato trivial. Implicou uma mudança quanto a delimitação e ao alcance do papel. Fundamentalmente, a nova atribuição surgiu a partir da experiência clínica das pessoas que começaram a trabalhar nesta função" (Mauer e Resnizky, 1985, pg.39).

A diferença entre o amigo qualificado e o acompanhante terapêutico, seria decorrente do amadurecimento clínico deste último, que incide sobre o alcance do papel que ele vem desempenhar.

Vejamos agora um trecho que encontramos no livro⁹⁶

⁹⁶ O livro traz uma coletânea de textos que tratam apenas de acompanhamento terapêutico.

organizado pelo pessoal do Instituto A Casa, de SP e que toca brevemente nesta mudança de nome, que também atinge a sua equipe de acompanhantes. Referindo-se à proposta de criação daquele que viria a ser o hospital dia A Casa,⁹⁷ Carrozo (1991) relata:

"Já havíamos todos sido marcados pelas instituições psiquiátricas asilares, o que tornava básico nosso esforço contrário à internação. O tratamento deveria cursar mantendo o paciente dentro de sua pertinência social. Na prática isto nos fez investir em dois recursos que não estavam assim pensados desde o começo. []. Um deles foi o que no princípio chamávamos de "amigos qualificados", e que veio a se constituir nos "acompanhantes terapêuticos" de hoje. Foi um serviço criado a partir da necessidade de ampliar nossa capacidade de continência para além do período (9:00 h às 17:00 h) que compreendia os trabalhos no hospital dia. Após

tendo sido organizado a partir do Primeiro Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos, ocorrido em 1989 e organizado pelo Instituto A Casa, com sede em SP.

⁹⁷ Carrozo situa esta experiência no ano de 1979 (ibid).

algum tempo vimos que este nome -- "amigos qualificados" -- dava margem a confusões e não expressava claramente aquilo que fazíamos. Mudamos o nome para "acompanhantes terapêuticos": termo não mais definido por continência oferecida (amizade), mas sim, por uma ação, uma ação junto a outra pessoa: o acompanhar." (1991, pg. 32)⁹⁸

Note-se que aqui a mudança de nome aponta para uma nova perspectiva de entendimento da função que *já desempenhavam* os amigos qualificados: se num primeiro momento a função destes era tida praticamente como uma extensão da continência (acolhimento) oferecida pelo espaço do hospital dia, depois ela passa a ser entendida como propiciando um efeito terapêutico que lhe é específico.

Há aí a diferença entre a função do acompanhante definida "negativamente", no sentido de ser entendida por referência à função cumprida pelo espaço do hospital dia, e sua função como possuindo uma positividade, não mais apenas prolongando a função do hospital dia nos momentos em que este não pode ser utilizado.

⁹⁸ Dá o que pensar esta mudança de nome ter se dado nestes três centros de maneira aparentemente independente. Entendemos que o que possibilita isto é o fato de em todos eles o acompanhamento ter surgido de uma articulação entre estas duas grandes disciplinas: a psiquiatria e a psicanálise. Isto por um lado explicaria esta tendência à clínica desta prática e, por outro, o lugar "delicado" que fica reservado ao acompanhante: o desta intersecção complexa entre a psiquiatria e a psicanálise.

Não podemos depreender do trecho transcrito, que teria havido uma mudança na função do "acompanhante terapêutico" em relação à função do "amigo qualificado", mas sim que se teria encontrado um termo mais adequado para nomear àqueles que desempenhavam a função de acompanhar.

Outro membro participante do trabalho do hospital dia "A Casa" dirá:

"Este termo ("amigo qualificado") provocava uma confusão de difícil esclarecimento: efetivamente, uma mensagem falsa era constantemente enviada. Uma denominação mais precisa poderia encontrar um nome que indicasse a proximidade do vínculo, a função acolhedora do trabalho, mantendo explícita uma diferença de lugares (sem que isto implicasse numa diferença hierárquica), e ainda, pudesse focar uma ação realizada não só ao nível do discurso. Escolheu-se o termo "acompanhante terapêutico." (Fulgêncio Jr., 1991 pg. 233).

O trecho reforça a nossa tese de que a mudança de nome, nesta experiência de SP, obedeceu antes à procura por uma denominação mais adequada à função que desempenhavam os "amigos qualificados".

Vejamos que, tanto na experiência argentina quanto na de SP, a passagem se deu do "amigo qualificado" ao "acompanhante terapêutico", parecendo-nos menos "abrupta" que a do RJ, que vai do "auxiliar psiquiátrico" a este último. Os textos que tematizam esta última mudança, procuram sempre marcar bem a diferença entre as funções desempenhadas pelos dois, tal como procurou fazer Ibrahim no texto citado acima.

Numa pequena publicação interna do grupo EAP do RJ, encontramos uma entrevista com um ex auxiliar psiquiátrico, em que aparece rapidamente tematizada a trajetória da função daquele que acompanha. Embora não faça referência à passagem ao "acompanhante terapêutico", ela ilustra bastante bem aquilo contra o que os auxiliares do RJ se "rebelariam", terminando por buscarem uma nova denominação:

"O auxiliar psiquiátrico naquela época não tinha ainda nenhum estatuto, nenhuma identidade profissional; era característico de um estágio, transitório; ninguém se reconhecia profissionalmente como auxiliar psiquiátrico.⁹⁹ Tampouco era

⁹⁹ Note-se como aqui, dependendo da época ou do contexto em se estivesse fazendo o acompanhamento, poderia-se colocar um sinal positivo ou negativo: Conforme conceitos como "role diffusion" (ver Cooper, op. Cit.), esta falta de estatuto ou de identidade

reconhecido pelos demais membros do corpo técnico, médicos etc. Em outras palavras, o auxiliar psiquiátrico era ao mesmo tempo uma espécie de intrumetido, de aprendiz, que dava uma ajuda como uma ama-seca, uma "babá", que tivesse feito um curso. (...). Havia uma desconfiança muito grande em relação ao auxiliar; enquanto ele era um cara que fazia observações que podiam ser úteis, ou tomava conta do paciente no sentido dele não fazer "besteiras", tudo bem. Agora, no momento em que ele entrava com algum tipo de intervenção mais autônoma, discordante ou concorrente com a do médico, aí criava problemas."

Trecho bastante representativo do impasse que passou a ser vivido pelos auxiliares/acompanhantes. Um versão rápida e confortável frequentemente escutada na hora que acompanhantes queriam apresentar o seu trabalho, concluiria da seguinte maneira: "... hoje os auxiliares são profissionais qualificados, respeitados dentro da equipe "interdisciplinar" que se forma, exercem uma função terapêutica, possuem um saber etc ...".¹⁰⁰

E no entanto, naquele mesmo ano em que o entrevistado falou à EAP (1986), tudo isto continuava a acontecer; esta situação mudou muito mais rapidamente na "fala" do acompanhante, do que no contexto prático em que se desenrolava um

profissional poderia ser considerada como desejável para um contato efetivamente "terapêutico" com os pacientes. Na época da "passagem para a rua", isto transforma-se numa falta, uma falha a ser corrigida, ou imaturidade a ser trabalhada.

¹⁰⁰ Numa carta de apresentação do grupo EAP, destinada aos médicos principalmente, encontramos :

"A EAP (Equipe de Acompanhamento Psicoterapêutico), é composta por trinta e seis profissionais, psicólogos e psiquiatras. Hoje nos chamamos acompanhantes terapêuticos (no passado auxiliares psiquiátricos) porque cada vez mais procuramos junto com o psiquiatra e o terapeuta de família, formar uma equipe de trabalho para maior eficácia terapêutica... (1986, arquivos EAP/APSI).

acompanhamento. E realmente, uma tal mudança não poderia se dar de um momento para o outro. O interessante é que, mesmo sem tê-la concluído, os auxiliares começariam a falar dela como se fosse um fato realizado -- quase sempre desagradavelmente contrariado na hora da prática. Como se tivessem optado por lançar uma "palavra de ordem", na esperança de que ela trouxesse a reboque as modificações que anunciava, ao invés de partirem para uma efetiva problematização das contradições para as quais suas reivindicações apontavam e/ou poderiam fazer emergir.¹⁰¹

Mas enquanto isto não acontecia, as contradições que se parecia querer tratar como se não mais existissem, permaneceriam fazendo-se sentir aos que acompanhavam, na forma de um mal estar difuso, que perpassaria os diversos níveis de ação do acompanhante: a relação com o profissional que solicita os seus serviços, a relação com o paciente e sua família, a relação que estabeleciam com a sua própria prática.

Alguns fatores determinariam que este processo de passagem ao acompanhante terapêutico não fosse tão rápido quanto pretendiam os que acompanhavam. Primeiro (não em ordem de importância), havia o desinteresse do médico por esta questão. O psiquiatra estava tranqüilo quanto àquilo que queria do auxiliar. Se havia insatisfação, era por parte deste último. Os auxiliares quase sempre foram sensíveis, entretanto, à

¹⁰¹ Se por um lado poder-se-ia aqui acusar os acompanhantes de um certo "cinismo", por outro deve-se reconhecer que este "falar de si mesmo" como um "acompanhante", produziu efeitos que se fariam notar com o passar dos anos. No mínimo ao tornar mais incômoda a distância entre o que se falava e o que se fazia, colocando também um outro "horizonte" para a prática do acompanhamento.

possibilidade de que o psiquiatra, uma vez apresentada a ele a sua nova proposta, tivesse diminuído o seu interesse por trabalhar com acompanhamento.

Eles poderiam até dizer: "Taí, bastante bom, concordo com vocês, o trabalho de vocês têm a maior importância". Mas na hora da prática isto não se dava assim e aí ficaria mais complicado se o acompanhante quizesse apontar esta contradição, no momento mesmo em que ela se revelava. O médico poderia então mostrar-se afrontado, ou mostrar seu descontentamento da maneira mais sutil e temida pelos acompanhantes: simplesmente desinteressando-se do trabalho deles.

Várias eram as situações em que estas contradições podiam manifestar-se: o médico poderia tomar iniciativas importantes em relação ao paciente, sem antes discutí-las com os acompanhantes, como por exemplo, internar o paciente ou diminuir o acompanhamento; aceitar que um dos membros da equipe de acompanhantes seja substituído a pedido do paciente ou da família deste etc.

Quando o psiquiatra toma decisões como estas -- sobre temas que concernem diretamente aos acompanhantes -- sem discuti-las com estes, ele está tratando-os como seus "objetos"; prescrições suas, tal como os psicofármacos. Em maior ou menor grau, isto esteve presente na maioria das vezes em que acompanhantes e médicos tiveram que trabalhar juntos, no contexto da prática que estamos discutindo. Como se os que os

chamavam em seus "auxílios" tivessem pouco tempo e disponibilidade para escutar o que tinham a dizer os acompanhantes. É muito sutil determinar até que ponto os psiquiatras não indicam mais pacientes por falta de casos que demandariam acompanhamento, ou por não poder mais utilizá-los da maneira como gostariam.

A opção dos acompanhantes foi, pelo menos numa boa parte dos casos, trabalhar esta questão "estrategicamente"¹⁰² no seio da equipe terapêutica. Se "batessem de frente" com os médicos, não haveria mais acompanhamento. Assim, aceitava-se as suas demandas -- dentro de um certo limite -- e o resto ia-se trabalhando aos poucos, conforme fosse o caso e "conforme as diferenças fossem pintando". Enquanto isto, sempre surgiriam oportunidades para que o auxiliar/acompanhante pudesse ir desempenhando o seu "novo" papel.¹⁰³

¹⁰² Não apontando para o que seria um "abuso de poder" do psiquiatra, mas sendo "políticos", "estratégicos", para conseguir aquilo que queriam.

¹⁰³ Numa entrevista concedida em 1992, uma acompanhante do grupo GRAP (grupo de acompanhamento psicoterapêutico), "fundado" em 1982, no RJ, dá-nos o seguinte depoimento :

"... uma psiquiatra trabalhando conosco internou uma paciente sem nos avisar. Ela que nos chamou para o trabalho, mas acho que começou a aparecer uma espécie de rivalidade. Ela era psiquiatra e psicanalista desta paciente. Começamos a sentir que estávamos fazendo acompanhamento dela também. Ela era mais um elemento que nós tínhamos que "analisar junto com tudo". Nós éramos estratégicos, não falávamos de "peito aberto", de colega para colega, mesmo quando achávamos que ela estava se embolando toda. Até que finalmente ela internou a paciente daquela maneira, quando na prática nós sempre falávamos em formarmos uma equipe terapêutica. Acho que foi uma rivalidade. Em que nível ela tinha consciência disso eu não sei. Acho também que nós "vacilamos" em não marcar mais claramente para ela que queríamos que formássemos uma "equipe terapêutica". A coisa ficou meio solta, como se fosse o trabalho dos Ats por um lado e o dela por outro. Mas na verdade não era isto, porque ela é que decidia junto à paciente quando o acompanhamento ia aumentar ou diminuir, por exemplo. Quando nos falávamos por telefone ela dizia: "voce que sabem"; mas, pela paciente, nós sabíamos que não era assim. Isto nos criava problemas pois tínhamos que "ter jogo de cintura" para não expor à paciente e sua família esta "falta de entrosamento". Muitas vezes inclusive, sustentávamos que a paciente fosse à psiquiatra, quando ela não mais queria ir. Sentíamos que a psiquiatra/psicanalista tinha uma idéia do acompanhamento como uma "atividade" para o paciente, uma coisa que no surto foi muito importante mas que, depois que a paciente acalmou deixou de sê-lo."

Este longo depoimento é representativo do impasse com que se defrontaram os "auxiliares psiquiátricos", quanto às suas pretensões de serem tratados e reconhecidos como "acompanhantes terapêuticos" e, ao mesmo tempo, da maneira política e/ou estratégica com que tiveram que -- ou optaram por? -- enfrentá-lo.

Deve-se ainda ressaltar um aspecto não indicado pela acompanhante: quando ela diz que "a psiquiatra pensava o acompanhamento como uma atividade para o paciente...", acrescentaríamos "sim, mas uma atividade prescrita pela psiquiatra". Os acompanhantes então são utilizados como se fossem "remédios", o que aponta para aquilo que vimos sinalizando ao

Além disso, é importante levar em conta que, no início da fase que estamos chamando aqui de "passagem para a rua" dos auxiliares da Villa Pinheiros, as propostas de médicos e auxiliares não eram ainda problematizadas. E no entanto, muitos dos mesmos auxiliares que participaram desta fase inicial, atingiram um outro grau de formação e expectativa profissional enquanto ainda faziam acompanhamento, o que os levaria a mudar de atitude em relação à esta prática, na medida mesmo em que iam desempenhando.

Outros fatores retardariam ainda a efetivação, na prática, das mudanças que queriam os agora "acompanhantes terapêuticos". Continuemos com a entrevista da publicação interna da EAP:

"... aconteceu o seguinte: ele¹⁰⁴ de fato começou a ficar muito mais presente e muito mais constantemente com o paciente. E acabou criando contradições sérias; porque o médico, digamos, aparecia duas vezes por semana com hora marcada, enquanto que o auxiliar ficava muito mais solto ali, (...) pelo fato do auxiliar psiquiátrico se apresentar ao paciente sem uma demarcação profissional muito nítida e por não dispor naquele momento de uma técnica que criasse um percurso já definido de papo, enfim, por ser algo assim mais despojado, ele, num certo sentido, acabava captando muito mais informação."¹⁰⁵ (...) havia realmente

longo de nosso trabalho: a dimensão subjetiva do trabalho do acompanhante é "negligenciada" pelo psiquiatra. No caso deste também assumir o lugar de psicanalista, poderíamos dizer que o que ele "recalca" é a dimensão "transferencial" do trabalho dos acompanhantes.

¹⁰⁴ O auxiliar.

¹⁰⁵ De fato mas, o que podia ou pode fazer aquele que acompanha com tanta informação, é questão que merece maiores esclarecimentos até hoje.

preocupação com a pessoa, havia emotividade, raivas, penas, admirações, tudo isso".

Apesar de tentarem conferir à sua prática um outro estatuto profissional e teórico, os acompanhantes nunca deixaram de lado este aspecto de sua prática que vem desde o tempo em que era feito dentro das comunidades terapêuticas: esta "coisa" meio solta, meio sem lugar, que em certos momentos parece colocar o auxiliar numa relação de simetria com seus pacientes que, lembremos, não são "doentes" quaisquer, mas "loucos". Simetria que coloca aquele que acompanha, portanto, numa posição "delicada", no que diz respeito à tentativa de delimitação do que seria o "saber" ou o "lugar" do acompanhante.¹⁰⁶

Por outro lado, o enquadramento em que passa a transcorrer a relação "terapêutica" do acompanhante com seu paciente (fora da clínica e sem qualquer tipo de ligação contratual a esta), é o que de menos definido poderia haver, em termos do que costuma ser reconhecido como uma "relação terapêutica". Soma-se a isso a variedade e a gravidade dos casos atendidos, historicamente resistentes às técnicas psicoterapêuticas e o múltiplo contato do acompanhante em cada caso -- com paciente, familiares, empregados, psiquiatra, psicanalista etc.

São pontos que certamente tornaram mais complicada uma

¹⁰⁶ Cooper (1978), dirá sobre os acompanhantes: "Jovens sensíveis, frequentemente de formação universitária (e frequentemente julgados pelos funcionários como um tanto malucos, senão inequivocamente corrompidos), os quais seriam capazes, sem ter de se preocupar com um futuro na carreira de enfermagem, de se permitir uma aproximação à experiência dos pacientes desintegrados." (citado em Meyer, 1991, pg. 222).

teorização sobre o tema, ainda mais porquanto fossem os acompanhantes quase sempre iniciantes na teoria e na prática de teorizar. Há também o fato do acompanhamento continuar sendo feito como uma etapa passageira na carreira profissional destes "psicólogos e psiquiatras acompanhantes". A difícil atividade de teorizar sobre uma prática "nascente", pareceria exigir demais do tipo de relação que os acompanhantes, neste particular, continuaram mantendo com sua atividade .

Num outro texto que procura estabelecer algumas distinções entre as funções do auxiliar e do acompanhante, encontraremos alguns pontos em comum com o que temos trabalhado dos textos anteriores.

Os autores colocam como práticas freqüentemente associadas à tarefa de auxiliares psiquiátricos, "... segurar e conter pacientes, cuidar, proteger, vigiar, fazer plantões noturnos, agüentar crises agudas" (Fortes e Starling¹⁰⁷, 1992, pg.6). Frisam que se no início as equipes de acompanhamento carregavam

"... a ideologia asilar, como a contenção, proteção e vigilância, (...), aos poucos os grupos foram reformulando seus conceitos. De auxiliares psiquiátricos seus membros

¹⁰⁷ Psicanalistas, ex-membros do grupo GRAP (Grupo de Acompanhamento Psicoterapêutico) que funciona no RJ desde 1982.

passaram a denominar-se
acompanhantes terapêuticos".
(ibid, pg. 2).

Quanto à função dos acompanhantes, seguindo o texto, esta implicaria num

"... aventurar-se, expor-se, entrar em um campo minado. Para isso precisamos apresentar-nos diferenciados dos pacientes (...) a partir de um estudo aprofundado da dinâmica do processo terapêutico, além de uma aguda perspicácia clínica e um sentido de "timing" onde estejamos familiarizados com os processos inconscientes e as tarefas transferenciais." (ibid, pg. 3).

Novamente, encontramos aqui a noção de que seriam duas funções distintas, a do auxiliar e a do acompanhante. A diferenciação entre as duas é traçada em termos de um "afastamento" da "ideologia asilar", associado a um aprimoramento teórico/clínico do acompanhante.

Seria novamente a questão do "passo além", em direção a

uma "postura clínica", abandonando uma posição que pareceria implicar apenas no cumprimento de certas tarefas objetivas, tais como conter, vigiar etc. Observe-se que processos inconscientes e transferência, são conceitos que apontam para um estreitamento de laços com a psicanálise. Entretanto, atente-se também para o uso de expressões como "aventurar-se, expor-se, entrar num "campo minado" ...", que apontam para o que seria uma especificidade da prática do acompanhante: um contato mais "cru" com os pacientes, menos intermediado por saberes e "settings" terapêuticos bem estabelecidos.

Ao mesmo tempo encontramos a noção de que o acompanhante deve aparecer diferenciado do paciente, o que sugeriria que não é a uma relação de simetria com o paciente que o acompanhante deve visar. Recusa de uma atitude psiquiátrica, mas talvez também de uma "antipsiquiátrica", na medida em que acompanhantes parecem querer reconhecer-se como clínicos, possuidores de um saber e de uma "técnica terapêutica".¹⁰⁸

.....

Dos grupos de acompanhamento que foram se formando no RJ, o já extinto EAP foi o primeiro a surgir e o GRAP é o mais antigo em funcionamento hoje. Acompanhem em linhas gerais de que maneira as questões que viemos discutindo refletiram-se na atividade institucional destes grupos.

¹⁰⁸ Porém, poderíamos pensar, de acordo com aquilo que viemos discutindo, que este "diferenciar-se do paciente" poderia dizer respeito também à necessidade do auxiliar ou acompanhante deixar de ocupar a posição de objeto, passando a ser o autor de sua própria história.

O EAP

Inicialmente *Equipe de Acompanhamento Psiquiátrico*, o EAP foi sendo constituído aos poucos, a partir do trabalho feito pelos auxiliares que começaram a fazer acompanhamento junto aos pacientes de um psiquiatra e alguns de seus colegas mais próximos, por volta de 1974, época em que ainda funcionava a Villa Pinheiros (ver cap.3). Inicialmente, este grupo de auxiliares não possuía contornos bem definidos e, portanto, sequer poderia ser então considerado um grupo. Articulava-se em torno de um núcleo básico de auxiliares que trabalhavam na Villa, ao qual foram progressivamente juntando-se novas pessoas.

Em geral o médico fazia uma demanda de acompanhamento a um auxiliar da Villa Pinheiros, que tratava então de organizar uma equipe para atendê-lo. Geralmente quem recebia estes chamados era um mesmo auxiliar, que com o tempo passou a funcionar como uma espécie de coordenador/supervisor deste grupo de trabalho. As pessoas eram recrutadas sem que houvesse seleção, sendo utilizado na maioria das vezes o critério "indicação pessoal" de alguma das pessoas envolvidas com aquele trabalho e/ou, no máximo, uma entrevista prévia com o coordenador do grupo. A pessoa que trabalhasse num determinado caso, nem por isso passava a ser "membro do grupo", podendo voltar ou não a ser chamada para casos subsequentes. Este coordenador da "equipe" (ainda não era uma equipe) detinha o poder de constituição das "mini-equipes"¹⁰⁹, ou seja, da distribuição do trabalho.

¹⁰⁹ Utilizamos o termo mini-equipe para caracterizar um sub-grupo de acompanhantes que se

O grupo começaria lentamente a definir seus contornos, inicialmente por um critério que é muito mais "afetivo", ou seja, o trabalho é distribuído um pouco na base da "amizade", que quase sempre passa também por uma "afinidade na maneira de trabalhar"¹¹⁰. É na medida em que se vai consolidando a demanda por este tipo de atendimento, que o grupo irá passando por um processo de formalização, acontecendo a escolha de um nome, a descentralização da coordenação, a definição dos limites do grupo, dos processos de admissão de novos membros e dos critérios para a "distribuição" do trabalho.

E., hoje psicanalista e terapeuta de família, era uma jovem e recém formada psicóloga quando começou a trabalhar neste a que ela refere como sendo o "grupo do Dr. A.". O grupo ainda não tinha nome, mas, segundo **E.**, "já era um grupo fechado. Eu entrei forçando uma barra com um dos médicos que trabalhava com a equipe, que era meu amigo."

Trabalhou de 1974 a 1988 como auxiliar psiquiátrica e acompanhante terapêutica. Conviveu portanto com diferentes fases do grupo: desde seu início como "grupo do Dr. A." e com a coordenação centralizada basicamente em apenas um auxiliar; passando pelo período "EAP", com a coordenação sendo

forma para atendimento de um determinado caso. Para a época à qual estamos nos referindo agora, talvez não faça muito sentido utilizar a expressão, já que, como dissemos, não havia ainda um grupo constituído, a partir do qual pudessem ser organizados sub-grupos.

¹¹⁰ Note-se aqui que a própria função que viria a cumprir o auxiliar facilitava esta associação do critério "amizade" com o outro "capacidade para desenvolver a função", já que havia nesta muito de uma "amizade qualificada". Uma vez que o auxiliar deveria "ser um pouco ele mesmo" junto ao paciente, falava alto o critério "identificação" no momento de montar a mini-equipe. Veremos como quase nunca foi fácil para este grupo, durante toda a sua existência, distinguir critérios "técnicos" de critérios "afetivos".

desempenhada por alguns membros do grupo; pela dissolução deste, a partir de uma briga política em torno da questão da estruturação do grupo (mudança na forma de coordenação, mudança de coordenadores, coordenação ou auto gestão etc.) e, finalmente, pela constituição do APSI, grupo que funciona até hoje. É ela que fala, sobre o início de sua prática de acompanhamento:

"Éramos todos muito jovens, recém saídos da faculdade; não me lembro de ninguém que clinicasse em consultório e ficava-se durante muito tempo apenas com a *clínica* de acompanhamento. Quando as pessoas começavam a clinicar, era o abandono ... como se o acompanhamento fosse uma coisa inferior ... um passo para uma clínica de consultório".

Percebe-se portanto como os auxiliares começam agora a fazer o acompanhamento por mais tempo, embora não como uma alternativa profissional definitiva.

Sobre a função para exercício da qual eram chamados e o saber dos acompanhantes, diz:

"Era uma época em que se internava muito. O paciente entrava em surto, a família internava, enchia de medicação. A proposta destes médicos que nos chamavam era evitar a internação¹¹¹; para isto eles precisavam de um "continente"¹¹² que

¹¹¹ Na medida em que evitando a internação do paciente, o psiquiatra "forçava" a família a um contato maior com a "loucura" de um de seus membros, com a qual ela poderia estar mais ou menos implicada. Deve-se reconhecer que este gesto destes psiquiatras, abria espaço para que estas famílias abordassem a suposta doença mental de um de seus membros de uma outra

era a equipe de auxiliares. Havia também o início de um movimento de indicação de terapeutas familiares às famílias atendidas por psiquiatra e auxiliares.(...). No grupo em que comecei, com o Dr. A., era uma coisa meio *selvagem* ... nós não tínhamos nenhum referencial teórico no qual pudéssemos basear a nossa prática ... a não ser, é claro, a própria prática e o modelo oferecido pelo Kalina¹¹³, a partir de sua prática com acompanhamento em Buenos Aires, que não era nada muito teórico".

Temos portanto novamente aqui, a proposta básica dos psiquiatras de "evitar a internação" ao mesmo tempo em que podemos observar a "pouca preocupação" com a formação acadêmica ou teórica do auxiliar. Como dissemos no capítulo três, se o psiquiatra não fazia questão desta formação para o auxiliar, era porque a função que atribuiria a este não a exigia; mas -- e isto é importante -- numa perspectiva de entendimento distinta da que antes se tinha nas comunidades terapêuticas.

Embora admita que o saber teórico possa ser útil para aquele que faça acompanhamento, E. conta que, na época ...

"... não se supunha que o auxiliar tivesse uma formação mais específica. O saber teórico é importante para que se saiba o que é psicose, um surto, um paciente PMD etc; o resto voce

maneira.

¹¹² Tal como aparece em Mauer e Resnizky (1985,pg. 40), encontramos aqui esta noção de que o auxiliar -- acompanhante terapêutico, para as autoras argentinas -- oferece "continência" ao paciente. Reiteremos que esta noção opõe-se à de "contenção", que corresponderia muito mais, supostamente, à tarefa do enfermeiro. Note-se que, oferecer continência e não contenção, aponta para um deslocamento no sentido de uma atuação não tão "objetiva" quanto muitas vezes se pretendeu, do auxiliar ou acompanhante.

¹¹³ Indicação de que o trabalho de Kalina em Buenos Aires influenciou e até forneceu um modelo para o tipo de acompanhamento que se fazia aqui.

aprendia à mesa, jantando junto à família do paciente. A formação era o próprio trabalho. Acho que o acompanhamento é uma ponte entre o conhecimento teórico que voce adquire na academia e a prática clínica no consultório. Às vezes não há esta ponte; voce larga a vida acadêmica e abre o consultório direto; muitos fazem isto e eu me considero uma privilegiada por ter podido passar antes pela experiência de acompanhar".

Com uma tal atitude por parte dos auxiliares, seria mesmo pouco prudente esperar uma institucionalização mais sólida e rápida desta prática. E no entanto, esta passou a ser uma questão importante para os auxiliares, o que caminhou paralelamente à sua busca pela conceituação de sua função e pelo reconhecimento do caráter clínico e terapêutico¹¹⁴ de sua prática.

Por outro lado, sobre esta função de "ponte" de que nos fala E., deve-se observar que, na maioria das vezes, ela faz a passagem de uma clínica predominantemente feita com psicóticos para outra predominantemente feita com neuróticos. Há ainda o fato, que não deixa de ser curioso, de os ex-auxiliares, ou ex-acompanhantes, uma vez passando a atender em consultório, dificilmente avaliarem um caso "grave" que lhes seja indicado, como devendo ser atendido desde o lugar que ocupa aquele que acompanha. O que indica que o ex-auxiliar não se reconhece mais

¹¹⁴ Nossa posição é a de que o acompanhamento pode ser terapêutico sem ser clínico, assim como, por exemplo, uma atividade esportiva. Quanto à experiência específica de acompanhamento que estamos analisando, a questão pareceria-nos girar em torno da possibilidade do acompanhante ter uma intervenção clínica, o que já exigiria uma reflexão mais cuidadosa.

como auxiliar e sim como analista ou psicoterapeuta de consultório. Se ele avaliar a necessidade de acompanhamento -- e isto será relativamente raro, em parte pelo fato dos ex-acompanhantes serem quase todos psicólogos e não trabalharem tanto com pacientes graves em seus consultórios¹¹⁵ --, indicará pessoas que o façam, enquanto atenderá o paciente desde o consultório ¹¹⁶.

Quanto à relação entre auxiliares, psicanalistas e psiquiatras, E. diz:

¹¹⁵ Alguns deles inclusive confessarão não querer trabalhar mais com pacientes tão graves. Quando se pergunta aos acompanhantes porque eles não fazem mais acompanhamento, é comum ouvir-se a explicação "...é uma prática muito desgastante". Acreditamos que, se ela é "tão desgastante", é por um conjunto de fatores e não, como queríamos fazer-nos entender os ex-acompanhantes, pelo fato dos pacientes serem tão difíceis. Acreditamos que pese muito aí, a falta de prestígio "social", da função de acompanhar.

¹¹⁶ Poder-se-ia dizer: "mas isto é natural, uma vez que este profissional não quer mais fazer acompanhamento". Perfeitamente. Mas é exatamente isto que consideramos como uma "naturalização" deste movimento, que queremos "estranhar", no mínimo para apontar que ela obedece a critérios que são menos "clínicos" do que sociais. Não deveria ser tão claro que um paciente devesse ser atendido sempre, inicialmente, desde o "lugar consultório" e não desde o lugar em que atua aquele que acompanha. Existem casos que são mecânicamente encaminhados a analistas, quando poderiam antes ter sido trabalhados por acompanhantes. Isto não quer dizer que os acompanhantes possam oferecer aquilo que uma psicanálise pode. Aliás, é exatamente pelo fato do acompanhante fazer algo diferente do que faz o analista, que ele poderia ser mais indicado para certos casos, ou para certos momentos de um caso qualquer, do que o analista. Mas isto implicaria, com toda certeza, numa maior responsabilidade por parte dos que acompanham no sentido de procurarem fundamentar suficientemente a sua prática, de maneira a conquistar este lugar de "autonomia" (De todo modo, esta é, conforme veremos ainda neste capítulo, a direção que seguem alguns grupos de acompanhamento hoje).

Sabemos como é difícil o trabalho de consultório com certos pacientes graves -- principalmente quando o trabalho terapêutico pretendido é uma psicanálise. No caso do paciente ser psicótico, o próprio Freud reconheceu a inacessabilidade destes à intervenção analítica (conforme, por ex. 1913). No caso de pacientes de diagnóstico incerto -- não raramente atendidos por acompanhantes -- eles quase sempre apresentam uma dificuldade de reflexão e elaboração das representações que têm de seus mundos interno e externo, que tornam particularmente difícil o trabalho do analista. Escutemos Green: "Il n'est certes pas contingent de remarquer que les patients qui présentent des difficultés d'élaboration dans le domaine de la pensée, voire même, en certains cas, un refus délibéré de penser, sont aussi ceux que supportent mal le cadre." (op. Cit., pg. 271).

Esta "dificuldade de elaboração no domínio do pensamento" é certamente uma característica bastante frequente nos pacientes atendidos por acompanhamento, principalmente no que diz respeito à possibilidade de que algum novo "sentido" seja atribuído àquilo que os faz sofrer. Parece-nos que, muitas vezes, estes poderiam beneficiar-se mais de um atendimento inicial por acompanhamento, que, além de poder oferecer uma excelente oportunidade para que se trace um psicodiagnóstico do paciente e formulação de uma estratégia terapêutica (conforme ressaltado por Mauer e Resnizky, pgs 41 e 147), também pode fazer um trabalho que é preliminar e muitas vezes necessário para que o paciente possa eventualmente entrar com maiores chances de proveito num trabalho de análise. Efetivamente, a partir do início da década de noventa principalmente, começam a surgir casos em que as famílias procuram primeiramente por acompanhantes, que passam então ao trabalho de avaliação do caso e provável montagem de uma equipe terapêutica para o atendimento (sobre a possibilidade do acompanhante cumprir uma função preliminar à do analista, ver Prates e Silva e Santos Silva, 1995, texto a ser publicado no livro que reúne trabalhos do Segundo Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos).

"Não éramos chamados por psicanalistas. De uma maneira geral não tive atrito com os psiquiatras com quem trabalhei, que eram super flexíveis, por mais organicistas que fossem".

Aqui contraporíamos: estes psiquiatras não eram organicistas, no sentido forte, além de terem todos passado por instituições de formação psicanalítica. Suas relações com os pacientes eram marcadas por um investimento em diversas "frentes de combate" à "doença", como a psicoterapia individual, de família, auxiliares psiquiátricos etc. Cabe aqui abrir espaço para a palavra de Castel:

"Há assim não só um, mas dois modelos de modernização da medicina mental. O das espécies de "mutantes da tradição alienista", segundo a palavra de Bonnafé, que se expande na doutrina de setor: renovar o dispositivo psiquiátrico conservando a um só tempo a especificidade de sua abordagem em relação à medicina e a vontade de encargo total da tradição assistencialista. O do objetivismo médico, cuja exigência de eficácia se paga com o abandono algo cínico dessa

espécie de sedimento da população de hospícios que resiste aos cuidados intensivos e é batizada "crônica", "incurável", "irrecuperável", etc. De um ponto de vista humanista ou político, o desfile dos alienistas e de seus sucessores é forte quando eles denunciam aí uma exclusão e uma rejeição. Nem por isso eles subestimam a força, a coerência e a dinâmica da orientação oposta." (1987, pg. 71).

Apenas os psiquiatras da segunda tendência poderiam ser justamente considerados organicistas, porquanto esforçar-se-iam por manter-se fiéis ao que Castel chama de "objetivismo médico". Não era a esta tendência "modernizante" que seguiam os psiquiatras que chamavam auxiliares, aqui no RJ.

Haveria ainda que se comentar esta afirmação de E., quanto a não ter tido muitos problemas com psiquiatras já que estes em geral eram "muito flexíveis": efetivamente, logo no início da prática de acompanhamento fora da instituição, havia mesmo pouco espaço para atrito entre psiquiatras e auxiliares; *mas isto principalmente porque estavam bem definidos os lugares que uns e outros deveriam ocupar*. O nome já diz: quem faz o

acompanhamento são os auxiliares ... do psiquiatra. Isto está claro para os psiquiatras que, uma vez que se respeite esta estrutura, serão mesmo muito flexíveis e razoáveis, mantendo inclusive uma relação amistosa e afetiva com seus auxiliares e mesmo reconhecendo o seu talento. Além disso havia ainda estes últimos, jovens, estudantes, inexperientes, a inclusive "desejar" uma tal atitude por parte do psiquiatra: "paternal", porém não autoritária.

Mas aos poucos isto muda¹¹⁷, trazendo consequências que nos levaram a formular a curiosa hipótese de que o acompanhamento, tal como feito então, tinha mesmo que ser feito por profissionais "pouco" ou "medianamente qualificados", do ponto de vista acadêmico ou clínico, pois somente estes, por motivos que não dizem respeito ao que seria uma técnica de acompanhar, poderiam aceitar o lugar que lhes seria destinado no seio da equipe terapêutica. Note-se que aqui não é tanto o que interessa aos pacientes que determina o fluxo dos acontecimentos.

E. admite que na década de setenta ganhava-se um bom dinheiro fazendo acompanhamento ...

"... o país estava num outro momento e as pessoas tinham dinheiro para pagar vinte e quatro horas de acompanhamento por

¹¹⁷ Por exemplo, na ata da reunião de "grupão" (reunião para assuntos administrativos) da EAP data de 17/12/83, encontramos o seguinte relato: "A mini-equipe queixa-se da pouca disponibilidade da terapeuta para maior troca de informações... há uma desvalorização do trabalho que está sendo feito pela equipe de acompanhantes. A terapeuta nunca tem horário para a equipe...". Apenas um entre os vários exemplos que encontramos nestas atas das reuniões do grupo, o que mostra que as relações entre acompanhantes e aquele que lhes indicava um caso para atendimento, muitas vezes foi problemática.

dia, mais psiquiatra, terapeuta de família, individual etc. (...) Às vezes saíamos de casa e só voltávamos dois dias depois (...) e nas sextas feiras às 22:30 hs estávamos todos em reunião , ... todos com aquele fogo ..."¹¹⁸

Sem dúvida havia entusiasmo por parte dos auxiliares. Efetivamente, a prática de acompanhamento então encaixava-se bastante bem com as expectativas que dela tinham aqueles: que ela fosse um espaço para aprendizagem clínica remunerada. E aqui não vai nenhuma crítica a isto. Muito menos estamos dizendo que os auxiliares não gostassem do que faziam; que o fizessem apenas por estas "outras vantagens". Mas queremos sim re-enfatizar que a relação que mantinham com sua atividade -- que queriam, desde muito cedo, "profissional" (até porque precisava-se justificar o bom pagamento, muito acima do que se receberia num "estágio") -- apesar deste "entusiasmo", era a que se mantém com um meio, que se "utiliza" para chegar a um fim .

C., psicólogo, hoje em vias de concluir sua formação psicanalítica e clínicando exclusivamente em consultório, entrou na EAP em 1979, quando estava concluindo o primeiro ano da faculdade. Trabalhou como acompanhante até o final da década de oitenta, tendo também colaborado na constituição do APSI, a partir da cisão da EAP. Ele nos diz:

"... eu estagiava no manicômio judiciário e conhecia

¹¹⁸ Sim, havia mais dinheiro; mas o tratamento por acompanhamento, somado ao de todas as outras instâncias terapêuticas, só era acessível, mesmo naquela época, a um número reduzido de famílias. Era um tratamento de elite.

psicose muito superficialmente. Nesta época, o grupo trabalhava principalmente com dois psiquiatras, embora em princípio fosse aberto a trabalhar com quaisquer outros. Ainda não tinha nome e começava a querer definir seus limites mais precisamente ...".

Portanto temos que, ainda que este tipo de acompanhamento viesse sendo feito desde 1974 e com um núcleo base de pessoas constante, é apenas em início da década de oitenta que o grupo passará a ter limites definidos e um nome.

Sobre as razões que o levaram a fazer acompanhamento, C. conta que ...

"... comecei a fazer psicologia tarde e queria ter o mais rápido possível contato com a clínica, com atendimento ... consultório eu sabia que não podia. Em acompanhamento eu teria a oportunidade de ganhar experiência, não apenas no contato com pacientes, mas também com as pessoas mais experientes com quem iria trabalhar, fossem elas outros auxiliares, psiquiatras, analistas etc. Havia também a questão da remuneração; na época, nenhuma outra atividade ofereceria a mesma possibilidade".

Apesar de dizer que os encaminhamentos de caso vinham basicamente de "... psiquiatras com uma formação menos clássica e ligados ao meio psicanalítico", C. admite que houve problemas de relacionamento no seio da equipe terapêutica; "muitos psiquiatras não aceitavam a passagem do auxiliar psiquiátrico ao acompanhante terapêutico ... queriam que estes reproduzissem a

internação em casa, rechaçando qualquer atitude mais terapêutica do AT". C. afirma que com o tempo teria havido uma "seleção natural" e estes psiquiatras que criavam problema teriam parado de trabalhar com acompanhamento.¹¹⁹

Quanto aos requisitos a serem preenchidos pelos candidatos a auxiliar,

"... além da *análise pessoal*, exigia-se esta coisa da *adequação*, que é complicadíssima ..., não é moral, ... mas como pessoa ... havia pessoas inadequadas ... é tudo muito subjetivo ... mas perpassado por um senso comum".

C. dá-nos um exemplo: "O auxiliar que saísse para beber com um paciente psicótico que estivesse tomando medicação". O exemplo é bastante extremo; as coisas ficariam mais complicadas se pensássemos em "inadequações" mais sutis.

Por exemplo, quando um determinado acompanhante "teimava" em assumir o que supunha ser uma "postura terapêutica", questionando atitudes do médico ou da família em que parecesse estar em jogo um "menosprezo" da função do acompanhante -- ou seja, quando o "tratavam como auxiliar psiquiátrico"¹²⁰.

¹¹⁹ Pode ser. Mas esta "clientela" não foi devidamente substituída por novos psiquiatras que "não criassem problemas". Voltaremos a isso mais à frente.

¹²⁰ Uma variante interessante deste problema, acontecia no caso de um acompanhante que, por exemplo, vestisse-se de maneira muito peculiar, não condizente com os padrões admitidos por uma determinada família atendida. Se convidado a mudar sua maneira de vestir, "... para não criar problemas num trabalho já tão difícil... etc", este acompanhante poderia reagir acusando a equipe de reacionarismo, ou de estar entrando no jogo da família, colocando-se como meras "babás de loucos". Em contrapartida, poderia passar a ser visto como "inadequado", ou "rígido". Haveria ainda casos em que o paciente ou algum membro da família simplesmente "não empátizava" com um determinado acompanhante; a expectativa dos acompanhantes seria a de que se pudesse trabalhar uma tal situação dentro de uma direção clínica -- seja para o acompanhante sair ou permanecer no caso -- mas isto nem sempre era possível.

Eventualmente, aconteceria disto ser considerado por seus colegas acompanhantes como uma "rigidez de caráter" e o acompanhante em questão poderia ver-se sutil e silenciosamente "congelado"¹²¹, no que diz respeito aos chamados para atendimento de novos casos. Como se faltasse a ele "o jogo de cintura"¹²² necessário para desempenhar o papel de acompanhante e trabalhar em equipe.

O interessante é que este "jogo de cintura", pareceria habilitar o acompanhante a suportar uma certa defasagem entre o que seria um ideal estabelecido pelos acompanhantes para sua função e o que se encontrava na hora da prática, isto tanto no que diz respeito ao contato com o paciente e sua família, quanto com os outros membros da equipe. Como se este "jogo político" -- ou "jogo de cintura" -- fosse uma dimensão sempre presente do trabalho de acompanhamento.¹²³

Mas note-se que isto entrava em choque com o que se costumava propor como sendo o ideal de funcionamento do trabalho em equipe -- "que as diferenças pudessem ser intensamente discutidas" -- e mesmo com a forma como agora "apresentavam" seu

¹²¹ No sentido de que passava a ser evitado, sempre que possível, para a formação de novas equipes. O grupo criou o critério do "mapa", para orientar a formação de mini-equipes. Este "mapa" mostrava o quanto cada um estava trabalhando, ficando os que estão trabalhando menos com a preferência para novos casos. Portanto não era possível "congelar" alguém, a menos que algo de muito sério tivesse acontecido. Isto teria então de passar por uma deliberação da coordenação, mas também da equipe. Entretanto, formas sutis e nem sempre conscientes de favorecimento a um ou outro sempre poderiam acontecer. Não se deve ver nisto simplesmente uma forma de "jogo sujo de poder". Há aí latente a questão da indefinição quanto ao que faz o acompanhante, quanto à sua identidade profissional, quanto ao seu saber. Muitas vezes um acompanhante poderia ser "favorecido", dentro de certos limites, por seus próprios méritos; por entrar bem nos casos, ter disponibilidade e entusiasmo para o trabalho, estabelecer boas relações com os pacientes etc.

¹²² Tudo bem, "jogo de cintura" não é um conceito preciso. Mas quem falou que era?

¹²³ Este "jogo político" no âmbito da equipe terapêutica, seria análogo a um "jogo estratégico", ou "transferencial", na relação com a família do paciente. Em ambos os casos os acompanhantes estariam procurando lidar com demandas que, supostamente, visavam desqualificar ou não reconhecer a ação terapêutica e/ou clínica dos acompanhantes (ver por exemplo Mauer e Resnizky, op. cit. Pg. 87).

trabalho os acompanhantes.

Que os acompanhantes tivessem que ser estratégicos ante uma família que quizesse colocá-los no lugar de "meras babás de louco", é uma coisa; mas que isto tivesse que ser assim também na relação com os psiquiatras com quem trabalhavam, já era uma questão mais delicada.¹²⁴ Uma coisa é aceitar o fato de que o trabalho em equipe é complexo e demanda tolerância para com as diferentes "leituras clínicas" que possam ser feitas por seus componentes. Até aí, talvez seja inevitável ser "político". Mas o que acontecia era diferente disto; o acompanhante calou, sistematicamente, sobre um determinado aspecto de sua atividade e de sua relação com o médico, supondo que, em não fazendo assim, contrariaria a expectativa que tinha o médico de seu trabalho.¹²⁵

¹²⁴ Na ata de 17/09/84 encontramos a seguinte discussão sobre dois diferentes casos:

P: "Como está o caso do dr...?"

R: "A equipe ainda não entrou em contato com ele. Continua sem saber se o paciente é um psicopata ou drogadito. Não está delirante para tomar anti-psicótico. O acompanhamento está sendo visto como um castigo pelo paciente. A equipe se vê como um reforço da doença. Há necessidade de uma reunião com o psiquiatra antes destas especulações.... No geral, como se colocará a EAP frente ao médico, numa situação em que não veja porque continuar o acompanhamento?". Discussão que resvala questões como o descompasso e a autonomia do acompanhante na relação com o psiquiatra.

Na mesma reunião teremos: "Caso do paciente X: A necessidade da equipe dar alta ao paciente pois não vê mais necessidade de acompanhamento. A equipe se vê como dama de companhia. É preciso ter como norma que a família veja este trabalho como um tratamento." Assim, preocupação com o manejo da demanda familiar por "auxiliares psiquiátricos" (o que seria equivalente ao ser "dama de companhia").

¹²⁵ Este tipo de acompanhamento feito no RJ foi inicialmente marcado como um "atendimento de emergência". O médico solicitava o trabalho da equipe e esta tinha que se virar para atender. Quando o paciente a ser atendido estava em crise, isto muitas vezes fazia sentido. Mas, frequentemente, o médico continuava esperando o mesmo tipo de "pronto atendimento", quando a situação não "era de emergência", no sentido em que ao acompanhante não caberia questionar aquilo que lhe era pedido, devendo ele estar sempre "em prontidão". Insistimos aqui que o modelo de acompanhamento feito a pacientes em crise, durante algum tempo serviu para caracterizar "o que era o acompanhamento". Eventualmente o médico ou analista poderia contrariar-se, se, por exemplo, o acompanhante não se colocava disponível para atender o paciente na noite de "Reveillon".

Note-se que, se o paciente estivesse em crise, ou se isto fosse compatível com uma leitura clínica, que passasse por uma discussão da equipe, tudo bem. Mas muitas vezes acontecia do acompanhante ser mobilizado numa tal situação, apenas para satisfazer um capricho da família ou do paciente -- por exemplo, a família poderia não estar querendo ser "perturbada" pelo paciente em "seu" reveillon -- capricho que o médico gostaria de ver atendido, não por razões clínicas", mas para não ter que se ver ele mesmo com o sentido clínico da demanda da família ou do paciente. O acompanhante seria então uma espécie de "pau para toda obra".

Não era incomum que um determinado médico passasse a não querer mais trabalhar com "fulano", ou que a família ou o paciente quisessem que um determinado acompanhante saísse da equipe. A equipe de acompanhantes tinha então que se ver com seus critérios "internos", para tomar uma posição diante destas demandas. *Criava-se aí uma pressão em torno de uma determinação mais precisa do que fosse o "saber" do acompanhante e das regras que determinavam o funcionamento do grupo enquanto instituição.* Muitas vezes acontecia dos acompanhantes não sentirem espaço para trabalhar isto "cl clinicamente" junto ao médico e/ou às famílias e ao paciente.¹²⁶

Com relação às famílias, isto passava necessariamente pela reflexão sobre o que parece ser uma especificidade da função de acompanhar. Esta, demandaria que se articulasse eventuais intenções clínicas, com um *estar junto*, que poderá ser informal ou cerimonioso, onde contaria muito a capacidade ou o "jeito" para relacionar-se com os outros do acompanhante. Daí muitas vezes supor-se ou considerar-se em silêncio -- seria difícil abordar uma pessoa sugerindo que o "seu jeito de ser" deveria mudar desta ou daquela maneira -- que os acompanhantes que não tinham este "jeito" ou "jogo de cintura", aferravam-se "rigidamente" a supostos critérios técnicos. Eventualmente, uma vez trazido à tona o assunto, estes poderiam sempre contra-atacar, desde uma posição politicamente correta, que estaria

¹²⁶ É bem verdade que se pudessem fazê-lo com o médico, já seria "meio caminho andado" para terem a questão trabalhada, até também pelo próprio médico, junto à família e ao paciente.

havendo aí uma predominância de critérios afetivos (e/ou políticos), sobre critérios "técnicos".¹²⁷

Sem nos interessar tanto por determinar se eles estavam efetivamente sendo rígidos ou não, diremos que este tipo de conflito funcionava um pouco como um **analisador**¹²⁸ da prática destes grupos, na medida em que revelava que algo na maneira como se estruturava esta prática, "não ia muito bem", ou pelo menos "clamava" por significação. Sem dúvida o mesmo algo que faria com que o EAP um dia "cindisse", ante uma briga política em torno da forma de organização e coordenação do grupo e que faria também com que acompanhantes tivessem que enfrentar problemas -- que na verdade deveriam ter sido previstos -- na medida em que procuraram posicionar-se de uma outra maneira em relação a sua atividade -- como "acompanhantes terapêuticos".

No início da década de oitenta a EAP passa por um movimento de descentralização na sua estrutura de organização e funcionamento. A pessoa que centralizava a coordenação do grupo deixa de fazer acompanhamento e é substituída por um grupo de coordenadores. Este é composto pelas pessoas mais antigas e que possuíam entre si fortes laços afetivos. Inicialmente tomou-se

¹²⁷ Muitas vezes os acompanhantes tiveram que aferrar-se a critérios um tanto rígidos, como uma forma de "reagir" a fragilidade do estatuto teórico e institucional de sua prática. Durante algum tempo, por exemplo, os acompanhantes tentaram fazer valer o critério de que não se poderia fazer modificações na composição da mini-equipe que estivesse atendendo a um caso, ou que o médico não podia escolher com quem gostaria de trabalhar. Com o passar do tempo, a tendência foi de que se ganhasse flexibilidade quanto a estes dois quisitos, avaliando-os caso a caso e tentando sempre trazer para um primeiro plano uma conduta que seguisse uma leitura clínica.

¹²⁸ Conforme Lapassade, (1980)

como fato serem estas as pessoas que detinham um *maior saber* acerca da prática do acompanhamento, embora não se tivesse clareza quanto à natureza deste.

Esta coordenação teria como funções básicas a distribuição e controle da qualidade técnica do trabalho, além do exercício de uma série de tarefas "administrativas". Nunca ficaria claro, porém, se o que orientava o trabalho dos coordenadores enquanto tais e mesmo a escolha deles, obedecia a critérios "técnicos" ou "afetivos", o que acabou por criar uma tensão política na medida do crescimento do grupo. Esta coordenação foi composta, pelo menos neste momento inicial, pelas pessoas do grupo que possuíam um vínculo afetivo mais forte entre si e também com os médicos, o que acabava gerando especulações quanto aos privilégios dos quais poderiam se beneficiar os coordenadores.

O grupo cresce muito chegando a ter mais de trinta e cinco pessoas na maior parte de sua existência. Com a alteração do perfil dos que faziam acompanhamento e o progressivo nivelamento dos componentes do grupo (no que diz respeito às suas formações profissionais), esta coordenação tornar-se-ia cada vez mais questionada, mas sempre na medida em que não ficavam muito claras quais fossem as suas funções. Trabalhava-se muito e, apesar do grande número de membros componentes, este grupo costumava ter um tipo de problema que os grupos de acompanhamento hoje em dia adorariam ter: na hora que aparecia um caso, nem sempre encontrava-se acompanhantes com

disponibilidade para atendê-lo.¹²⁹

Com o progressivo abandono da atmosfera de contestação política -- que marcava as propostas "antipsiquiátricas" que ainda se faziam sentir no trabalho das comunidades terapêuticas onde o acompanhamento surgira -- não seria de se estranhar que o EAP funcionasse com um modelo administrativo centralizado e hierarquizado, mesmo após este movimento descentralizador que substituiu um único coordenador geral por um grupo de coordenadores. Tampouco deveria causar surpresa que esta hierarquização fosse "justificada" muitas vezes pelo critério "maior ou menor saber".

Porém, três fatores contribuiriam fundamentalmente para que este tipo de estruturação do grupo tornasse-se problemático: primeiro, a mudança no perfil do acompanhante e o tempo que ele

¹²⁹ Na ata de 23/04/84 encontramos: "toda equipe está trabalhando nunca houve um momento assim anteriormente." A equipe era então composta por trinta e seis pessoas e é interessante que comparemos isto com a situação atual dos grupos de acompanhamento; os de maior tradição dentro da prática que agora investigamos (não ligada a um estabelecimento psiquiátrico) do RJ, o GRAP e o APSI possuem apenas dez membros cada um e frequentemente pelos menos alguns destes não tem suas cargas horárias tomadas pelo número de casos atendidos por estes grupos. De todo modo é bom que se assinala que este "bom momento" da EAP estava em vias de acabar. Na ata de 6/1/86 encontraremos: "A EAP nunca esteve com tão poucos casos... deveríamos discutir isto na reunião do dia 25; qual a razão disto? O que poderemos fazer para divulgar o nosso trabalho?... falar do nosso trabalho num nível científico... pensar num número do nosso jornal com artigos que falem de nosso trabalho, dirigido a psicanalistas e psiquiatras."

Como muitas outras propostas surgidas no âmbito destas reuniões, estas não foram à frente. Este "jornal" a que se fez referência, teve apenas três ou quatro números lançados (até porque a EAP deixaria de existir a partir de 1987), graças ao esforço de umas duas ou três pessoas, nunca tendo atingido ao público de fora da EAP. Um problema crônico deste e de outros grupos de acompanhamento era o fato de só se pensar nestas coisas quando faltava trabalho. Isto trazia discussões quanto ao investimento dos membros no grupo, que pareceria às vezes obedecer fundamentalmente à necessidade de um "bico". Na hora de fazer-se uma reflexão mais sistematizada sobre aquilo que se fazia, faltava tempo. Isto, por outro lado, colocava o acompanhante numa posição incômoda no momento em que precisava divulgar o seu trabalho num nível mais "científico", como o proposto acima.

Cesarino (1991), falando sobre acompanhantes dirá: "Quase todos eles passavam rapidamente ao relato de (quando a gente discutia) dizer o que fazem (...), quer dizer, rapidamente se passava a um relato da prática, que tentava sempre dar um contato concreto com aquilo que se estava procurando fazer." Embora o texto de Cesarino refira-se ao acompanhamento feito num outro contexto, ele nos ajuda a mostrar como é um ponto problemático este de falar-se do que faz o acompanhante num nível mais teórico. Para o interesse específico da discussão que atravessamos neste momento, é importante notar como isto era potencialmente problemático para uma coordenação de grupo que pretendesse justificar-se através do critério "maior saber".

permanecia fazendo esta atividade. Isto o tornava cada vez melhor equipado para também falar em nome de quem "sabe o que é acompanhar", ou para questionar um outro que diga que "sabe o que é acompanhar". Segundo, a dificuldade de definir-se, consistentemente, em que consistiria este tal "saber do acompanhante". Terceiro, com a progressiva formação de comissões -- de divulgação, científica, de finanças etc -- estendidas aos outros membros não coordenadores do grupo, a função da coordenação foi se resumindo cada vez mais a um "controle da qualidade técnica do trabalho", fundamentado por um suposto maior saber destes coordenadores.

Na ata da reunião de 19/11/84 o tema "coordenação" é colocado em discussão, em decorrência de uma montagem de "mini-equipe" em que vários pontos teriam sido questionados. (Um coordenador dissera a uma não coordenadora que a equipe que atenderia a um determinado caso teria que ter um coordenador). Os pontos anotados na ata são:

a) "acompanhantes mais experientes/menos experientes".

B) "o que é o papel do coordenador e porque na "mini-equipe" citada era necessária a entrada de um coordenador."

Pergunta-se porque a sugestão da entrada da coordenadora foi vivida de maneira persecutória. Um dos coordenadores diz que "... apesar de ter sido eleito sente alfinetadas de certas pessoas". Outra coordenadora diz que "... parece que as coisas

não estão sendo faladas ...", o que é contestado por um membro não coordenador que (na escrita do redator da ata),

"... recorda a história do grupo, que é uma história autoritária ... ainda é persecutório e paternalista mas que isto vai se modificando aos poucos. Acha também que nós caminhamos para uma "auto-gestão", sem coordenação, só secretarias, mas que isto no momento seria ainda inviável."

Logo surge a proposta de um "trabalho de sensibilização". Um especialista viria então trabalhar os afetos do grupo. Teríamos aí, subjacente, a noção de que os afetos (as invejas, ciúmes, tesões, medos, raivas, ambições etc.) estariam permeando, ao fundo, estas discussões "aparentemente técnicas".

Outro membro não coordenador levanta um importante problema sobre os limites do que poderiam ou não os acompanhantes "mais novos"; ele coloca que no caso em questão fôra dito que seria necessária a entrada de um coordenador, para fazer o "contrato"¹³⁰ com a família, pois que isto fazia parte do estatuto do grupo. Entretanto, lembra de um outro colega também não coordenador, que num momento de emergência médica e diante da indisponibilidade dos coordenadores para atender ao caso, fôra autorizado a fazer o contrato. Daí para a desconfiança de que os coordenadores só lembravam o estatuto do grupo de acordo com suas conveniências, ou pelo menos de um questionamento

¹³⁰ Estabelecimento de preço, número de horas do acompanhamento, apresentação do trabalho etc.

acerca dos critérios "técnicos" para determinar-se até onde um ou outro estaria autorizado a ir, é apenas um passo.

Tudo isto era atravessado por uma questão maior, que abrangia a sempre emperrada institucionalização deste grupo, a frágil definição do que fossem a função e o saber do acompanhante e a relação que os acompanhantes desejavam estabelecer com sua atividade. Se estas questões tornaram-se importantes, pensamos que isto em parte teve a ver com a mudança do contexto em que está prática passou a acontecer. Mudança que foi física -- do interior das comunidades terapêuticas para um trabalho "de rua", na "esfera" da clínica privada de certos psiquiatras -- mas também ideológica: nada mais de estudantes ou leigos, de uma "pura-prática"; agora o "acompanhante", para não ser um mero "auxiliar do psiquiatra", ou uma "dama de companhia", tinha que ter um saber; ser um especialista como qualquer outro. De outra forma seria sempre relegado a uma posição de menos-valia dentro da equipe terapêutica e perante o paciente e a família.

Por outro lado, a própria vocação profissional dos acompanhantes, é a clínica particular de consultório, tendo como teoria de base a psicanálise, saber altamente elaborado,¹³¹ que

¹³¹ Portanto, que não se dá imediatamente, sem todo um processo de formação (ainda que sempre se frize a importância da análise pessoal neste processo, o que aponta para a importância de um outro tipo de saber), o que permite que uns o tenham e outros não. Houve aqui certamente um "uso político" desta teoria, mas não queremos defender a idéia de que ela, por suas características "internas", estaria destinada a cumprir este papel, como nos parece fazer Castel ao dizer: "Será relativamente fácil mostrar, em seguida, nos últimos capítulos, a objetivação cada vez mais manifesta dos efeitos desta estrutura contratual ao nível das instituições psiquiátricas e parapsiquiátricas e dos novos modos de controle social que hoje em dia são lançados. Numa palavra: a chave da interpretação da psicanálise como um contrato de tutela abre, em todos os níveis, a possibilidade de inscrevê-la na problemática social do poder." (1978b, op.cit., pg. 32).

permite a um só tempo, através de uma articulação (poucas vezes rigorosa) com a prática de acompanhar, conferir a esta a legitimidade que os acompanhantes anseiam e também que estes comecem a repetir na sua vivência institucional (ou institucionalizante), aquilo mesmo contra o que eles deveriam estar se posicionando e que, teoricamente pelo menos, era o alvo de ataque principal das comunidades terapêuticas, instituição em que surge o acompanhamento: uma hierarquização do poder, baseada no saber.

A EAP funcionou até 1987. O acontecimento que veio finalmente concretizar o "racha" que há muito já vinha dividindo a equipe, foi uma eleição para a coordenação vencida pela chapa da oposição. Os coordenadores em exercício na época não aceitaram fazer a eleição por pessoas, alegando que seria necessário o bom entrosamento afetivo e ideológico dos membros da coordenação. Isto obrigou à formação de chapas, sendo derrotada a da "situação". Desta chapa derrotada, faziam parte algumas das pessoas mais antigas e respeitadas do grupo, mas a resistência de algumas destas em não trabalhar exatamente com as pessoas a quem eram mais ligadas -- afetiva e ideologicamente -- e/ou a ter que trabalhar com outras com quem tivessem maiores ou menores diferenças, acabou levando uma parte ligeiramente maior da equipe (quinze contra quatorze, com uma abstenção), a partir de uma reivindicação que era fundamentalmente política, a se colocar numa posição de "oposição".

Após esta eleição, as diferenças entre as facções rivais tornam-se incontornáveis, o que resultou na concretização do "racha" da equipe e na formação de dois novos grupos: o APSI e o GRÃO. Apenas o primeiro continuaria a existir após um prazo não maior do que dois anos¹³². Bem menor do que a EAP, ele confirmaria as palavras da acompanhante que previra um caminho na direção da auto-gestão (pg. 246, acima). Neste modelo de organização, o grupo coordena-se a si mesmo e poderíamos ver nisso uma semelhança com o modelo "comunidade terapêutica".¹³³

Parece-nos interessante articular a trajetória institucional da EAP, à questão do entrelaçamento de poder, saber e clínica psicoterapêutica. Vejamos que uma das funções que cabia à coordenação na EAP, era a supervisão. Na ata da reunião de 02/09/85 encontramos referência breve a uma discussão sobre o tema, mais especificamente quanto a pagar-se ou não a hora dos supervisores (membros da coordenação). De uma maneira geral, a equipe colocou-se contra a proposta de cobrar-se a supervisão, por esta "... fazer parte do trabalho e do

¹³² Justamente o grupo ligado à antiga coordenação. Grupo "politicamente incorreto", poderíamos especular sobre as razões que o teriam levado a sobreviver, ao mesmo tempo em que o outro sucumbia. A mais óbvia, seria a dele ser composto pelas pessoas que tinham os melhores "contatos"; lembrando que estes "melhores contatos" eram em sua maioria psiquiatras "quasi-tradicionais", o que deporia contra o perfil político deste grupo e mesmo contra a sua "sobrevivência". Por outro lado, poderia-se sempre argumentar que o grupo oposto foi composto em torno de uma ala radical que, desde uma posição "politicamente correta", escondia "desejos de poder", ou mesmo dificuldades no contato tão subjetivo que exigia o acompanhamento. Não nos pareceria prudente escolher heróis ou vilões neste processo da EAP.

¹³³ Um outro problema que contribuiu para um questionamento da coordenação da EAP, foi o fato dos coordenadores terem passado a trabalhar progressivamente menos em acompanhamento, na medida em que iam dedicando-se mais a outras atividades PSI (geralmente formação analítica e consultório particular estavam entre estas). Com isso acabavam assumindo uma posição de "puro poder" dentro do grupo: coordenar e supervisionar. Os que continuavam trabalhando em acompanhamento acabariam por questionar isto e pode-se ler um indício disto na ata da reunião em foi colocado em discussão o tópico... "acompanhantes mais experientes vs. menos experientes". A intenção então era questionar o que determinaria o maior saber dos "mais experientes": se a prática de acompanhamento, a prática de vida, o saber acadêmico, a análise pessoal etc...

crescimento do grupo como um todo ..."; portanto os supervisores também estariam "trabalhando por si". Mas vale a pena atentarmos para a posição (relatada na ata) de um dos partidários da supervisão paga: "... acha absurdo não se cobrar as supervisões por entender que é um trabalho específico do coordenador, que é *sim uma pessoa diferenciada dentro da EAP* e que o que está pegando de fato é uma outra questão, ou seja, a questão do poder da coordenação."

Vejamos que esta "diferença" que separa os coordenadores dos não coordenadores se dá, supostamente, por um maior saber, ou domínio da "técnica", que teria o coordenador. Mas lembremos que também o psiquiatra, no âmbito da equipe terapêutica, pensaria merecer o lugar de coordenador do tratamento por um mesmo motivo. Feita esta analogia, seria de se perguntar se a passagem ao acompanhante terapêutico não apontaria necessariamente para uma auto-gestão ao nível da organização dos grupos de acompanhamento.

O fato é que, embora a coordenação do EAP pudesse ter sido formada por "ótimos auxiliares ou acompanhantes", isto não quer dizer que eles tivessem clareza quanto ao estatuto teórico da prática do acompanhamento. Isto, aliado ao incipiente nível de formalização da estrutura do grupo, que por sua vez tinha a ver com o tipo de investimento que os membros da equipe queriam fazer no acompanhamento -- profissão ou bico? -- acabou levando o EAP a intermináveis discussões acerca da institucionalização do grupo e da sua forma de estruturação.

A EAP, assim como a maioria dos grupos de acompanhamento que se formaram no RJ desde a época da Villa pinheiros, não tinha sede¹³⁴ e não chegou a constituir-se como pessoa jurídica. Todos os planos da EAP quanto à aquisição de uma sede própria, e de uma oficialização do grupo enquanto instituição falharam. Um projeto de formalização do grupo sempre esteve presente e os anos de 1986/87 foram particularmente marcados por discussões relativas a este tema.¹³⁵ Paralelamente, entretanto, acirrava-se uma divisão da equipe em dois blocos antagônicos, que terminaria por determinar, em meados de setembro de 1987, a divisão definitiva do grupo.

O GRAP

Dentre os grupos que fazem o tipo de acompanhamento iniciado com a passagem para a rua dos auxiliares da Villa Pinheiros, o GRAP (Grupo de Acompanhamento Psicoterapêutico) é hoje o mais antigo em funcionamento.

Criado em 1982, diferentemente da EAP ele já nasce com seus limites constituídos (nome, número de integrantes, esboço de organização enquanto instituição). Enquanto a EAP sempre seria marcada por uma tradição que vinha desde os seus

¹³⁴ No início, as reuniões semanais do EAP eram feitas na casa de um de seus membros. Com o tempo, a partir de 1984, passaram a ser feitas em salas alugadas, o que já era um sinal do desejo do grupo de institucionalizar-se. A maior parte dos grupos de acompanhamento que existem ou já existiram no RJ, funciona com reuniões na casa ou consultório de um de seus membros.

¹³⁵ Na ata de 20/12/86 -- cerca de nove meses antes da cisão definitiva do grupo -- temos o registro da presença de uma advogada que prestou assessoria à equipe quanto à questão da institucionalização. Havia então a proposta do grupo de tornar-se uma associação.

primórdios, quando alguns auxiliares ficavam à disposição de eventuais emergências para "*juntarem-se com quem podiam e tentar dar um jeito no problema ...*",¹³⁶ o GRAP surge marcado por uma atitude mais formal. Para isto contribuiu o fato de um de seus membros fundadores ter como forte característica o interesse pelo estudo e produção teórica. Tendo constituído-se como um líder dentro do GRAP, este acaba ficando marcado por este "traço".¹³⁷

Porém, tal como acontecera inicialmente com a EAP, o GRAP constituiu-se em torno da clientela particular de um psiquiatra -- um dos que trabalhou com a EAP no início do acompanhamento fora da Villa, mas que a esta altura apresentava dificuldades na relação com esta equipe. Conta-nos um dos membros do GRAP que ...

"... quem deu muita força ao GRAP foi o dr.Y. Apresentamos nossa proposta e ele topou. Naquele estilo dele, deu-nos muita força. Era um trabalho de carga horária bastante grande, o GRAP

¹³⁶ Não queremos dizer que a EAP nunca tivesse ascedido a uma forma de organização maior e mais "profissional" (talvez tenha sido mesmo o grupo que foi mais longe neste sentido). Na época em que surge o GRAP, este nível de formalização do trabalho já estava presente na EAP. Entretanto, esta equipe nunca conseguiu se livrar do traço de "grupo de pronto atendimento", o que a levava a "ter que" atender, muitas vezes em condições longe dos ideais que o próprio grupo se colocava, a demanda dos médicos com quem trabalhava. Já o GRAP possuiu, durante algum tempo pelo menos, uma determinação estatutária que previa, quando do surgimento de um chamado para trabalho, a reunião prévia de todos os membros do grupo que desejassem participar do atendimento, para que se discutisse em grupo a montagem da mini-equipe e a estratégia terapêutica. Aos olhos dos membros da EAP, isto seria uma excessiva rigidez, enquanto que os membros do GRAP considerariam "pouco técnica ou clínica" a atitude dos primeiros.

¹³⁷ Note-se que este lugar de liderança deste membro do GRAP não era formalizado; fôra "conquistado". Se de fato ele detinha o maior número de contatos com outros médicos, isto não se fazia valer na hora da distribuição do trabalho. Lembremos que, enquanto não formalizou-se como um grupo, o EAP tinha instituído um coordenador e supervisor geral, que era um de seus membros. No caso do GRAP, marcados por esta identificação ao seu "líder", seus membros acabaram portando um traço comum que marcou o grupo como um todo. Já no EAP a marca que ficou foi a de "grupo de pronto atendimento", que o caracterizou durante algum tempo sobretudo como um grupo de trabalho e não de reflexão. Curiosamente, em ambos os grupos houve de certa maneira um movimento em direções opostas que terminou por aproximar suas ideologias de trabalho. Grosso modo, o EAP foi cada vez mais perguntando-se sobre os seu estatuto e ideologia de trabalho, enquanto que o GRAP foi tornando-se mais flexível e menos exigente no que diz respeito às suas relações com as famílias e os médicos e suas exigências de saber ao seus membros.

era enorme, tinha vinte pessoas, trabalhava-se muito ..."

Portanto, muita demanda, tal como nos primeiros tempos da EAP. Atente-se também à expressão "... naquele estilo dele ..."; entenda-se aqui "... com aquele jeitão clássico de abordar os pacientes, que não era muito o nosso, mas que dava para ir levando ...". Vejamos este outro depoimento:

"O dr. Y era franco; ele dizia que quando o paciente começava a encher muito o saco dele, ele mandava para a gente. E dizia que isto tinha uma eficácia imediata. Se um paciente antes telefonava para ele dez vezes por dia, depois do acompanhamento ele passava a vê-lo somente nos horários de consulta. Isto têm um valor terapêutico. Há um excesso aí ... e o dr Y dizia passar a lidar melhor com estes pacientes".

Exemplo vivo de como os auxiliares muitas vezes submetiam-se a este tipo de demanda do médico. Esta defasagem de expectativas em relação à função daquele que acompanhava, não impedia a boa relação dos acompanhantes com o psiquiatra que mais trabalhava com o GRAP. Saía-se junto para bares, discutia-se animadamente nas reuniões etc. Este clima afetivo entre a equipe talvez fosse um dos fatores importantes para o bom atendimento de um caso, já que as propostas "técnicas" feitas à família e ao paciente tendiam a ser trabalhadas harmonicamente, o que acabava "contagiando" a estes últimos.

Este "contágio" era importante, na medida em que os

pacientes atendidos estavam geralmente em crise, destinando-se o acompanhamento, basicamente, a evitar o recurso à internação e tornar suportável à família e paciente este convívio em "tempos de crise".

"De uma maneira geral, os médicos com quem trabalhamos estavam interessados neste aspecto do trabalho do acompanhante -- o evitar a internação; *como nós conseguíamos isto não era tanto problema*. Eles nos exigiam uma habilidade prática, que nos permitisse mediar estas relações entre o paciente, família e sociedade, de maneira que o primeiro não precisasse ser internado. Quanto ao tipo de escuta que oferecíamos ao paciente, o que os médicos esperavam era sobretudo *bom senso, paciência e dedicação*. Diga-se de passagem, acho que neste sentido nosso trabalho era eficaz e terapêutico. Com a ajuda da medicação, muitas vezes conseguíamos tornar viável a não internação, o que era importante."

Durante um certo tempo, o GRAP também funcionou com uma coordenação, composta por algum de seus membros. Os critérios para admissão de novos coordenadores eram melhor definidos que os da EAP: Qualquer um poderia candidatar-se a coordenador; teria porém que apresentar um trabalho escrito sobre acompanhamento, além de submeter-se ao "crivo" do grupo em reunião;

"... cada falava o que achava do candidato à coordenador, do seu trabalho. Estas avaliações de um dos membros do grupo

pelos outros não era uma norma, mas acontecia frequentemente. O grupo tinha pessoas muito "fortes" de gênio muito forte, pessoas mais velhas com opiniões e posições ... as discussões eram terríveis. Era um grupo mais enlouquecido, maior, com vinte pessoas, fazia até sentido ter uma coordenação então."

Exigia-se dos candidatos a membro do grupo, que estivessem em terapia pessoal, não necessariamente psicanalítica. Entretanto, ...

"... as pessoas de outras linhas nunca ficaram no GRAP. O discurso delas acabava ficando meio "frouxo" ... Tivemos também muita gente ligada à teoria sistêmica aplicada ao tratamento de famílias. Isto foi uma coisa muito forte no GRAP ... tinham pessoas que queriam instituir a terapia sistêmica a qualquer custo ... é aquela história, o indivíduo em surto é apenas um depositário da "doença da família", daí, acompanha-se a família e não o "membro doente". Isto levou a um conflito. Hoje prevalece a idéia de que nós tratamos do indivíduo em surto".

Note-se aqui como o GRAP também passa por uma crise maior, em que alguns membros terminam por sair do grupo. Isto se deu entretanto por divergências técnicas mais claras e o resultado final da crise não foi a dissolução do grupo.

Esta influência da teoria sistêmica também aconteceu na EAP, que chegou a ter vários membros de seu grupo fazendo juntos uma formação na linha sistêmica. Entretanto esta nunca chegou a

ter uma influência maior sobre a forma de trabalhar do grupo, em parte porque de uma maneira geral seus membros tinham um entendimento psicanalítico do que se passava aos pacientes e suas famílias, mas principalmente porque este projeto de acompanhar a família em geral não estava incluído -- ou pelo menos dificilmente era explicitado -- na demanda dos que solicitavam acompanhamento (nem médicos, nem famílias. Mas as famílias talvez até pudessem se interessar se os médicos assim apresentassem sua proposta de acompanhamento)¹³⁸.

No caso do GRAP, até pela característica de "teorizar mais" de seus membros (na época), esta influência foi mais forte, encontrando também uma oposição consistente. Vejamos que é inequívoco que o trabalho dos acompanhantes repercute sobre a família do paciente; porém, mais frequentemente, acontece dos acompanhantes terem de fazer intervenções junto à família para que o paciente possa ser tratado e não para tratarem aquela. Como se fosse necessário criar as condições para que o paciente pudesse "mudar".

Dificilmente acontecia um caso em que um terapeuta de família sistêmico chamasse acompanhantes para complementarem o seu trabalho¹³⁹. Se eventualmente trabalhava-se com eles, isto se

¹³⁸ Lembrando porém que estes últimos sempre demandaram de seus auxiliares que estes "manejassem" a família; porém, de forma "oficiosa" e não desde o lugar de um terapeuta que tivesse como seu "objeto" a família.

¹³⁹ Apesar da simpatia que muitos acompanhantes passaram a nutrir pela teoria sistêmica aplicada ao tratamento de famílias, a partir da década de oitenta. Esta teoria ofereceu oportunidade para uma articulação teórica da intervenção do acompanhante. Em linhas gerais, ela propunha que o grupo familiar fosse entendido como um "sistema", composto por elementos que cumprem funções interrelacionadas, que conferem ao grupo familiar um equilíbrio dinâmico. Uma alteração na função desempenhada por um destes elementos, refletiria necessariamente naquelas desempenhadas pelos outros. No caso das famílias em que um dos membros se apresentasse "doente", esta "doença" seria entendida como cumprindo uma função compatível com a "homeostase", ou equilíbrio daquele grupo familiar. Daí supor-se ser necessário abordar a família uma vez que a "doença" seria "familiar". (quanto a isto ver

dava por um chamado do psiquiatra, num caso em que já havia um terapeuta de família atendendo. As trocas entre este e a equipe de acompanhamento poderiam ser ricas e proveitosas -- muitas vezes o acompanhante participava das sessões de terapia familiar -- mas em geral este não era um recurso proposto por este tipo de terapeuta, mas sim pelo psiquiatra.

É importante que se diga isto, para deixar claro que o acompanhante nunca estava autorizado a ser um terapeuta de família. O acompanhamento nunca era -- oficialmente -- para a família, mas sim para o paciente. Por outro lado, a dimensão da intervenção do acompanhante junto à família existe, é importante e demanda, assim como as outras dimensões de sua intervenção, ser continuamente pensada.¹⁴⁰

por exemplo, Bateson, G. 1971, Minuchin, S. 1974 e HALEY, 1974).

Algumas das técnicas utilizadas por alguns destes terapeutas sistêmicos encaixavam-se bem com o tipo de intervenção que, um pouco "às escuras", vinha fazendo o acompanhante. Por exemplo, uma das articulações possíveis dava-se em torno da idéia de que uma mudança na forma de interagir da pessoa com os outros e com o mundo externo em geral poderia levar ao "insight" e não necessariamente o contrário.

Logo, articulando-se isto ao fato de terapeutas sistêmicos utilizarem prescrições diretivas (baseados numa leitura teórica que é bem mais elaborada conceitualmente do que aquela em que se baseia usualmente o psiquiatra para "sugestionar" o paciente) e de eventualmente trazerem dados de sua *agenda pessoal* para a cena terapêutica, cria-se um campo fértil para articulação desta teoria com a prática do acompanhante, de quem sempre se esperou uma certa *diretividade*, ao mesmo tempo em que uma maior exposição "pessoal". Em princípio, pareceria-nos inteiramente legítima a articulação terapêutica entre um terapeuta familiar sistêmico e acompanhantes, mas esta não tem sido uma tendência predominante entre os grupos de acompanhamento no RJ.

140 Já quanto à teoria psicanalítica, poderia-se evocar o que Freud chamou de "ganho proveniente da doença":

"Penso nos neuróticos de guerra, que não tem de servir precisamente porque são doentes. Na vida civil a doença pode ser utilizada como uma tela para encobrir a incompetência na profissão de alguém ou na concorrência com outras pessoas, enquanto na família pode servir de meio para sacrificar os outros membros e extorquir provas de amor destes, ou para impor a vontade sobre eles." (1926, pg. 253).

O acompanhante teria a possibilidade de intervir sobre estes "ganhos" (e não apenas sobre os do paciente, mas, talvez em igual medida, sobre os de outros membros da família). Mas vejamos como Freud continua:

"É curioso, contudo, que o paciente -- isto é, seu ego -- nada saiba de toda a concatenação desses motivos e das ações que eles envolvem. Combate-se a influência destas tendências compelindo-se o ego a tomar conhecimento delas. Mas há outros motivos, que se acham situados ainda mais profundamente, para que alguém se apegue à doença, com os quais não é tão fácil lidar." (ibid).

Com relação aos primeiros "motivos", o acompanhante estaria apto a intervir sobre eles, com sua atuação junto à família. Note-se neste trecho de Freud a referência à "spaltung" constitutiva do sujeito da psicanálise. Noção fundamental, que cria uma tensão na hora de uma articulação prática entre psicanálise e psiquiatria (conforme Birman, 1991. Ver também

Como já indicado antes, o GRAP apresentou uma trajetória, no que diz respeito à postura de seus membros em relação ao "saber", que foi de certa maneira oposta à da EAP. O depoimento é de um de seus membros, no GRAP desde 1986:

"Na nossa última seleção, entrou um estudante. Isto porque hoje nós estamos selecionando pessoas diferentes; os nossos critérios sempre foram baseados "no saber" ... teve uma época em que o grupo tinha várias pessoas fazendo mestrado ... isto era sintomático; não era à toa que isto acontecia. Dáva-se um valor muito grande ao "discurso". E o GRAP "encheu" disso. Hoje queremos uma outra coisa. Achamos mais importante o trato com as pessoas, como é que o acompanhante lida com as pessoas, com os pacientes ... se têm "jogo de cintura", uma certa maleabilidade, abertura para o outro ... são estes os nossos critérios de agora. O "saber" ficou para um segundo plano".

Perguntado se este "jogo de cintura" não implicaria num saber, ele continua ...

"Sim, mas não acadêmico. Como o sujeito adquire isto, ... aí é do inconsciente de cada um ... não existe um caminho ... mas voce nota que têm pessoas ... por exemplo este estudante que nós selecionamos recentemente... você nota que ele é "safo", tem uma sensibilidade, sabe perceber quando está "indo demais". É o

que nós valorizamos mais hoje. O saber acadêmico acabou se tornando um fator de resistência; já perdemos casos por "excesso de saber". O acompanhante chegava na casa da pessoa "sabendo muito". Voltando ao caso do nosso último estudante, ele é muito mais acessível ao saber do outro; mas não pela sua condição de estudante ... nós já tivemos estudantes muito arrogantes. Nós não queremos mais gente arrogante".

Questão complicada a que coloca este depoimento. A começar pelo fato dele ter sido prestado por um dos mais antigos membros do GRAP, psicanalista de tendência lacaniana, fazendo mestrado e que, inegavelmente, orienta-se em seu trabalho por um entendimento clínico/psicanalítico do que se passa ao paciente. O problema a pensar seria o quanto o saber deste "estudante safo" que pode ser o acompanhante, seria permeado pela "orientação" psicanalítica que predomina no grupo ou instituição ao qual ele pertence. A ideologia destes já ofereceria uma estrutura mínima capaz de dar algum enquadramento à prática de seus membros.¹⁴¹ Lembremos que o trabalho de acompanhamento é eminentemente grupal, no sentido em que na maioria das vezes não encontramos um caso sendo atendido por apenas um acompanhante, mas sim por uma equipe. Pelo perfil de seus dez membros, o GRAP hoje em dia não teria condições de montar uma equipe com pessoas "desinformadas da teoria". Por outro lado há esta referência à noção tão psicanalítica de "saber inconsciente". Pensamos que não é pouco importante para a prática de um determinado acompanhante, se ele toma em conta noções como esta.

¹⁴¹ Portanto pensar o acompanhamento como uma "prática pura" parece-nos complicado.

Se o GRAP de fato apresentou uma tendência no sentido de uma menor valorização do saber acadêmico, foi antes para "polir os excessos", do que para afastar definitivamente a perspectiva de uma compreensão teórica dos casos atendidos e muito menos de uma intervenção terapêutica do acompanhante.

Sobre o percurso clínico de seu grupo, este membro do GRAP nos dirá ainda:

"No início nós só atendíamos a pacientes psicóticos em crise. Não me lembro de termos atendido pacientes como os que temos atendido hoje. Outro dia atendemos um paciente fóbico. Foi ótimo. Antes o acompanhamento estava marcado por ser um atendimento à psicose. Acho essa mudança super produtiva para nós acompanhantes. Às vezes são pacientes até muito mais difíceis, porque muito mais "próximos"; você se pergunta muito mais pelo seu papel, pela sua função, do que você se perguntava quando estava atendendo a um paciente em crise, quando a sua função era muito mais clara. O cara estava delirando, alucinando, ninguém questionava o nosso papel. Nós estávamos ali para "estar com o paciente", porque ninguém aguentava estar."

Depoimento que toca em questões da maior importância: primeiro, a mudança no perfil dos pacientes atendidos, ou seja o surgimento de uma nova demanda feita aos acompanhantes; segundo, ante esta nova demanda, o acompanhante perguntaria-se muito mais sobre a sua função.

Portanto, se o perfil daqueles que acompanham muda, como mostramos, isto também se dá com os pacientes atendidos. O fato é que, tanto o GRAP quanto o APSI, os dois grupos de acompanhamento que mais trabalham hoje no RJ, passaram a atender um maior número de casos em que, não apenas o paciente não era psicótico, como muitas vezes não estava no que poderia ser considerado como uma crise psiquiátrica aguda. Trabalhos em que as tais intervenções objetivas dos acompanhantes encontraram bem maiores dificuldades, como mostraremos na próxima seção deste capítulo. Daí o atendimento a casos assim promover um maior questionamento daquele que acompanha sobre o seu "papel", como nos disse o membro do GRAP.

A que se poderia creditar esta mudança no perfil dos pacientes atendidos? A uma eficácia demonstrada pelos acompanhantes na lida com estes pacientes? Diríamos que, pelo contrário, o trabalho de acompanhamento poderia ser considerado "de sucesso", se se tomasse como referencial a sua capacidade de evitar uma internação psiquiátrica durante um período de crise.

O problema é que, reconhece-se com facilidade, quanto aos pacientes geralmente atendidos por acompanhamento, a insuficiência de um procedimento que vise apenas a debelar uma "crise". O acompanhamento até poderia ser um procedimento exclusivamente destinado a cumprir com esta função; de fato, já seria importante. Outros recursos terapêuticos seriam então responsáveis por fazer o restante do tratamento.

Acontece que, como apontou nosso entrevistado do GRAP, os acompanhantes começam a ser chamados para o atendimento a casos em que não está em jogo uma crise; ou são chamados a continuar em casos em que a crise propriamente dita já foi debelada, com a sua participação. Entendemos que isto revelaria não tanto o sucesso da intervenção dos acompanhantes nestes casos -- ou nestes momentos de certos casos -- quanto a insuficiência da intervenção dos analistas e psiquiatras para lidar com eles.¹⁴²

Porém, se aqueles que chamavam os acompanhantes quiseram contar com a intervenção destes últimos para além dos momentos de atendimento à crise, não se observou por parte deles um esforço de reflexão sobre o que isto representaria. Continuaram valendo axiomas -- e o que é pior, nem sempre de maneira declarada -- como "a intervenção do acompanhante é objetiva", ou "ele deve trazer o paciente para a realidade", ou "o vínculo do acompanhante com o paciente não cura". Voltaremos a isto mais à frente.

Por outro lado deve-se levar em conta o maior interesse dos acompanhantes por estes casos, já que neles a dimensão "menos psiquiátrica" (objetiva) de sua intervenção acaba sobressaindo-se. Os acompanhantes cada vez mais mostram-se disponíveis para o atendimento a casos em que o que está em jogo não é simplesmente o "debelar a crise".¹⁴³ Mas isto por si só não

¹⁴² Insuficiência que eles parecem querer "exorcizar" com a indicação do acompanhamento, que passa a possuir, ele sim, a qualidade de prática "insuficiente".

¹⁴³ Note-se que isto é compatível em primeiro lugar com o entendimento de que a crise advém de uma série de circunstâncias da vida familiar e/ou subjetiva do paciente e de que, estas

nos pareceria suficiente para determinar uma mudança maior, na medida em que os acompanhantes, até os dias de hoje, ainda não têm uma clientela composta por famílias ou pacientes que os procurem diretamente. A maior parte de seus pacientes, chegam por intermédio dos médicos, o que é uma consequência direta do fato do acompanhamento ainda não ser tido como um tratamento em si, mas como uma parte coadjuvante de um tratamento. Quem trata é o médico ou o terapeuta de consultório; o acompanhamento poderá ser um dos recursos utilizados por ele.

Acreditamos que tenha sido fundamental para esta mudança o fato dos médicos e analistas que solicitam acompanhamento sempre terem tido, em maior ou menor grau, uma expectativa -- **não assumida** -- de que o acompanhante tivesse uma ação não tão objetiva, mesmo quando o objetivo era apenas "atender a uma crise". É desta confluência da demanda ambígua dos "médicos" com o maior interesse dos acompanhantes pelo aspecto "menos objetivo" de sua intervenção, que pensamos derivar esta alteração no perfil dos casos atendidos por acompanhamento.¹⁴⁴

Sobre o porque deste "estar junto" com o paciente ser terapêutico, voltamos ao depoimento do acompanhante do GRAP:

sim, é que deveriam ser tratadas. A crise não é uma "pane corporal"; ela tem um sentido que pode ser decifrado e trabalhado. Em segundo lugar, subjaz a esta nova atitude do acompanhante a noção de que a sua intervenção possui um alcance que vai além do que aparece explicitado na demanda que lhes lançam médicos e analistas.

¹⁴⁴ Poderia-se levantar a hipótese de que, mais do que um desejo do acompanhante ou do psiquiatra, estaria em jogo na mudança que estamos problematizando, uma influência da psicanálise, determinando uma espécie de "seleção natural" dos pacientes atendidos por acompanhamento dentro do campo tradicionalmente coberto pela psiquiatria. Porém, "seleção natural" não determinada pelo sucesso que faria o acompanhamento em alguns casos, enquanto que em outros não, mas sim por uma série de fatores que dizem respeito a articulações táticas; e voltamos a insistir que, ainda que assim seja, não precisaríamos desmerecer as práticas que delas advêm. Fundamentalmente, caberia-nos não reificá-las, para poder pensá-las mantendo, o máximo possível, uma atitude crítica.

"Com um psicótico, o fato dele ter alguém na escuta, mas uma escuta diferenciada, como a que nós temos, alguém que estará por perto para escutar o que pode parecer absurdo aos ouvidos. Isto tem um valor terapêutico, por permitir ao sujeito se organizar; Isto dá uma realização a ele, mínima que seja".

Portanto, ênfase na questão da *escuta* e mesmo no caso dos pacientes psicóticos. Gostaríamos de frizar aqui que, se o acompanhante acha que seu escutar é importante, é porque -- como parecerá óbvio -- ele acha importante que o paciente fale. Coerentemente com isto, desenvolverá, conscientemente ou não, *manejos técnicos* que façam com que o paciente fale. Por trás disso, está a questão do *sentido*, que passa a ser um referencial importante para o acompanhante. Poderíamos dizer que o acompanhante privilegia, cada vez mais, na sua prática terapêutica, o fato dela possibilitar ao paciente que este atribua sentido às suas experiências, enquanto que o médico, muitas vezes, estará mais interessado nas realizações objetivas que o acompanhante possa efetuar junto ao paciente.

O acompanhante aceitará cumprir com tarefas mais objetivas como "sair com o paciente", levá-lo aos mais diversos lugares, fazer coisas juntos, mas, sempre atentando para a possibilidade de que este esteja conferindo sentido àquilo que está fazendo, sentido que não tem como referencial a realidade objetiva dos

fatos, mas a realidade subjetiva do paciente.¹⁴⁵

Só que aí ele começará a trazer problemas para aqueles que entendem a sua intervenção segundo um olhar psiquiátrico (e, quanto a isso, não importa que sejam psiquiatras, psicanalistas ou terapeutas quaisquer); isto porque, estes muitas vezes desejarão do acompanhante basicamente este fazer psiquiátrico; quando este último vier com alguma consideração "clínica" que não caminhe nesta direção, poderá tornar-se pouco conveniente.

Mas também porque, tomando a categoria do "sentido" como referencial para a sua prática, o acompanhante pode se reivindicar clínico, balançando o equilíbrio político da equipe terapêutica, baseado na soberania do psiquiatra e do psicanalista.

A relação do acompanhante com o paciente ganhará uma outra densidade, quando não mais referenciada a uma suposta realidade objetiva, comum aos "normais", na medida em que saudáveis. Se o acompanhante não está junto ao paciente para fazê-lo "fazer as coisas que tem de fazer", seu trabalho torna-se bem mais complexo.

¹⁴⁵ E aqui poderíamos articular isto ao que diz Birman, comentando a abolição sujeito na experiência da loucura, operada pelo saber psiquiátrico:

"A oposição entre sentido e explicação deve ser considerada aqui de forma rigorosa, pois neste contexto os dois conceitos correspondem a diferentes formulações da problemática da verdade (inclusão/exclusão do sujeito da experiência como referencial fundamental da verdade, consideração da adequação/inadequação da verdade do sujeito a um objeto situado fora dele." (1991, pg. 37). E mais à frente completará:

"... a ruptura teórica introduzida pelo discurso freudiano na tradição psiquiátrica sobre a loucura, representou exatamente esta reviravolta fundamental. (...), patrocinando um retorno à principalidade do sentido do sujeito na experiência da loucura e um afastamento da verdade codificada primordialmente como explicação." (ibid, pg. 40).

Se ante o delírio de um paciente o acompanhante não diz "isto é coisa da sua cabeça, você precisa se tratar etc", sua intervenção deixa de ser óbvia, evidente, principalmente aos olhos da família. Esta poderá considerar por exemplo que os acompanhantes estariam tendo pretensões "terapêuticas" descabidas, ao invés de cumprirem com aquilo que deveriam fazer. Quando deveriam estar "motivando" o paciente para fazer as coisas que "deve" fazer, estarão sentados a seu lado, a conversar, muitas vezes "sem fazer nada" ...

É bem verdade que, para que isto chegue a acontecer, será preciso que a intervenção mais objetiva do acompanhante -- fazer coisas junto ao paciente -- tenha se mostrado vã. Como já foi dito, ela não será evitada a priori pelo acompanhante. Ele apenas procuraria articular estes dois aspectos em sua intervenção, o que só se torna complicado pelo fato do sentido atribuído pelo paciente às suas experiências -- e portanto a direção que dá aos seus "fazeres" -- nem sempre ser compatível com as expectativas de seus familiares e eventualmente do próprio psiquiatra. É sobre isto exatamente que falaremos na próxima seção.

O IMPASSE NA CLÍNICA

Mostramos portanto, como houve, a partir do início da década de oitenta, uma *tensão* que perpassou e perpassa aqueles que fazem acompanhamento, nos grupos que se formaram no RJ. Utilizamos para isto a discussão de textos que falam da passagem

do auxiliar psiquiátrico ao acompanhante terapêutico, além das atas das reuniões do EAP e de depoimentos de membros deste grupo e do GRAP. Porém, não abordamos tanto as relações entre esta *tensão* e os impasses com os quais o acompanhante vai se defrontando em sua clínica. Pensamos que faltaria fazermos portanto, uma discussão que tenha como referência a prática clínica dos acompanhantes.

Para tanto utilizaremos agora a apresentação e discussão de dois fragmentos clínicos de casos atendidos por acompanhamento. Insistiremos no ponto de que, *a influência das origens "antipsiquiátricas" do acompanhamento, somada à crescente influência da psicanálise sobre os acompanhantes, determinará que estes entrem em conflito com o tipo de demanda que lhes fazem aqueles que lhes mandam casos, ao se depararem com certas dificuldades que se apresentam no curso do tratamento dos pacientes acompanhados.* O primeiro caso, destina-se a mostrar como a *demanda psiquiátrica* feita ao acompanhante (intervenção objetiva, trazer para a realidade etc), pode funcionar relativamente bem; já o segundo procurará mostrar um caso em que tais demandas esbarram em sérios impasses, colocando os acompanhantes em posição de tentarem novos caminhos terapêuticos.

Caso 1

Um grupo de acompanhantes é chamado a atender, junto a um

psiquiatra, um paciente em *surto maníaco*¹⁴⁶. Este tinha na época cerca de cinquenta anos, casado pai de dois filhos e com uma carreira profissional destacada.

Inicialmente, ficou com carga horária integral de acompanhamento, caracterizando bem aquilo que na entrevista discutida acima (pg.180 e seguintes) foi chamado de "internação domiciliar". Foi medicado com doses relativamente altas de psicofármacos, dada a resistência que apresentava à ação destes últimos.

O chamado aos acompanhantes deu-se por iniciativa do psiquiatra, uma vez que a família já não sentia-se em condições de oferecer o cuidado que o paciente demandava. Este já não dormia, passando o tempo todo a empreender coisas, num ritmo frenético. Como último recurso antes da internação numa clínica -- que a família parecia disposta a evitar a qualquer custo -- tenta-se o trabalho de acompanhamento.

Nos primeiros dias do trabalho, os acompanhantes fazem uma espécie de "corpo a corpo" com o paciente, que só tinha saídas liberadas para o caso de uma volta de carro, com acompanhante e motorista (esta era uma situação que acalmava o paciente, que chegava a dormir). Durante o tempo em que permaneciam junto a ele em casa, respondiam pacientemente às suas demandas, tão repetitivas quanto ininterruptas, com um discurso que variava pouco de acompanhante para acompanhante e que visava basicamente

¹⁴⁶ Conforme Kaplan e Sadock, 1990, pg. 310.

marcar as prescrições médicas e trazer alguma consciência ao paciente, de que ele passava por uma crise e que portanto precisava de tratamento. Por exemplo: "Não, voce não pode dar este interurbano, pois isto está proibido pelo seu médico. Você iria se expor, não é o momento de pensar em trabalho. Dentro de algum tempo você estará recuperado e em condições de retomar suas atividades normais".

O fato do acompanhante falar "em nome do médico" apresenta dois aspectos: primeiro, que o psiquiatra ocupava efetivamente um lugar de comando na condução do tratamento, sendo "seu" o paciente. Segundo que, estrategicamente, era interessante e talvez até necessário ao acompanhante, remeter a uma outra instância um poder maior de decisão. Passar seis horas seguidas dizendo "nãos" a um paciente em surto maníaco, fica bem mais fácil quando se pode dizer que "estamos cumprindo com as prescrições de seu médico", dada a tendência destes pacientes a passarem de um humor alegre a outro irritadiço (conforme Kaplan e Sadock, 1987, pg. 310). Na consulta com o médico, o paciente fazia todas as suas reivindicações, a maioria das quais o médico teria que recusar, em seu próprio nome, mas apenas por um período de quarenta minutos.

Com este tipo de estratégia, preservava-se as relações de acompanhantes e médico com o paciente. Uns, diziam não o tempo todo, mas não falavam em seu próprio nome. Outro, assumia a responsabilidade pelas prescrições, mas ficava apenas um pequeno período de tempo com o paciente (os telefonemas ao psiquiatra,

para solicitações as mais diversas, eram severamente controlados pelos acompanhantes -- sempre "por prescrição do médico").

Com o passar do tempo, algo em torno de um mês, o paciente começaria a ceder mais sensivelmente aos efeitos da medicação, sendo este um sinal de que seu quadro estava prestes a ser debelado. Logo demonstraria capacidade para voltar às suas atividades normais, não mais delirantemente, como quem não tem e nunca teve problema algum, mas como quem reconhece que, aos poucos, vai se recuperando de uma grave crise psíquica. A carga horária do acompanhamento vai sendo progressivamente diminuída, até que o paciente fique somente com um acompanhamento médico e psicoterápico do psiquiatra, que, no caso, tinha formação psicanalítica.

Neste caso, o que fizeram os acompanhantes? Depararam-se com uma série de situações análogas àquela apresentada na entrevista discutida no capítulo três. O paciente necessitava de um cuidado permanente, já que seu comportamento maníaco levava-o "chocar-se" permanentemente com as limitações impostas pela "internação domiciliar". A cada nova tentativa do paciente, os auxiliares repetiam que isto estava proibido por uma determinação do médico, já que assim ele estaria "se expondo", correria o risco de perder o emprego, pois estava atravessando uma crise, mas que vai passar, enfim, procuravam "trazê-lo para a realidade".

A função princeps dos acompanhantes era este "conter,

trazendo para a realidade"; apresentavam-se então como representantes do médico. Mas se em seu lugar não estava um enfermeiro (opção bem mais barata), era porque esta contenção tinha uma natureza simbólica; em nenhum momento os auxiliares chegavam a segurar, fisicamente, o paciente, sempre contendo-o, como se diz, *verbalmente*. Podiam fazer isto de uma maneira compatível com o padrão sócio-cultural da família atendida e do médico que com eles trocava informações, o que já não acontecia no caso dos enfermeiros psiquiátricos.

O caráter "simbólico" da contenção que oferecem os acompanhantes, ficaria ainda mais claro, na medida em que o paciente fosse melhorando. Logo que possível arriscariam uma andada na praia, um cinema, ou um programa qualquer que fosse "distraindo", enfim, entregariam-se a uma "amistosa" convivência social com o paciente e mesmo com a família deste. Efetivamente, no que diz respeito a esta "convivência amistosa" com o paciente e sua família, isto estava em jogo desde o início. Os acompanhantes dormem, almoçam, jantam, com estes últimos, um pouco como se fossem hóspedes, em visita (aí entra a importância dos acompanhantes serem pessoas de um nível social próximo ao do paciente). Portanto, mesmo aqui seria complicado dizer que os acompanhantes teriam uma ação objetiva. Ter-se-ia que esclarecer em que sentido isto estaria sendo dito.

Sem dúvida era importante que os acompanhantes intervissem discursivamente, em vários momentos, com uma série de observações que visavam trazer dados de uma realidade

"objetiva" ao paciente, como que para aos poucos "trazê-lo de volta" a esta. O discurso da equipe de acompanhantes seria basicamente o mesmo no que diz respeito a dois pontos principais: o reforço ao paciente das prescrições médicas, quando de suas tentativas de avançar sobre os limites impostos pela internação domiciliar e a tentativa de conscientizá-lo de que passava por uma crise -- efetivamente isto se fazia necessário, no mínimo para que o paciente tivesse explicações por estar sendo "desautorizado" quanto às suas vontades, em quase todos os momentos.

Mas a relação de cada um com o paciente vai adquirindo uma cada vez maior singularidade, na medida em que expandem-se os limites da "internação domiciliar", inicialmente muito estreitos, e na medida em que o paciente vai "melhorando", quando enriquecem-se as trocas simbólicas que ele pode realizar no contato com outros sujeitos. Se e como esta "singularidade" da relação de cada acompanhante com o paciente contribui para o resultado terapêutico esperado é coisa pouco investigada e que de fato não parece ter um papel fundamental em casos de acompanhamento a pacientes com este tipo de diagnóstico.

Acreditamos que não foi a toa que a situação apresentada na entrevista que discutimos acima, envolvendo a ação de um "auxiliar" (pg. 191), foi semelhante a uma destas; os casos de mania oferecem, efetivamente, muitas ocasiões para este "confrontar o paciente com a realidade, de forma objetiva e segura". O paciente, em geral, sairá da crise com o passar do

tempo, aparentemente muito mais por uma ação dos medicamentos psiquiátricos e de um caráter cíclico próprio de sua "doença",¹⁴⁷ do que pelo contato que teve com os acompanhantes e/ou pelas elaborações subjetivas que eventualmente pudesse ter feito junto a eles ou a outro psicoterapeuta.

O "vínculo afetivo" singular que em geral terá sido estabelecido entre paciente e cada um dos acompanhantes, terá funcionado (assim como a medicação psiquiátrica), do ponto de vista do resultado final do tratamento, para que o paciente fique mais dócil aos limites que lhe serão impostos, contribuindo também para que a crise e o seu tratamento sejam menos desgastantes e sofridos, para este último.¹⁴⁸

O médico conta com esta espécie de "arte" dos acompanhantes, já que, de outro modo, teria provavelmente que ou internar o paciente, ou que ficar atendendo a dezenas de telefonemas diários da família, que, cansada, encontrava-se prestes a entrar em colapso. Os acompanhantes também tranquilizam a família, que poderá estar mais ou menos preparada para enfrentar a situação, muitas vezes assustada e perplexa ante uma primeira crise de um de seus membros.

São casos em que as divergências entre acompanhantes e médicos são menos frequentes, dado que estes pacientes são em geral pouco afeitos a um trabalho de introspecção, ou a falar

¹⁴⁷ "Um surto maniaco não tratado dura por volta de três meses;" (Kaplan e Sadock, 1990, pg. 313).

¹⁴⁸ Mas falar assim de seu "ser terapêutico" é pouco para os acompanhantes.

sobre suas angústias e sofrimentos, em geral "rechaçados" pelo próprio mecanismo da "doença"¹⁴⁹. Na medida em que vão saindo da crise, retornam a uma situação de estabilidade, em que aparecem em razoável sintonia tanto com o meio social que o cerca, quanto com eles mesmos. Com isto, os acompanhantes praticamente ficam limitados a ser "enfermeiros de luxo"¹⁵⁰, ou até mesmo uma espécie de assistentes sociais durante a crise; papel importante, mas que não satisfaz suas ambições mais especificamente "psis", ao mesmo tempo em que encaixa-se perfeitamente com aquilo que deles espera o psiquiatra.

Um fator importante a contribuir para esta harmonia entre os que acompanham e o psiquiatra, é o caráter cíclico das crises destes pacientes; principalmente quando o episódio combatido é o de mania ¹⁵¹, eles, num grande número de vezes, voltam a suas vidas "normais" com o final da crise, não deixando muito espaço para que se pense num acompanhamento pós-crise.

Mas tudo isto será bastante diferente no caso do paciente ter, por exemplo, aquilo que se costuma reconhecer como "esquizofrenia". Neste caso, o paciente terá assumido uma série

¹⁴⁹ Sobre o que seria a "covardia" do paciente em mania, Colette Soler dirá: "Consiste en ceder sobre el deseo de saber; de saber, no qualquier cosa, sino precisamente lo que la ciencia forcluye, o sea el inconsciente que determina al sujeto. Ella es pecado contra "el deber de bien decir o de situarse en el inconsciente, en la estructura", pecado contra el deber freudiano, aquel que invita al sujeto al coraje de la verdad y que se enuncia, en boca de Freud, así: "ahi donde eso era, yo debo advenir" (1989, pg. 60). Mesmo nos períodos entre-crisis, ou pós-crise de pacientes que fazem surtos maníacos, observa-se isto que Soler chama "covardia".

¹⁵⁰ Na verdade esta fantasia não tem tanta pertinência. O bom acompanhante não é aquele que "sabe dar injeções melhor do que ninguém", mas aquele que estabelece o "melhor vínculo" com o paciente. Pensamos que a fantasia de ser um "scort", apontaria melhor para a natureza subjetiva do papel do acompanhante. O enfermeiro trata de um corpo e não de um sujeito -- seja este social, do inconsciente etc e não porque só saiba fazer assim, mas porque têm sido orientado para isso por seus contratantes).

¹⁵¹ Nos pacientes que apresentam o chamado distúrbio bi-polar, pode sobrevir uma fase depressiva, com a continuação do acompanhamento. Mas poderão haver aqueles pacientes que não apresentarão um distúrbio depressivo grave, ou que não o apresentarão imediatamente após o episódio maníaco. No caso a que fazemos referência o paciente não apresentara episódios depressivos relevantes em sua vida.

de "comportamentos estranhos", mas que, entretanto, estarão solidamente fundamentados em uma racionalidade delirante -- muito mais sistematizada e arraigada do que aquela que eventualmente poderá ser observada em pacientes maníacos -- e muitas vezes também às "evidências" que lhe são impostas por uma atividade alucinatória igualmente sistemática (o escutar vozes é o exemplo mais frequente), "contra" o que os efeitos dos psicofármacos serão bem mais modestos.¹⁵²

Diferentemente daqueles em surto maníaco, serão pacientes com uma vida social e/ou afetiva pregressa "empobrecida", ou já marcadas por um certo desvio em relação aos padrões de normalidade. Se, por um lado, temos que reconhecer que os neuroléticos são capazes de diminuir a intensidade com que o paciente esquizofrênico vive o delírio e as alucinações, por outro, é reconhecido que muitas vezes este sai de uma situação delirante para a de um "esvaziamento psicótico"¹⁵³.

Mas o importante é registrarmos que, mesmo que passada uma crise, estes pacientes, na maioria das vezes, não retornam a uma situação ego e/ou sócio-sintônica, quase sempre permanecendo às voltas com enígmata os quais, frequentemente, mostrarão interesse

¹⁵² "Esta sucinta exposição tende a fazer perceber como um agente farmacológico pode, ao atingir estes circuitos, modificar, e mesmo suprimir o vivido psíquico que os implicou. Opera-se portanto uma dissolução do substrato neurobiológico desse vivido, mas nada fica resolvido no plano psíquico onde ele tem sua origem. Esta ação organodinâmica fica muito limitada em sua qualidade: na ocorrência, ela é apenas da ordem da inibição ou extinção de uma dada atividade neuronal, e nada tem de comparável à finura e riqueza qualitativa do vivido psíquico." (Kammerer e Wartel, 1986, pg.39).

¹⁵³ "Se se considera a evolução das esquizofrenias, a transformação sob neuroléticos é patente, e se exerce no sentido de uma banalização da vida do esquizofrênico. Provavelmente, o retorno à vida ordinária será, depois da evasão delirante, a prova mais temível que o esquizofrênico deverá enfrentar." (Daniel Ginestet, 1986, pg. 77). Mas existem também aqueles pacientes que, uma vez medicados, recuperam a possibilidade de algum tipo de interação social, ainda que conservando um núcleo extremamente resistente de "atividade delirante".

em "dividir" com um outro interessado e que lhe pareça confiável. Dizendo de outra maneira, passado o atendimento de crise, continua havendo uma demanda do próprio paciente -- por ajuda -- ou da família -- por tratamento (do paciente)¹⁵⁴. Além disso há uma disponibilidade dos terapeutas e do psiquiatra para um tratamento contínuo e de longo prazo, uma vez que reconhece-se um equilíbrio precário da vida psíquica, familiar e social do paciente, que em geral passa longos períodos fazendo uso de medicação psiquiátrica.

Em casos assim, não fica tão claro o que podem e/ou devem fazer os acompanhantes. As demandas que lhes são lançadas pela família e pelo médico, serão, em geral, bem mais difíceis de serem alcançadas.¹⁵⁵ Vejamos um exemplo:

Caso 2

Um jovem de seus vinte e poucos anos afastou-se progressivamente de suas atividades sociais, até que, não mais saindo de casa, começou a apresentar uma série de comportamentos que, a um primeiro olhar, seriam considerados "bizarros" e sem sentido. Concluiu seus estudos universitários, mas sempre mostrara, contudo, dificuldades em sua "vida social", principalmente a partir da adolescência, quando os amigos

¹⁵⁴ Pacientes assim nem sempre demandam "tratamento psíquico" embora possam demandar ajuda de um outro tipo, geralmente de uma forma compatível com as significações articuladas em sua atividade delirante.

¹⁵⁵ Mesmo em casos de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, poderá acontecer do paciente ter preservado uma disponibilidade ou vontade para introduzir-se no social (arrumar um emprego, tentar sustentar-se etc). Quando isto acontece, o auxiliar poderá ajudá-lo nestas tarefas, o que será considerado como a tal "intervenção objetiva do auxiliar". Ele não apenas ajudará o paciente a planificar a sua "inserção no social", como também oferecerá seu apoio nos momentos difíceis que eventuais fracassos possam trazer.

começaram a procurá-lo para sair com meninas, ir a festas etc.

Um psiquiatra atende o paciente e, algum tempo depois, a família recebe a indicação de um analista (via amigos e não por indicação do psiquiatra). Este inicia o atendimento ao paciente que, entretanto, recusa-se a sair para ir às sessões. O analista indica então um acompanhamento, no qual dois acompanhantes, um homem e uma mulher, mais ou menos da mesma faixa etária do paciente, *deveriam tentar levá-lo às sessões de análise, além de promover alguma forma de "ressocialização" deste último.*

Os acompanhantes atendem ao paciente quatro vezes por semana, durante três horas, o que indica que a função que realizavam não era a de uma "internação domiciliar" (afinal, o paciente recusava-se a sair de casa). *Mas há, na demanda que lhes faz o analista, um forte acento naquelas "tarefas objetivas"; levar o paciente às sessões, ou procurar realizar atividades com ele, sejam jogos, passeios etc.*

Vejamos agora: o paciente não ia ao analista, porque não via sua doença como sendo "psicológica". Sabia, até demais, já que sua lógica parecia inabalável ante qualquer argumentação, porque agia como agia. Não deixava de ir ao analista por esquecimento, porque não conseguia andar sozinho, ou coisa que o valha. Por outro lado, não estava passando por uma crise cíclica, que ao término de algum tempo, ante a ação dos psicofármacos ou do seu tempo próprio, regridiria, com o paciente voltando a sua vida social "normal". Tinha-se a

impressão de um quadro patológico de desenvolvimento "progressivo", no qual os terapeutas e psiquiatra deviam lutar para evitar uma cronificação do paciente.

Embora este formulasse uma série de queixas e demandasse ajuda, isto se referia sempre ao que seria um *mal funcionamento de seu corpo, de seu metabolismo*. Não se considerava um "doente mental", não tendo apresentado, explicitamente, em qualquer momento de seu atendimento, uma demanda de tratamento psicoterápico ou psiquiátrico.

Tanto com relação ao psiquiatra, quanto ao analista e aos acompanhantes, apresentava uma conduta ambígua. Aceitava a medicação psiquiátrica, já que esta trazia-lhe um alívio de certas vivências de pânico que de tempos em tempos o acometiam (tinha a sensação de que estava deixando de existir e de que seu coração estava prestes a parar de bater). Entretanto não colocava em consideração o fato dos remédios que lhe eram prescritos serem *psiquiátricos*, não tendo qualquer efeito sobre as batidas de seu coração, ou sobre a sua existência material (ambas pareciam estar em risco para o paciente, que supunha haver aí uma falha de seu metabolismo, ou uma falta concreta de substância orgânica em seu corpo; veias, músculos etc).

O psiquiatra por sua vez -- que não mantinha contato com a dupla de acompanhantes e apenas esporadicamente falava com o analista, quando este lhe procurava¹⁵⁶ -- diagnosticara o

¹⁵⁶ Temos aqui um exemplo de uma das modificações mais notáveis que se pôde observar com

paciente como esquizofrênico e, na prática, pouco lhe importava que este tivesse maior ou menor consciência daquilo que lhe acontecia, ou da natureza do tratamento que lhe era administrado. Importava-lhe sim, uma remissão ou alívio de seus sintomas. Quanto a isso, diga-se de passagem, pensava da mesma forma que o paciente.

Com relação ao psicanalista, o paciente tinha uma atitude igualmente ambígua. Era evidente que o que o primeiro estaria pretendendo tratar, não era, pelo menos supostamente, um mal orgânico ou metabólico. Porém, não obstante recusar-se a ir ao consultório do analista, o paciente recebia-o bem em sua casa, não se furtando a ter uma "sessão" em seu próprio quarto, na qual participava ativamente discutindo sua situação. Parecia, efetivamente, ter estabelecido com o analista um vínculo de considerável importância, principalmente quando levamos em conta a atitude de progressivo isolamento e "desinteresse pela palavra" que vinha demonstrando em sua vida.

Coisa semelhante poderia ser dita de sua relação com os acompanhantes, embora esta não transcorresse dentro de um enquadramento tão preciso quanto aquela que o paciente tinha com o analista. Este ficava apenas cerca de quarenta e cinco minutos junto ao paciente, quando havia um forte direcionamento do

relação ao acompanhamento que passou a ser feito no RJ, neste novo contexto; não há formação, na maioria das vezes, de uma equipe *interdisciplinar* e, em alguns casos, sequer de uma equipe terapêutica. Quando o trabalho oferecido parte de uma instituição como o CETAMP, ou pela equipe de acompanhantes de um hospital dia, por exemplo, este problema tenderia, teoricamente, a diminuir. No caso em questão uma equipe terapêutica foi constituída por analista e acompanhantes, que trabalharam o tempo todo de maneira independente do médico. A família eventualmente, "aproveitaria" esta "cisão" para interromper o caso.

trabalho para uma troca discursiva, na qual o analista intervinha com a sua palavra, sobre aquilo que o paciente trazia em seu discurso.¹⁵⁷

Já com os acompanhantes, o paciente poderia ver um vídeo, andar pela casa, eventualmente sair etc. Além disso, o tema das conversas entre estes últimos, não girava necessariamente em torno do que se passava ao paciente; discutia-se também generalidades (futebol, notícias etc), como fazem duas pessoas próximas quaisquer. Isto não quer dizer que tanto acompanhante, como analista, não pudessem "tangenciar" as posições de um e de outro, na relação que mantinham com o paciente.¹⁵⁸

Mas a simples proposta de oferecer um tratamento por meio da palavra -- no caso do analista e, em parte, também dos

¹⁵⁷ Note-se que o analista no caso, conseguiu despertar o interesse do paciente para um trabalho discursivo sobre o que poderíamos chamar de "o seu vivido interior". André Green aponta que... "Quelles que soient les modalités qui obligent à aménager le cadre psychanalytique, c'est en fin de compte à la représentation des processus psychiques, intrasubjectifs e intersubjectifs que vise l'essentiel de l'action psychanalytic" (1982, pg. 269). Abrindo mão do enquadramento analítico, devem os que acompanham reconhecer que sua atividade clínica não prioriza este trabalho sobre as "representações dos processos inter e intrasubjetivos" que o paciente traga em seu discurso? Talvez haja aí uma possibilidade intermediária. O fato é que os acompanhantes sempre interessam-se por esta perspectiva, devendo-se tratar de determinar de que maneira este seu interesse se manifesta em sua atividade clínica. Como já dissemos, importará a eles que o paciente dê sentido às suas experiências e não que simplesmente às "reproduza", roboticamente. O acompanhante pretende que o seu "fazer" junto ao paciente, não seja um fazer inconsequente, ao mesmo tempo em que sua legitimação se daria, não por referência a um código moral, mas sim dentro dos princípios de uma ética clínica, como poderemos perceber lendo abaixo um fragmento do texto enviado pelo grupo APSI do RJ para o anuário de psicanálise de 1995: Com relação a possibilidade do acompanhante trabalhar buscando uma reinserção social do paciente, esta não teria por referência...

"... um modelo normativo, o que aproximaria nossa função a uma prática do pedagógico. O que nosso instrumento privilegia é a busca de uma reestruturação psíquica singularizada, que proporcione ao paciente a possibilidade de "estar no mundo" de uma forma própria, ajudando-o a ser, senão sujeito do desejo, sujeito da palavra." (arquivos grupo APSI).

¹⁵⁸ Enquanto o analista deve ficar sempre atento à emergência de um sujeito do inconsciente no discurso do paciente -- e daí a convocação do paciente à associação livre -- o acompanhante atua, discursivamente, num outro registro; se o paciente fala sobre futebol, é sobre futebol que o acompanhante falará com ele (mesmo o analista, diante do psicótico, poderá também "falar sobre futebol", se considerar que na psicose não é o "recalcamento" o "mecanismo de defesa" em questão). Porém, na maneira como discute o futebol, poderá fazer-se notar um tanto da forma como o paciente "vé" e/ou "investe" o mundo que o cerca (aqui poderíamos evocar o "clichê estereotípico" de que nos fala Freud, em seu texto de 1912. O acompanhante tem acesso, desde o lugar em que se coloca, a formas recorrentes do paciente investir os objetos). Mesmo que mantendo-se numa discussão sobre o "futebol", o acompanhante poderá conduzir o assunto de uma maneira que é atravessada por "intencões terapêuticas". A palavra do acompanhante então, entraria para compor o seu "ato" terapêutico.

acompanhantes -- ou de ações que visassem um certo "fazer social" -- característica pregnante do trabalho de acompanhantes neste e em outros casos -- entrava francamente em confronto com a "visão de mundo" e de si mesmo que cultivava o paciente, a qual, além de situar toda a origem de seus males em uma suposta falha corporal, orgânica ou metabólica, destituía radicalmente de importância qualquer manifestação cultural ou simbólica.

Para que sair, tomar banho, arrumar-se com roupas diferentes a cada dia? Namorar? No máximo satisfazer necessidades instintivas, sendo que, para isso, toda mulher seria igual.¹⁵⁹ Nada que não visasse o melhor rendimento daquilo que ele costumava chamar de "atividade metabólica" de seu corpo, fazia qualquer sentido para ele. O importante era o coração pulsar forte -- principalmente -- e os órgãos funcionarem adequadamente de uma maneira geral.

Tendo em vista isso, bolara uma série de atividades que poderiam ser levadas a termo dentro de sua própria casa. Entretanto algo ia mal, pois, apesar da disciplina com que se dedicava às atividades que bolara, era acometido por sensações recorrentes de que seu coração pararia de funcionar ou de que ele mesmo não "existia", ou estaria "desaparecendo". Tinha o

¹⁵⁹ Em não poucas oportunidades entretanto, o paciente saíria desta posição "soberana e onipotente", invadido por sensações de despersonalização e mesmo "descorporificação". Confessava aos acompanhantes então seus pavores, como por exemplo o de que seu coração parecia parar quando se esforçava para retomar alguma atividade "social", ou que tinha a sensação de que seu corpo estaria desmanchando-se, ao tomar banho. Nestes momentos contava com a presença dos acompanhantes e parecia inclusive disposto a aceitar algumas elaborações diferentes acerca daquilo que se passava consigo (um sentido quem sabe, não uma explicação). Lamentavelmente, no entanto, isto não tinha continuidade, podendo ele apresentar-se novamente no estado anterior num próximo encontro com os acompanhantes ou analista. Seria contudo difícil avaliar o que era "retido" pelo paciente destes momentos de "trocas significativas" com os acompanhantes. O tempo de permanência dos acompanhantes e do analista no caso foi relativamente curto para que uma tal avaliação pudesse ser feita.

hábito de olhar-se atentamente ao espelho, como que para certificar-se de que continuava "ali" e "como era antes". Nestes momentos sentia-se tomado por intenso pânico e aceitava de bom grado a companhia de alguém.

Tentara, durante algum tempo, minorar seus problemas com uma dedicação intensa -- que pareceria absolutamente *normal* e *adequada* -- a exercícios de musculação. Contudo sua dedicação atendia a motivos que seriam considerados "sui generis", senão inteiramente "loucos", por seus colegas de ginástica. Este fôra o último tipo de "atividade social" que tivera, antes de retirar-se a uma vida fechada dentro de casa, quando passava a maior parte do tempo fazendo alguns exercícios -- absolutamente singulares e originais -- para manter o bom funcionamento de seu "corpo".

O que faziam então os acompanhantes ?

Tendo em vista a recusa inicial do paciente em acatar as determinações de seu analista -- ir às sessões com os acompanhantes e fazer atividades "extra-casa" -- passaram a tentar, através de uma aproximação "afetiva", concomitante a uma série de trocas discursivas -- que embora complexas, não estavam centradas no "mundo subjetivo" supostamente trazido nas temáticas que veiculava o discurso do paciente -- promover novos tipos de interação entre o paciente e o meio que o cerca.

Acontece que o paciente mantinha-se inflexível. Insistia

em que não devia sair, porque "... sair não serve para nada ...", "jogar? para que?" etc. Diante desta recusa, restava aos acompanhantes ficarem em casa com ele, procurando promover algum "deslocamento" em sua "racionalidade enrigecida", até para que pudessem eventualmente cumprir com as indicações propostas pelo analista.

Assim, trabalhavam tentando reverter o progressivo isolamento para o qual aparentemente caminhava o paciente, que parecia-lhes estar ligado ao tipo de saber "do mundo" e "de si mesmo" que ele cultivava e que tinha como eixo principal a recusa de qualquer vivência que apontasse para a necessidade dele conferir *sentido* às suas ações e vivências.

É importante sinalizar aqui que, para estes acompanhantes, o mais importante não era que o paciente "fizesse atividades", ainda que atividades socialmente valorizadas. O foco de seu trabalho era na possibilidade do paciente poder dar novos sentidos a sua existência, de tal maneira que outras atividades adviessem disso. É certo que contavam para isso com os recursos que oferece o campo em que se dá o acompanhamento: saídas, vídeo, exercícios físicos, música etc.

O caso transcorre assim durante cerca de seis meses, sem que o paciente apresentasse melhoras significativas, pelo menos do ponto de vista de sua conduta social. Isto não exclui o fato de acompanhantes e analista terem passado momentos interessantes junto ao paciente, a respeito dos quais não se poderia afirmar

que dentro de um prazo maior não pudessem vir a produzir efeitos terapêuticos mais consistentes. Tampouco poder-se-ia eliminar a hipótese de que, durante o período em que estiveram junto ao paciente, teriam proporcionado-lhe uma existência mais rica e menos sofrida, mas por aí já se estaria procurando conforto para um possível fracasso *clínico* do acompanhamento.

Interessa-nos aqui apontar como, na medida em que o paciente oferece uma resistência tão vigorosa a realizar os "fazer" que "deveria" junto aos acompanhantes e tendo em vista o percurso histórico desta prática até o momento, estes últimos lançam-se em uma dimensão "nada objetiva" de sua função. Se frequentemente aqueles que solicitam acompanhamento não se interessam por esta, o mesmo não acontece com os acompanhantes atualmente, que vêm aí um espaço potencial para uma atividade terapêutica.

Além disso, este tipo de "direção clínica" que os acompanhantes imprimiram ao caso 2 frequentemente entrará em choque com expectativas de que sejam "pragmáticos" e objetivos, atuando ora como pedagogos, ora como animadores incansáveis.

Teria sido o caso de considerar, quanto ao caso 2, que os acompanhantes não puderam desempenhar as funções para as quais foram chamados desde o início e que portanto deveriam ter sido retirados do caso? Ou foi correto levar-se em conta que estas

demandariam necessariamente tempo para serem executadas? Os acompanhantes terem pretendido executá-las privilegiando um *manejo* de seus *vínculos* com o paciente e das *trocas afetivas e significativas* que neles se davam, de maneira não necessariamente diretiva e visando sobretudo a possibilidade do paciente atribuir algum sentido às suas experiências, é uma iniciativa "clínicamente" legítima¹⁶⁰?

Os acompanhantes conseguiram estabelecer um vínculo com o paciente que, apesar de toda a sua dificuldade em envolver-se com qualquer coisa, pessoa, ou situação que se lhe fosse apresentada, aceitava e até dizia achar boa a presença daqueles -- talvez sobretudo por poder conceder-lhes um lugar dentro de sua maneira de ver o mundo e não por admitir abertamente que eles estivessem ali tratando-no. Havia sinais evidentes de um investimento afetivo nos acompanhantes, pelo paciente, investimento que entretanto não foi suficiente para que este último acompanhasse as propostas que estes lhes faziam.

Sobretudo parecia difícil, quíça impossível, fazer com que o paciente dialetizasse um pouco as "suas verdades"¹⁶¹ sobre

¹⁶⁰ Note-se que, confrontados com as resistências do paciente à direção inicial de seu trabalho, os acompanhantes poderiam manejar com isto através de uma "insistência" pura e simples no sentido do paciente "ceder". Isto em nada se pareceria com o tipo de direção que resolveram tomar então, que privilegiou a possibilidade de *oferecer uma escuta* ao paciente, procurando eventualmente encontrar uma "brecha" pela qual pudessem introduzir atividades que o ligassem ao social de uma forma não puramente mecânica, aí sim *alienada*

¹⁶¹ Esta "impermeabilidade" de sua lógica parecia caminhar de mãos dadas a uma quase nula, se é que existente, tolerância à angústia. O paciente oscilava de uma situação de onipotência plena para momentos em que era tomado por um pânico terrificante, que o alçava a um nível de sofrimento incomensurável.

Se junto com Lacan considerarmos a angústia como o afeto despertado pelo "desejo do Outro" e, ainda com ele, supormos que a "foraclusão do significante "nome do pai" ", impossibilitaria ao psicótico o confronto com esta dimensão faltosa do Outro, teríamos que dizer que, no paciente em questão, não havia angústia, senão o "horror" de um retorno "de fora", no real do corpo, do que fôra foracluído no simbólico: a castração. (conforme Quinet 1986, Soler 1989 e Miller 1992).

aquilo que o fazia sofrer. Ele parecia não supor, em momento algum, um *sentido* para seus sintomas tão aflitivos¹⁶² e, conseqüentemente, não esperava de um outro, um saber "esclarecedor" sobre estes. Note-se como isto inviabilizaria um trabalho analítico à maneira daquele que se faz com pacientes neuróticos.¹⁶³

Qual a diferença entre o que faziam os acompanhantes e o que fazia o analista? Lembremos que, pelo diagnóstico do paciente e por sua recusa em comparecer às sessões no consultório do analista, este tem de tentar uma aproximação nada ortodoxa, o que o torna, digamos, um pouco mais "acompanhante". Por outro lado, os acompanhantes, dada a recusa do paciente em entregar-se àquelas atividades "mais objetivas" -- quando poderiam então acompanhá-lo desempenhando aquilo que supostamente caracterizaria mais especificamente a sua função -- tornam-se um pouco mais "analistas", porquanto tentando promover deslocamentos no "saber-sintomático" do paciente, através de um manejo do *vínculo afetivo/significativo* que estabelecem com este, de maneira não diretiva.¹⁶⁴

¹⁶² Para o paciente havia uma *causa* para eles e ela estava ao nível de uma falta concreta no corpo.

¹⁶³ Sobre a sua ação analítica, junto a um paciente psicótico, Colette Soler (1989) diz: "Evidentemente yo no operé con la interpretación, que no tiene cabida alguna cuando se está ante un goce no reprimido" (pg. 9). Mais à frente ela observa:

"El sujeto sólo está abierto a la interpretación cuando se cumple la condición de que esté presente la doble suposición de saber inconsciente y de su sujeto. En este sentido, el psicoanálisis excluye al sujeto que no está ya en la transferencia, la cual es primeramente relación con el saber supuesto en el inconsciente, antes de que advierta -- oh sorpresa -- que aquel que interpreta, yo lo amo. En el psicoanálisis, la relación significativa de interpretación condiciona la relación libidinal de objeto." (pg.49).

Soler propõe então que na psicose não se realiza esta condição. Por um lado, quanto a libido "transferida", esta "... o bien se repliega autísticamente sobre el sujeto, poniendo término a la relación, o bien la certeza psicótica la supone procediendo del Otro y yendo hacia el sujeto. (pg.49). Por outro, quanto à interpretação... "Quién interpreta?: Schreber, y en cambio es dios el que habla, el que ofrece a la interpretación los mensajes de las voces o los signos de lo real. Reaparece aquí la solidaridad entre "ser intérprete" y "ser objeto", pero en una estructura invertida donde quien descifra es el sujeto y el interpretado es el otro." (pg. 50).

¹⁶⁴ E, importante, também na medida em que estes acompanhantes faziam uma leitura psicanalítica do que se passava ao paciente.

Mas vínculos e atividades de um tal tipo, faziam um sentido inteiramente peculiar a este paciente. Se mostrava disponibilidade para estar junto com os acompanhantes e "bater papo", não admitia que fizesse-o por considerar que ali estivessem em jogo trocas de significações, mas sim por ali poder se dar um exercício de proferir palavras, concomitante ao exercício de uma certa mímica facial e corporal, que promovia algum tipo de benefício orgânico. A perspectiva que disso tinham os acompanhantes, ou seja, de que ali pudessem estar ocorrendo trocas simbólicas que pudessem em última análise trazer ao paciente algum alívio de seu sofrimento, pareciam a este tolices de quem "não sabe de fato o que é a vida".

Os acompanhantes entendiam que o paciente tinha perdido a capacidade de conviver num mundo onde suas ações e as dos outros não possuíam causas ou necessidades, mas sim sentidos. Construiu um sistema de significações onde estas se coadunavam sempre com um mundo onde tudo que cada pessoa precisaria é de um bom funcionamento do corpo, este reduzido, por sua vez, a sua pura "materialidade"; mero conjunto de músculos, ossos, órgãos, veias etc.

Efetivamente, ir à praia, por exemplo, na maioria das vezes é um ato relacionado a toda uma "rede de sentido". Quer-se ficar com o corpo bronzeado para melhor agradar às meninas, ou fazer surf porque é delicioso, mas também porque assim fica-se forte e agrada-se aos outros ou a nós mesmos, que nos

identificamos com a idéia de sermos um surfista, ou seja, porque de alguma maneira atribuímos um "sentido", uma importância e um valor a isso, o que é subjetivo e, embora articulado ao sistema de valores do meio socio-familiar em que estamos inseridos, traz a marca de nossa singularidade.

O paciente parecia querer "rejeitar"¹⁶⁵ esta dimensão das experiências do "viver" humano. Agir como se esta dimensão não existisse e nunca tivesse existido. Por exemplo: ele mantinha, a duras penas, uma atividade profissional (afinal, admitia que precisava de dinheiro), mas sua relação com ela era permeada pelo tipo de visão de mundo que tinha.

Iniciara a construção de uma casa; esta possuía uma estrutura correta, mas, seu acabamento fôra feito de maneira inteiramente "desinvestida". Comprou tudo do mais barato já que, o que importava numa casa, segundo a sua concepção, eram paredes, teto, chão, banheiro, quartos etc. O resto era "supérfluo"; não importava.

Os acompanhantes -- que conseguiram "a duras penas" ir algumas vezes ao local da construção com o paciente, para que este "tocasse a obra" -- tentaram trabalhar com ele a necessidade de que fosse um pouco mais caprichoso com o acabamento da casa, que ele pedisse opiniões a pessoas que entendessem do assunto. Mas isto de nada adiantou; o resultado foi que a casa ficou sem ofertas de compra. Obviamente o

¹⁶⁵ O termo é propositalmente Freudiano (ver Freud, 1924).

paciente recusava-se a aceitar a fato de que esta ausência de ofertas devia-se à falta de "acabamento" da casa; daqueles "supérfluos" que ele tanto negligenciara.

Aquilo que justamente marca a radical singularidade de cada ser humano, justamente a maneira como ele dá sentido ao meio físico e cultural no qual está inserido, era aquilo que nosso paciente parecia querer desconsiderar. Uma das dramáticas consequências desta sua posição, era a frequente inquietação em que se via, diante da perda dos limites do que era ele e do que era o outro. Muitas vezes assustado, exclamava: "... tive agora a sensação de que eu e aquela pessoa do outro lado da rua somos a mesma pessoa ..."¹⁶⁶.

Diante de um tal quadro, os acompanhantes poderiam ter seguido um caminho mais diretivo, o que muitas vezes pareceria ser aquilo que alguns médicos e familiares desejariam que fizessem; mas, ante o perfil destes acompanhantes -- perfeitamente sintonizado com a história passada desta prática, isto seria mesmo pouco provável.

¹⁶⁶É interessante que este paciente tivesse preservada sua capacidade intelectual, sendo capaz de discorrer com lucidez sobre os mais variados temas. Não se trata portanto de dizer que o paciente "perdeu contato com a realidade". Ele sabe o que as coisas são; o que é um cavalo, um prédio, como dirigir um carro, como construir uma casa ou resolver um problema de matemática; é capaz de discutir "normalmente" sobre futebol, ginástica etc. Até saberia que fazer com tudo isto, não fosse este mal estar "corporal", terrificante, que o acometia de tempos em tempos e quase sempre que ele tentava dedicar-se a uma nova atividade. É desde este *mal estar*, que supõe derivado de uma *falha corporal*, que ele constroi todo um sistema explicativo de sua realidade, que parecia sempre justificar uma não implicação subjetiva sua naquilo que lhe estava acontecendo.

É certo que muitas perguntas podem surgir: qual a ética que permeia este novo "fazer" dos acompanhantes e qual o seu alcance terapêutico? Caberia aos acompanhantes ter como direção de trabalho o proporcionar ao paciente a atribuição de novos sentidos às suas experiências -- e aqui nos guiamos pela distinção que faz Birman entre sentido e explicação (conforme nota 145 acima)? Ofereceria o lugar do acompanhante oportunidade para isto? De que maneira? Trata-se sobretudo de uma aposta que os acompanhantes acabam querendo fazer atualmente.¹⁶⁷

Contribuiria para isto uma série de fatores: a influência da psicanálise, a influência da origem do acompanhamento -- quando também havia uma valorização do discurso do paciente (da loucura) --, o fato do acompanhante agora ser um profissional formado e com isto encontrar-se em posição de *candidatar-se ao "tratamento"* do paciente e finalmente, a frequente ambiguidade da demanda de analistas e psiquiatras aos acompanhantes. Não que esta demanda seja equivocada, impertinente; mas os que a fazem parecem não estar dispostos a assumir as consequências que ela implica.

¹⁶⁷ Indicações de que esta aposta têm sido feita pelos acompanhantes podem ser encontradas em Fulgêncio, 1991 e também -- em livro a ser lançado em 1995, reunindo os trabalhos apresentados no Segundo Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos -- os textos de Nery e Maia, que fazem acompanhamento pelo grupo APSI do RJ e Prates e Silva e Santos Silva, que fazem este mesmo tipo de trabalho em SP. Note-se nestes três trabalhos a intenção dos autores em apontar que há um sentido na ação do acompanhante, que ela portanto não é puramente objetiva e não visa simplesmente conseguir uma "adaptação" do paciente. Nos dois últimos textos percebe-se claramente como é a psicanálise que oferece o aparato conceitual para que se pense esta dimensão da intervenção daquele que acompanha, como por exemplo:

"Há uma dimensão "teatral", se é que podemos dizer assim, na relação que se estabelece entre acompanhante e acompanhado. Teatralidade inerente à dimensão imaginária, onde somos aquele que compartilha o dia a dia, como um semelhante qualquer. O famoso "amigo" que só se torna "qualificado" na medida em à todo momento tenta instaurar nesta relação dual uma dimensão ternária, sem complementariedade, dialetizando, procurando abrir espaço para uma falta que propicie a aparição de um desejo próprio. É a dimensão simbólica que se tenta articular, desde uma simples conversa monossilábica até uma ida ao cinema com o paciente." (Nery e Maia, 1995, pg. 5).

Referímo-nos precisamente ao fato de que sempre foi demandado aos acompanhantes oferecerem uma *escuta diferenciada* ao paciente, ao mesmo tempo em que o estabelecimento de um *vínculo afetivo*. O problema são as diferentes expectativas que se pode ter com relação ao manejo destes "recursos".

Os acompanhantes hoje privilegiam, quanto a isso, um manejo que não visa simplesmente a facilitação de uma mais ou menos sutil *sugestão direta* sobre os sintomas do paciente -- esta seria então considerada a "intervenção objetiva" do acompanhante. Que o acompanhante com isto derperte incompatibilidades, é coerente desde a perspectiva do psiquiatra (conquanto este possa reconhecer o caráter "clássico" de sua conduta clínica), mas não do psicanalista.

Ainda que possam fazer uma série de coisas e/ou atividades com o paciente, cada vez mais importará aos acompanhantes articular este seu *fazer* à possibilidade do paciente tornar-se *sujeito* de sua *palavra* e de suas *atividades* e não mais apenas *objeto* de uma história contada por algum outro, ou explicada a partir de algum fato objetivo. No caso dos pacientes habitualmente atendidos por acompanhantes, isto não é dizer pouco e traz efetivamente a perspectiva de que o acompanhamento tenha um alcance clínico.¹⁶⁸

168: Algumas consequências mais concretas podem decorrer desta posição do acompanhante: sua intervenção deixa de ser destinada exclusivamente ao atendimento de crises; o tempo de permanência dos acompanhantes no atendimento a um caso tende a alongar-se, por um lado porque os acompanhantes entendem que a sua intervenção teria um alcance maior do que a simples contenção de uma crise e por outro porque não mais entendem sua intervenção como sendo "objetiva", o que a torna mais complexa e de efeitos menos imediatos; os próprios pacientes atendidos por acompanhamento apresentam uma alteração em seu perfil: hoje em dia observa-se o atendimento a um número maior de casos em que o acompanhamento é feito numa carga horária relativamente pequena, quando comparada àquela do início da história do acompanhamento "de rua" no RJ. Isto já seria consequência do entendimento de que o

A exploração destas possibilidades caminha, evidentemente, na trajetória histórica desta prática no RJ, de mãos dadas com uma leitura psicanalítica que os acompanhantes fazem daquilo que acontece aos pacientes.

O acompanhante poderia então, por exemplo, fazer algumas indagações ou "pontuações" ao paciente, a partir daquilo que este traz em seu discurso, fazendo-o pensar a respeito do que disse, eventualmente tentando "equivocá-lo", ou tentando fazer-lhe interessar-se por pensar a sua história. Como se pretendesse, de acordo com esta perspectiva de entendimento de seu trabalho, fazer um trabalho preliminar -- mas não menos terapêutico -- ao que poderia vir a ser feito numa análise, supondo que a ligação radical e fechada do paciente às suas representações do mundo, dificulta o trabalho analítico que, mesmo no caso da psicose, demandaria um interesse do paciente por significar a sua história, e/ou dar sentido às suas experiências.^{169 170}

acompanhamento não tem uma intervenção tão objetiva, que demande a sua presença concreta durante tantas horas junto ao paciente e sua família. Haveria assim uma especificidade da intervenção do acompanhante, que seria a de poder realizar-se para além dos limites impostos por um estabelecimento psiquiátrico, ou um consultório. O acompanhamento não cumpriria apenas com a função de substituir ao primeiro.

¹⁶⁹ Duas psicanalistas paulistas que fazem o tipo de acompanhamento que estamos discutindo aqui, apresentam um caso em que uma acompanhante passa ao lugar de analista no decorrer de um atendimento a um paciente e a pedido deste último. Dirão sobre isso: "Podemos pensar nesta implicação do paciente e o pedido de análise em si como uma consequência do acompanhamento terapêutico para além dos sintomas" (Prates e Silva e Santos Silva, 1995, pg. 8).

¹⁷⁰ Uma tal direção de tratamento deve no entanto cuidar para não extrapolar o nível de angústia tolerável por certos pacientes. Tirar-lhes suas certezas, é também despertar angústias, o que pode não ser suportável por alguns pacientes. Por outro lado, sem angústia, há tratamento "psico-lógico" possível (aqui entendendo que a angústia faz necessariamente um chamado a uma busca por um sentido que não se tem imediatamente)? O acompanhante estaria tentando então criar as condições para que o paciente pudesse ser tratado psicanaliticamente e até mesmo "psico-logicamente". Evidentemente tratar aqui, não é sinônimo de "acomodar", e muito menos "fazer o paciente não incomodar". Porém, principalmente com pacientes psicóticos, a palavra do acompanhante poderá servir ao propósito não tanto de "equivocar", mas de tentar promover por parte do paciente um esforço de significação do que lhe faz sofrer. O acompanhante funcionando aí como um ouvinte atencioso e não como intérprete.

Por exemplo, os acompanhantes costumam ter bastante claro que o seu espaço de intervenção não permite a estratégia da *construção*, no sentido que Freud dá a este conceito. É deste último a palavra:

"Interpretação aplica-se a algo que se faz a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou uma parapraxia. Trata-se de uma construção, porém, quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu, aproximadamente da seguinte maneira: Até os onze anos de idade voce se considerava o único em ilimitado possuidor de sua mãe; apareceu então um outro bebê e lhe trouxe uma séria desilusão.(...). Seus sentimentos para com ela tornaram-se ambivalentes, seu pai adquiriu nova importância para voce ... " (1937, pg. 195).

Como dissemos, quanto à *construção*, no sentido que Freud

lhe dá, há clareza por parte do acompanhante quanto a não utilizá-la; até porque em sendo o acompanhamento feito em geral por mais de um acompanhante e podendo haver ainda o analista do paciente, seria realmente inadequado que cada um iniciasse a fazer junto ao paciente este tipo de construção; note-se que ela não resgata um fato real traumático, esquecido. O que é "construído", tem um caráter mítico, como aponta Birman:

"Criação do processo psicanalítico, a construção se contrapõe ao sentido realista que se constitui pelo deciframento, *sendo formulado no setting analítico pela figura do analista*, sem a participação direta da figura do analisando. A construção não se acompanha de uma correspondente rememoração do analisando, ao contrário do que se realiza na interpretação, na qual este último continua as pontuações do analista com novos deslizamentos associativos". (1991, pg. 88/89, grifos nossos).

Note-se como para Birman, quem interpreta é o analisando, cabendo ao analista pontuar o seu discurso de maneira a fazê-lo

continuar interpretando.¹⁷¹ Como dissemos, também ao acompanhante, tem importado que o paciente dê novos sentidos às suas experiências. Também ele, com sua prática, quer estar contribuindo para que o paciente interprete a sua história, ou seja "autor" de sua história.

Isto não se dará, porém, em acompanhamento, da mesma forma que no processo psicanalítico, onde o setting favorece a que o trabalho se dê eminentemente sobre as representações veiculadas pelo discurso do paciente, favorecendo a constituição de um fenômeno transferencial, cuja maior "densidade" será fundamental para o trabalho analítico.¹⁷² Mas talvez por isto mesmo o acompanhamento pudesse constituir-se em uma alternativa preliminar para certos pacientes que, psicóticos ou não, mostrem-se "rebeldes", ou "arredios" ao tipo de trabalho que requisita a análise. Não se precisaria dizer aí que o analista

¹⁷¹ Vejamos a formulação que oferece Soler, quanto à interpretação em análise:

"A interpretação justamente faz desdém, na identificação do saber e de preferência deve ter como efeito que alguém não se reconheça nela. Quando o sujeito se reconhece no que vocês lhes dizem, podem ter certeza de que não se trata de uma interpretação. A interpretação divide, mesmo se a reação diante dela for o riso, o estupor, a indignação, ou alguma outra coisa. Ela não reassegura as identificações. Faz surgir um -- o que isso quer dizer? Que pode igualmente modular-se como -- o que quero dizer dizendo isso? ou -- o que quer me dizer?" (1991, pg. 101).

Uma tal formulação deste conceito, de acento lacaniano, começou a influenciar os grupos de acompanhamento mais manifestamente a partir do início da década de noventa. Ela permite uma articulação com o que diz Birman, na medida em sugere que a interpretação convida o sujeito a buscar um sentido que não está dado imediatamente. E aqui a intenção terapêutica não é tanto fazer o paciente descobrir "quem ele na verdade é", quanto fazê-lo questionar a verdade do seu suposto ser.

¹⁷² Referimo-nos ao fenômeno chamado por Freud de "neurose de transferência", onde o sintoma do analisando é "dirigido" à figura do analista. O próprio campo em que trabalha o acompanhante, o fato dele ter muitas vezes companheiros de equipe e mesmo o fato do paciente poder ter um analista, dificultam a constituição de um fenômeno transferencial como este e mesmo contra-indicam um trabalho que o tome por instrumento. (sobre o conceito de "neurose de transferência" ver Freud, 1912, 1914, 1917, conferências XXVII e XXVIII, além de Birman, 1991 e Miller, 1992). Acontece que aqueles que solicitam acompanhamento (algumas vezes mesmo quando são analistas) e, "por tabela", as famílias para as quais indicam e apresentam este tipo de trabalho, parecem esperar dos acompanhantes justamente um tipo de ação do acompanhante com o qual pretenderia-se "influenciar" o paciente, no sentido em que este cumprisse com as propostas do tratamento, na base de um "entusiasmo contagiante". Se a este o acompanhante quiser contrapor uma "postura clínica", será comum observar-se um descontentamento, tanto por parte da família, quanto por parte daquele que solicitou a equipe de acompanhantes. Se é certo que o acompanhante não está lá para "piorar a crise, também é fato que o atendimento de certas demandas familiares e do próprio paciente pode ter um efeito hiatrogênico. Muitas vezes não é preciso enfrentar a estas "frontalmente", mas sim através de uma estratégia clínica, para a qual o entrosamento da equipe é fundamental, desempenhando, acompanhantes, psiquiatra e analista, funções distintas mas igualmente importantes.

trata e o acompanhante não, porque na verdade cada um deles faria partes diferentes de um trabalho clínico.¹⁷³

No caso de algumas psicoses, numa leitura psicanalítica, a libido do paciente estará investida fundamentalmente no delírio. Este será entendido como um momento secundário da psicose, onde já estaria em jogo uma tentativa de auto-cura; uma tentativa de refazer laços significativos com o mundo.¹⁷⁴ Enquanto o psiquiatra poderá estar interessado em "extirpá-lo", o analista ou os acompanhantes poderão entender que esta é a maneira do paciente "curar-se". Neste caso, não importaria tanto a qualidade de ser delirante ou não do discurso do paciente e sim a possibilidade dele oferecer uma proteção a esta invasão terrível que o "corpo" do paciente psicótico parece sofrer.¹⁷⁵ É preciso definir-se em que direção trabalhará um "ego-auxiliar" nestes casos (sobre acompanhamento e "ego auxiliar" ver capítulo 2, além de Mauer e Resnizky, 1985 e Nery e Maia 1995).

Em geral é muito frustrante para os familiares do paciente, admitir que a cura do seu ente querido não passará por

173 "Não vemos a análise como uma evolução em relação ao trabalho de acompanhamento terapêutico, mas sim como algo que se realiza num plano simbolicamente diferente." (Prates e Silva e Santos Silva, 1995).

174 Conforme Freud 1914 e 1924.

175 Com a crescente influência do ensino de Lacan nos grupos que passaram a fazer acompanhamento no RJ, a partir da segunda metade da década de oitenta, a noção de que não é possível transformar um psicótico num neurótico ganhou muita força, o que acabou por determinar que este tipo de direção de tratamento fosse imprimida aos casos (pelo menos pelos acompanhantes). Isto por outro lado articulava-se -- nas aparências -- com um aspecto da atuação dos acompanhantes presente desde o início da história do acompanhamento: justamente o do respeito pelo "estranho" que a loucura traz. Isto agora começava a ganhar todo uma complexa fundamentação teórica. Vale dizer que, até para poderem aproximarem-se do paciente e com ele permanecer por horas a fio, os acompanhantes muitas vezes tiveram o "bom senso" de não questionar as convicções "delirantes" do paciente, eventualmente até "entrando na onda" do delírio. Por exemplo, a um paciente que julgasse-se perseguido por "organismos internacionais", os acompanhantes poderiam apresentar-se como uma equipe de segurança. Depois via-se o que fazer com isso, mas, até lá, um vínculo afetivo e/ou de confiança já poderia ter sido estabelecido entre paciente e a equipe ou alguns de seus membros, além de um complexo e importante trabalho de contenção do "surto" poder ter sido realizado.

uma eliminação "daquela forma de pensar e/ou de agir bizarra". O acompanhante em geral não se recusará, a priori, a tentar cumprir com as tais determinações "mais objetivas" dos médicos ou analistas, que geralmente vão de encontro às expectativas que têm os familiares de que o paciente volte a ter uma "vida normal". Quando o caso requisitar contenção -- se bem que simbólica -- não se recusarão a tentar oferecê-la, assim como estarão sempre prontos, quando o caso for outro, a desenvolver seu trabalho procurando uma integração do paciente com o "social".

Mas, tal como no caso 2, é muito frequente encontrarmos casos de acompanhamento a pacientes psicóticos, em que estes mostrarão um desinteresse sistemático por tudo que seria considerado "socialmente adequado" para eles. Por exemplo, ao invés de ir a um show de rock do conjunto da moda, como a maioria de seus colegas, o paciente quererá ir sempre -- numa repetição que tornar-se-ia irritante e cansativa aos "pedagogos de plantão" -- à mesma velha boate de striptease; caso aceite ir ao show (depois de muita insistência dos acompanhantes e/ou familiares), poderá sentir-se incomodado e ansioso, ou mostrar-se simplesmente desinteressado. Já quanto à qualquer temática ou acontecimento que tenha relação com seu "delírio", mostrará um vivo interesse.¹⁷⁶

¹⁷⁶ O caso número dois é de certa forma um exemplo extremo, mas que serviu-nos fundamentalmente para mostrar os limites de uma intervenção mais objetiva dos acompanhantes. Em grande parte dos casos, porém, teremos pacientes que quererão integrar-se ao "mundo normal", mesmo que fazendo-o por um viés "delirante": por exemplo, há o caso de um paciente que saía para trabalhar de "boy", no centro da cidade, vestido de terno e gravata. O importante para ele não era trabalhar, mas "trabalhar de terno e gravata no centro da cidade". Pouca utilidade haveria em dizer-se a este paciente que isto era inadequado ou desnecessário, pois "boys" não trabalham de terno e gravata; o importante é que, através desta identificação imaginária, ele dava uma certa ordem à sua vida, quando não estava "em crise".

Como deve trabalhar o acompanhante para que sejam atingidos seus objetivos iniciais? Que tipo de recursos ele utiliza para "convencer" seu paciente a tentar novas trocas com o social (dizemos "convencer", porque, num grande número de vezes, estas "novas trocas" podem não estar "fazendo falta" ao paciente, enquanto tais ¹⁷⁷)? Deve ele assumir a atitude do pedagogo incansável, que sabe o que é melhor para o outro e procura "conscientiza-lo", através de uma argumentação lógica? Ou deve ele funcionar como um modelo ao paciente, de maneira que este, por um processo de identificação especular, torne-se um pouco mais como o "suposto saudável" acompanhante?

Certamente estas duas linhas de conduta não estarão interditadas aos acompanhantes. Mas, igualmente poderíamos dizer: Se elas dessem certo com estes pacientes, dificilmente eles precisariam de acompanhamento; já teriam sido curados pelas suas famílias, ou pelo psiquiatra, tantas vezes um "conselheiro eminente". Em geral ambos abusam exatamente destes artifícios para conseguir aquilo que pretendem do paciente. É sempre quando este "resiste", que poderão entrar em cena os acompanhantes. Difícil tarefa a destes; ter sucesso onde antes tentaram família e psiquiatra, sem ao menos usar um instrumento diferente. Em que seriam "tão craques" estes "meninos", para receber tão dura missão?

¹⁷⁷ O paciente do caso dois é um exemplo típico. Ele não tinha demanda por tratamento "psicológico" e "saídas sociais" não faziam para ele um sentido sequer próximo ao que faria para os interessados em vê-lo "saído".

Quando os acompanhantes clamam pelo reconhecimento de que aquilo que fazem também é uma "clínica" psicoterapêutica, parecem fazê-lo não tanto por já saberem como o que fazem funciona, quanto por quererem adquirir o direito de trazerem à luz suas questões relacionadas àquilo que se passa entre eles, o paciente e a família deste e abordá-las em "pé de igualdade" com os outros membros da equipe terapêutica.

Pela maneira como se estruturou a prática do tipo de acompanhamento ao qual estamos nos referindo, no RJ, as eventuais diferentes compreensões que terão sobre ela acompanhantes e psiquiatras (e mesmo analistas), tornaram-se problemáticas. Estes últimos parecem, na maioria dos casos, lançar mão do acompanhamento como um recurso "pacificador".¹⁷⁸ Em outras palavras, os acompanhantes são chamados para *resolverem problemas* e não para *criá-los*. Se eventualmente eles tiverem um entendimento clínico que contrarie aquele que os solicitou e a direção por ele imprimida ao tratamento, isto poderá ser considerado "gerar problemas". Nesta perspectiva, aqueles que chamam por acompanhantes parecem, em maior ou menor grau, não esperar que estes "pensem", mas sim que "façam".

Note-se que o psiquiatra, tantas vezes desinteressado pelo *sentido* da experiência da loucura, poderá privar também ao acompanhante de dar um ou outros *sentidos* a sua história, que deveria assim passar a ser apenas um pedacinho da história da

¹⁷⁸ Mas talvez sobretudo de suas próprias angústias.

psiquiatria¹⁷⁹.

Porém, poderíamos indagar se, o psiquiatra, ao pretender utilizar os acompanhantes desta maneira, livrando-se ao mesmo tempo das "complicações" trazidas pela subjetividade de seus pacientes -- entregando-a como "um resto não essencial" aos cuidados dos acompanhantes -- não acabaria assistindo ao fracasso desta manobra, na medida em que o *problema da subjetividade do paciente* acaba retornando sobre ele, pela via do acompanhante. Este, indo além do que esperaria aquele que o chama, passa a querer problematizá-la, ao mesmo tempo apontando para uma dimensão não "tão objetiva" de sua intervenção.

Já o analista, quando não prioriza a possibilidade do acompanhante manejar -- mesmo que através de "ações sociais", ou "atos" junto ao paciente -- para que o paciente atribua sentido às suas experiências, entra em contradição com a própria teoria em nome da qual ele pretende "curar".

Eventualmente poderá agir como "senhor" *a priori* da transferência, mesmo quando apenas senhor de direito e não de fato.¹⁸⁰ Muitas vezes assistiremos analistas indicarem

¹⁷⁹ Não foram poucas as vezes em que o médico decidiu internar um paciente, ou diminuir o acompanhamento -- e mesmo retirá-lo -- sem consultar aos acompanhantes. Tratou-os aí como uma prescrição sua; seus "objetos".

¹⁸⁰ Uma analista, certa ocasião, decidiu interromper o acompanhamento porque o vínculo que a paciente fizera com os acompanhantes estava "atrapalhando a transferência da paciente com ela". Por um lado, não agiu como analista -- no sentido forte -- ao indicar acompanhantes, reconhecendo a necessidade de intervir no mundo "extra-consultório"; já na hora de "garantir a transferência" da paciente para si, não hesitou em novamente não agir como analista, ao não trabalhar as eventuais dificuldades no espaço transferencial constituído na situação analítica. Novamente "apelaria" para uma intervenção voltada para além do que a paciente trazia em seu discurso, no setting analítico (neste sentido poderia ter recomendado, por exemplo, que a paciente fosse morar em outro bairro, para não mais estar com sua mãe com tanta frequência etc.). Justificar sua atitude porém, falando em nome do saber psicanalítico. Tratava aos acompanhantes assim, tanto quanto os psiquiatras, como seus objetos, com a agravante de, em assim fazendo, entrar em contradição com a própria teoria em nome da qual pretendia tratar a paciente. O psiquiatra, estaria apenas

acompanhamento a certos pacientes (neuróticos), aparentemente para não correrem o risco de vê-los abandonarem seus consultórios, ante as exigências do trabalho de análise. O acompanhante entraria no caso então, com a função princeps de sustentar o lugar, não do analista, mas "daquele" analista.

Outras vezes esperarão, alguns analistas, que acompanhantes façam tudo aquilo que ele -- o analista -- não deve fazer. Mas, como é evidente, neste caso estariam revelando "falta de fé" em sua própria posição. Dizendo de outra maneira, quando o analista espera do acompanhante uma intervenção tipo "sugestão direta" sobre os sintomas do paciente, ele "esquece" que a psicanálise foi criada por Freud na medida em que este jamais se curvou às tentações de um tal procedimento, ao seu julgamento, **ineficaz**.

É certamente digno de nota que existem os casos em que o analista aceita e até deseja que o acompanhante atue dentro de uma compreensão teórica psicanalítica, embora com um instrumental diferente. Mas este seu gesto só possui coerência quando ele admite o potencial clínico/terapêutico do acompanhamento e necessariamente coloca em suspenso o seu "monopólio da transferência"¹⁸¹. Não basta que ele apenas deseje que o acompanhante *entenda o que se passa ao paciente*

retomando um lugar que ocupou durante muito tempo, sendo que quaisquer protestos deveriam dirigir-se talvez mais à psiquiatria do que a ele (contanto que ele não se colocasse como "moderninho").

181 O que não quer dizer que os membros da equipe não admitam que caiba apenas àquele que ocupa o "lugar do analista" um certo manejo da transferência. Mas o que se deve procurar sustentar ou mesmo criar é este "lugar do analista" e não de um determinado analista em especial.

psicanaliticamente.

São questões que pensamos estarem no bojo das reivindicações que têm feito os acompanhantes, que dizem respeito, fundamentalmente, à possibilidade de darem um sentido clínico à sua prática, para além daquele que têm sido dado por aqueles que os chamam.

Pretensão que revelaria uma outra, que apontaria para a possibilidade de uma autonomia dos acompanhantes em relação a médicos e analistas. Isto não no sentido de poderem tratar sozinhos seus pacientes, mas sim de não precisarem de alguém que pense por eles a sua função, como se não passassem de personagens secundários de uma história cujos autores são sempre o psiquiatra e/ou o analista.

Conclusão

A que conclusões poderíamos chegar a partir do percurso histórico que construímos?

Mostramos como o acompanhamento aparece ligado a diferentes referenciais teóricos e ideológicos, que determinavam por sua vez práticas distintas. A passagem de cada uma destas práticas às outras, seria resultante dos encontros de uma série de forças sociais, representadas pelos diversos personagens envolvidos na cena social em que se dá o acompanhamento.

Nada de progresso científico, de uma suposta evolução do atendimento oferecido aos pacientes, decorrente de uma aproximação à verdade da "doença mental". Acasos e interesses individuais -- sempre produzidos e/ou atravessados por uma série de instituições e práticas sociais -- jogaram sua parte nestes movimentos, pelo menos tanto quanto o "interesse pelo bem do paciente", ou por sua "cura".

Entretanto, ao longo de nossa dissertação apontamos também para o fato de que, em qualquer dos contextos analisados, estava presente a demanda de que o acompanhante oferecesse uma *escuta diferenciada* ao paciente e com este procurasse estabelecer um *vínculo afetivo*. Estes "instrumentos" do acompanhante visariam diferentes objetivos, segundo se os articulasse a diferentes ideologias de trabalho.

Mostrado isto, o que teríamos a dizer quanto ao *impasse* que dissemos atravessar a prática dos acompanhantes hoje, no RJ?

Numa primeira abordagem, poderíamos dizer que ele decorreria da confluência de dois fatores básicos: em primeiro lugar, teria havido um desvio em relação ao referencial ideológico que predominava no contexto de origem desta prática. Fora da comunidade terapêutica, os acompanhantes tornar-se-iam elementos de um tipo de prática "terapêutica" que apresentaria uma isomorfia estrutural àquela que vigorava no hospital psiquiátrico clássico e que justamente deveria ser problematizada através de instrumentos como as comunidades terapêuticas. O acompanhante apareceria assim, paradoxalmente, trabalhando a favor daquilo que ele supostamente deveria "combater".

Em segundo lugar, sobrepondo-se a este primeiro desvio, encontraríamos uma defasagem entre as expectativas daqueles que demandavam o trabalho dos acompanhantes e daqueles que o faziam, em relação a esta prática. Estas diferentes perspectivas de entendimento da função do acompanhante não puderam contudo ser suficientemente discutidas no âmbito da equipe terapêutica, em razão justamente da maneira como se estruturou a prática do acompanhamento neste novo momento.

A defasagem a que nos referimos apresentaria-se em dois níveis; um em que os acompanhantes pretenderiam-se terapêuticos, na medida em que portadores de um saber e capazes de uma

intervenção clínica sobre o que se passa com o paciente. Isto entraria em conflito com a perspectiva daqueles que os chamavam e que queriam o acompanhante "apenas" como um "auxiliar", como uma "prescrição" deles. O acompanhante apareceria então como uma mera extensão de um outro, que portaria a verdade do seu fazer e portanto o dirigiria.

Num segundo nível, o conflito estabeleceria-se na medida em que as aspirações clínicas dos acompanhantes geralmente estavam associadas a uma leitura psicanalítica do que se passava com os pacientes, o que trazia um novo ponto de atrito com a prática psiquiátrica.

Dizendo de outra maneira, o "duplo" conflito entre acompanhantes e os que os chamavam, neste novo momento, dar-se-ia pelo fato dos acompanhantes quererem pensar a sua prática para além do lugar atribuído a ela pelos que a solicitavam, apoiando-se para isto na teoria psicanalítica. Isto manifestaria-se na prática clínica dos acompanhantes na medida em que estes entenderiam que o vínculo que estabelecem com os pacientes deve servir não a uma "sugestão direta" sobre os sintomas destes últimos (o que equivaleria a fazer do acompanhamento uma prática pedagógica e/ou normatizadora), mas sim para que estes possam experimentar-se enquanto "sujeitos de suas ações e palavras", podendo atribuir a elas sentido. Deixariam de figurar, então, como "objetos" do saber de um outro, de terem seus destinos previamente traçados por diretrizes que lhes são impostas "de fora".

Porém, numa segunda abordagem, o impasse com que se deparam acompanhantes poderia ser entendido como *revelação* das próprias contradições que possibilitaram o aparecimento desta prática.

O acompanhamento teria então surgido para servir não tanto aos pacientes, mas sobretudo à psiquiatria e a uma psicanálise *psiquiatrizada*. Quando feito em seu contexto de origem, o fazer "antipsiquiátrico" daquele que acompanhava, sustentava um fazer psiquiátrico "clássico", agora com uma fachada "moderna". Nesta perspectiva o aparecimento do acompanhante num contexto "psiquiátrico" a partir da "passagem para a rua" dos auxiliares da Villa Pinheiros, seria, antes de uma "traição" às suas origens, "revelação" do que nelas já se encontrava de maneira velada.

Poder-se-ia aqui entender que o acompanhamento surge para dar uma sustentação política a uma psiquiatria combatida e enfraquecida; "vão-se os anéis mas salvam-se os dedos". Humaniza-se a prática psiquiátrica para que ela não precise mudar em seus pressupostos fundamentais.

Mas não estaríamos supondo aqui uma intencionalidade maquiavélica dos psiquiatras, incorrendo assim num ingênuo maniqueísmo? Gostaríamos de oferecer uma outra alternativa.

O acompanhamento seria produto ao mesmo tempo do

reconhecimento e do não reconhecimento das limitações da prática psiquiátrica; tipo "eu sei mas mesmo assim". Aquilo com o que o psiquiatra *não sabe o que fazer*, ele entrega à responsabilidade do acompanhante, mas como quem entrega algo de menor importância a alguém igualmente menos importante. Livra-se assim das angústias despertadas pelo sentimento de ignorância e impotência que seu objeto lhe desperta, projetando-os sobre um outro. Note-se como o que o psiquiatra não poderia reconhecer é a insuficiência de seu saber ante a experiência da loucura, ao mesmo tempo em que o acompanhante surge como aquele cujo saber é insuficiente.

O que ainda podia aparecer nas comunidades terapêuticas e que se perderia no momento seguinte, é que este técnico de saber insuficiente era, por essa própria "insuficiência", terapêutico; ainda que este suposto *não saber*, aparecendo cristalizado num certo técnico, acabasse por permitir que o psiquiatra e outros técnicos não precisassem incorporá-lo a suas práticas.

O acompanhante portaria assim as marcas daquilo que o psiquiatra não pode reconhecer em si; radicalizando, ele seria um "ignorante" enquanto que sua prática não seria terapêutica. O mesmo poderia ser dito em relação ao psicanalista que demanda acompanhamento para seus pacientes, na medida em que ele parece fazê-lo na maioria das vezes desde uma perspectiva psiquiátrica, deixando clara uma falta de "fidelidade" ao seu instrumento de cura.

pôder ser analisada em seus menores detalhes, mas segundo a inteligibilidade das lutas, das estratégias, das táticas". (1979, pg. 5).

Se considerarmos a direção tomada atualmente pelos grupos de acompanhamento, diríamos que impõe-se aos acompanhantes uma tentativa de formular teoricamente aquilo que vêm fazendo junto a seus pacientes, procurando assim legitimar as suas aspirações de tornar reconhecida a dimensão clínica de sua prática. Aparentemente a teoria psicanalítica teria um importante papel a desempenhar aí, talvez por oferecer uma possibilidade de articulação teórica àqueles dois instrumentos fundamentais do acompanhante: a sua escuta -- e portanto o fazer falar o paciente -- e o vínculo afetivo que ele busca estabelecer com este.

Insistiremos porém, em nossa posição de que este não é um percurso *necessário* para esta prática, o que é coerente com nosso entendimento de que o acompanhamento seria antes um campo de intervenção em saúde mental, do que uma técnica terapêutica específica.

Abordagens via uma outra perspectiva teórica que não a psicanalítica, ou mesmo uma abordagem que não enfatizasse tanto o aspecto clínico da intervenção do acompanhante, pareceriam-nos, a princípio, legítimas. Mas estas não foram tendências

predominantes no contexto das práticas de acompanhamento que viemos analisando ao longo de nossa dissertação.

Em todo caso, caberia comentar que muitos entre os que acompanham pensam que o acompanhante não precisa, ou mesmo não deve, aferrar-se a um determinado procedimento técnico e sim permitir-se "acompanhar" a direção que se imponha no decorrer de um determinado caso, podendo esta vir a ser clínica, social, "anti-crise" etc.

Seria de todo modo temerário que os acompanhantes, uma vez instituindo-se enquanto agentes de uma atividade reconhecidamente clínica, viessem a comportar-se de maneira tal que, num futuro próximo, tivessem de ser criados os "auxiliares dos acompanhantes" e assim por diante.

Bibliografia

Basaglia, F. (1974) A Instituição da Violência in Escobar, C.H. (org.) As Instituições e os Discursos Edições Tempo Brasileiro LTDA.

_____ (1979) Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão o Otimismo da Prática SP Ed. Brasil Debates

Bateson, G.; Jackson, Don D.; Weakland, John H. Et alii (1971) Interaccion Familiar Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires

Birman, J. (1991) Freud e a Interpretação Psicanalítica A Constituição da Psicanálise 2a Parte Relume Dumará RJ

Carrozzo, N.L.M. (1991) Campo de Criação, Campo Terapêutico in Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (org.) A Rua Como Espaço Clínico Ed. Escuta, SP

Castel, R. (1978a) A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo Ed. Graal Ltda RJ

_____ (1978b) O Psicanalismo Ed. Graal_ Ltda.

_____ (1981) A Gestão dos Riscos Ed. Graal Ltda

Cesarino, A.C. (1991) A Rua e o Social de Cada Um in Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (org.) A Rua Como Espaço Clínico Ed. Escuta, SP

Cooper, D. (1967) Psychiatry and Anti-Psychiatry Tavistock Publications, London

Dreyfus, H.L. e Rabinow, P. (1982) Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics The University of Chicago Press

Fortes, I. e Starling, P. (1992) Do Auxiliar Psiquiátrico ao Acompanhante Terapêutico Mimeo/Arquivos GRAP

Foucault, M. (1972) História da Loucura na Idade Clássica Ed. Perspectiva S.A. SP 1978

_____ (1979) Microfísica do Poder Ed. Graal LTDA. RJ

Freud, S. (1912) A Dinâmica da Transferência in ESB VOL. XII

_____ (1912) Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise in ESB VOL. XII

_____ (1913) Sobre o Início do Tratamento (Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise I) in ESB VOL. XII

_____ (1917) Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise
XVI Psicanálise e Psiquiatria in ESB VOL. XVI

_____ (1917) Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise
XVII O Sentido dos Sintomas in ESB VOL. XVI

_____ (1917) Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise
XXVII Transferência in ESB VOL. XVI

_____ (1917) Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise
XXVIII Terapia Analítica in ESB VOL. XVI

_____ (1921) Psicologia de Grupo e a Análise do Ego in ESB
VOL. XVIII

_____ (1924) A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose
in ESB VOL. XIX

_____ (1926) A Questão da Análise Leiga in ESB VOL. XX

_____ (1937) Análise Terminável e Interminável in ESB VOL.
XXIII

_____ (1937) Construções em Análise in ESB VOL. XXIII

Fulgêncio Jr., L. (1991) Interpretando a História. Acompanhamento
Terapêutico de Pacientes Psicóticos do Hospital-Dia A Casa in

Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (org.) A Rua Como Espaço Clínico Ed. Escuta, SP

Ginestet, D. et alii (1986) Em Torno do DSM III in Lacan, J. E outros A Querela dos Diagnósticos Jorge Zahar Editor RJ

Goldberg, J. (1994) Clínica da Psicose Te Corá Editora RJ

Green, A. (1982) La Double Limite in Nov. Rev. Psychanalyse 25: 267-283

Haley, J. (1974) Tratamiento de la familia Ed. Toray Masson, Barcelona

Helsinguer, L.A. (1982) Estudo Para uma Proposta de Tratamento Alternativo com Pacientes Psicóticos in Jornal Brasileiro de Psiquiatria 31(4): 269-274

Ibrahim, C.M. (1991) Do Louco à Loucura: O Percorso do Auxiliar Psiquiátrico no Rio de Janeiro in Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (org.) A Rua Como Espaço Clínico Ed. Escuta, SP

Ibrahim, C.M., Meyer, M.C., Wasserman, P., Pamperrien, S.V., Coelho, R. (1984) Resumo do Primeiro Encontro de Acompanhantes Terapêuticos do RJ Arquivos EAP.

Jones, M. (1968) A Comunidade Terapêutica Ed. Vozes Ltda. 1972

Petrópolis, RJ

Kalina, E. (1986) O Tratamento de Adolescentes Psicóticos Ed. Francisco Alves RJ

Kammerer, T. e Wartel, R. (1986) Diálogo Sobre os Diagnósticos in Lacan, J. e outros A Querela dos Diagnósticos Jorge Zahar Editor RJ 1989

Kaplan, H. I. E Sadock, B.J. (1988) Compêndio de Psiquiatria Ed. Artes Médicas Porto Alegre, 1990

Lacan, J. (1986) A Psiquiatria Inglesa e a Guerra in Lacan, J. e outros A Querela dos Diagnósticos Jorge Zahar Editor RJ 1989

Lapassade, G. (1980) Socioanálisis y Potencial Humano Madrid, Gedisa 1980

Mauer, S.K. e Resnizky, S. (1985) Acompanhantes terapêuticos e Pacientes Psicóticos Papirus Editora Campinas SP

Minuchin, S. (1985) Famílias, Funcionamento e Tratamento Artes Médicas, Porto Alegre

Miller, J.A. (1987) Percurso de Lacan Jorge Zahar Editor RJ 1992

Nery, N. (1994) Acompanhamento Terapêutico e a Clínica da Psicose Mimeo PUC

Quinet de Andrade, A.L. (1986) Clínica da Psicose Transcrição
Volume 2, Publicação dos Seminários da Clínica Freudiana Ed.
Fator

Simon, P. et alii (1986) Em Torno do DSM III in Lacan, J. E
outros A Querela dos Diagnósticos Jorge Zahar Editor RJ

Soler, C. (1989) Clinica de Las Psicosis Ed. Manancial Buenos
Aires

_____ (1990) Artigos Clínicos Ed. Fator LTDA. Salvador BA
(1991)

Vieira Cenamo, A.C., Prates e Silva A.L.B. e Barreto, K.B. (1991)
O Setting e as funções no acompanhamento terapêutico in Equipe de
Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (org.) A Rua
Como Espaço Clínico Ed. Escuta, SP

Vilhena, J. de (org.) (1991) Escutando a Família: Uma Abordagem
Psicanalítica Relume Dumará RJ

Textos a serem publicados no livro que reúne os trabalhos
apresentados no Segundo Encontro Paulista de Acompanhantes
Terapêuticos, de lançamento provável no ano de 1995:

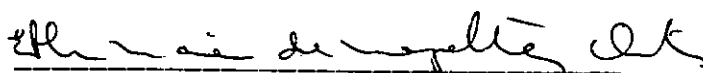
Nery, N. E Maia, M.S. (1995) Rex, Amigo de Fé, Minha Bazuca:

Representações de um Lugar

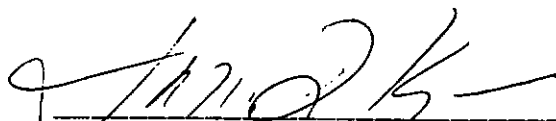
Prates e Silva, A.L.B. e Santos Silva, M.B.P. (1995)

Acompanhamento Terapêutico: Técnicas e Ética

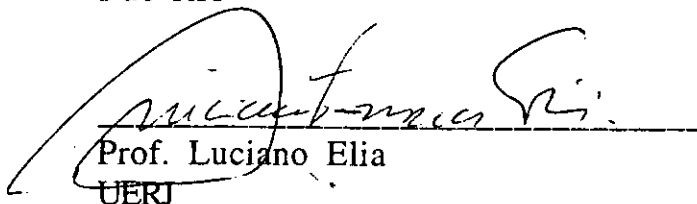
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pelo aluno Raymundo de Oliveira Reis Neto, intitulada *Acompanhamento Terapêutico: Emergência e Trajetória Histórica de uma Prática em Saúde Mental no RJ*, e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



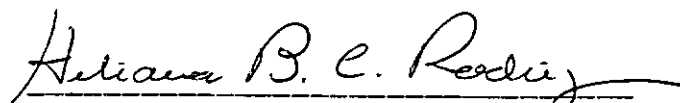
Prof. Esther Maria de Magalhães
Arantes
Orientadora PUC-Rio



Prof. Junia de Vilhena
Puc-Rio



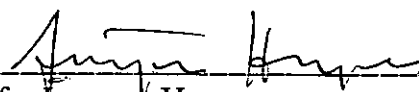
Prof. Luciano Elia
UERJ



Prof. Heliana de Barros Conde
Rodrigues
UERJ

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 10 de março de 1995



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós
Graduação do Centro de Teologia e
Ciências Humanas