

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RICARDO GOMIDES SANTOS

Acompanhamento Terapêutico de pacientes neurológicos:

uma experiência de ensino em psicanálise

São Paulo

2013

RICARDO GOMIDES SANTOS

Acompanhamento Terapêutico de pacientes neurológicos:

uma experiência de ensino em psicanálise

(versão original)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Loffredo

São Paulo

2013

SANTOS, Ricardo Gomides

Acompanhamento Terapêutico de pacientes neurológicos: uma experiência de ensino em psicanálise

Tese apresentada Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Não há uma só palavra que eu possa usar para
agradecer por todo seu apoio, amor, dedicação,
carinho e confiança. Uso todas então.
A você, este trabalho.
Iandara.*

AGRADECIMENTOS

Algumas pessoas estão nestas páginas porque estão dentro de mim. A elas, meu agradecimento, pois me fazem melhor.

À minha orientadora, Ana Maria Loffredo, pela acolhida sempre calorosa, desde o início do projeto até sua conclusão. Seu respeito pela universidade e pela escrita freudiana me ensinaram muito. Obrigado por exigir sempre mais;

Aos colegas de orientação que fizeram do nosso laboratório um ambiente de delicadas leituras e mútuo respeito: Ana Cristina Camargo, Débora Moraes, Juliano Cedaro, Luiz Henrique Daló;

Aos meus queridos alunos do estágio em Acompanhamento Terapêutico, que reconhecem nestas letras o nome de cada um, pois aqui estão a criatividade, a dedicação, todas as horas que passamos juntos inventando uma clínica original. Este trabalho não seria possível sem vocês;

Aos queridos colegas do ambulatório de fisioterapia, que abriram suas portas para uma proposta de trabalho que veio a ensinar tanto;

Aos pacientes que, enquanto os atendíamos, cuidavam de nossa formação;

À minha família de São Paulo, pela paciência e apoio sempre constantes: Janaína, Cauê, Saraiva, Lisete, Jacy, Abaetê, Juçara, Jacy, Rafa, Iberê, Marcela, Acauã e Vanessa;

À Dorinha, minha avó. De um amor, uma generosidade e um entusiasmo acadêmico sem iguais;

Aos meus queridos amigos Déborah e Hailton, pelo apoio e risadas fáceis;

À minhas cunhadas Lud, Mari e Ciça que, junto ao Tio Willey, tornam Uberlândia sempre mais divertida;

Aos meus sobrinhos lindos, todos uns moreninhos: João, Guel, Pedro, Tucas e Francisco. Não canso de correr atrás de vocês;

Às minhas afilhadas lindas e danadinhas: Helena e Gigi;

Aos meus irmãos Paulo Lourenço e Guilherme, sempre amorosos;

Aos meus irmãos grandes, companheiros para toda a vida. Sinto-os sempre comigo: Didi, Bó, Cris e Cisso;

Ao meu pai, pelo apoio e humor sempre melhores;

À minha mãe, pela doçura e amor incondicionais;

À minha Fofinha, que ainda estou juntando palavras...

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo tentar compreender, conceituar e apresentar o trabalho psicológico realizado com pacientes neurológicos por meio da clínica do acompanhamento terapêutico (AT), orientado psicanaliticamente. Esta intervenção clínica, ainda inédita na literatura especializada em acompanhamento terapêutico, foi desenvolvida junto às minhas atividades como docente em um curso de graduação em Psicologia. Em função deste outro aspecto inerente ao trabalho, também abordei a atividade de supervisão e procurei focar as particularidades do ensino de AT a estudantes de Psicologia, em um estágio profissionalizante. A orientação teórica a sustentar a atividade clínica e docente foi psicanalítica, tendo como principal chave de leitura as produções da Teoria dos Campos, por sua contribuição ao resgate do método psicanalítico. Esta orientação teórica nos levou a outras questões, relativas ao ensino da técnica psicanalítica e sua adequação à prática do AT. Com isso, investigamos certos parâmetros técnicos, discutidos segundo a clínica do AT, como o *setting* terapêutico, a atenção flutuante, a postura em reserva, o uso da transferência e da contratransferência, além da pertinência do brincar no acompanhamento terapêutico. A abordagem dessas questões clínicas partiu da análise do filme “O escafandro e a borboleta” e de dois casos clínicos. O tratamento dado ao filme, bem como aos pacientes atendidos, foi o mesmo: uma discriminação dos aspectos psicanalíticos e próprios à técnica do AT, relacionados à experiência de supervisão dos alunos. Nesse sentido, os casos trabalhados foram abordados em três planos simultâneos: teórico, clínico e didático. A partir da análise desse *corpus* de trabalho, surgiram algumas recomendações técnicas aos acompanhantes terapêuticos que utilizam a psicanálise, não sendo possível fazer uma transposição direta da técnica psicanalítica à clínica do AT. Além disso, formamos uma apreensão em conjunto de certos aspectos do trabalho dos acompanhantes terapêuticos com os pacientes neurológicos, indicando a necessária relação interdisciplinar em uma clínica na qual as questões corporais requerem, simultaneamente, um cuidado analítico. Por seu caráter híbrido, em que articula um manejo do vínculo e uma escuta à subjetividade no cotidiano do paciente, o AT mostrou-se uma ferramenta bastante útil no trabalho de reabilitação dos pacientes neurológicos, constituindo-se, assim, um novo e promissor campo de intervenção a esses profissionais.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico; pacientes neurológicos; psicanálise; teoria dos campos

ABSTRACT

The purpose of this research is to understand, conceptualize and present the psychological work done with neurological patients by means of psychoanalytically oriented therapeutic accompaniment (TA). This clinical intervention, still unheard of in the specialized literature on therapeutic accompaniment, was developed simultaneously with my activities as lecturer at an undergraduate course in Psychology. Due to this other feature inherent to TA work, I also started work as clinical supervisor, focusing on the teaching of the specificities of TA work to Psychology students, in a professionalizing internship. The theoretical orientation on which the clinical and professorial work was based on was psychoanalytical, using the works of Multiple Field Theory as the main “reading key”, given its contribution to the recovery of the psychoanalytic method. This theoretical orientation led us to other issues, regarding the teaching of psychoanalytic technique and how to adapt it to TA practices. As such, we investigated certain technical parameters, discussed in view of clinical TA work, such as the therapeutic setting, free floating attention, a reserved posture, the use of transference and counter-transference, and also the pertinence of play in therapeutic accompaniment. The discussion of these issues was based on the analysis of a film and two clinical cases. The treatment given to the film “The diving bell and the butterfly” and to the patients’ cases was the same: a discrimination of the psychoanalytical aspects specific to TA technique, in regards to the students’ supervision experience. In this sense, the cases analyzed were approached in three simultaneous planes: the theoretical, the clinical and the didactic. From the analysis of this body of work, we were able to reach some technical recommendations for those working with TA in a psychoanalytical context, given the impossibility of directly transposing psychoanalytical technique to clinical TA work. Furthermore, we achieved a more global understanding of certain aspects of TA work with neurological patients, pointing towards the necessary interdisciplinary relations in a clinic in which physical issues also require simultaneous subjective care. Given its hybrid nature, in which one must articulate a management of the therapeutic bond with a listening of the subjectivity in the patient’s everyday life, TA has shown itself to be a useful tool in the rehabilitation of neurological patients, asserting itself as a new and promising field of intervention to these professionals

Keywords: Therapeutic accompaniment; neurological patients; psychoanalysis; multiple field theory

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo tratar de comprender, conceptualizar y presentar el tratamiento psicológico realizado con pacientes neurológicos a través de la clínica de acompañamiento terapéutico (AT), orientado psicoanalíticamente. Esta intervención clínica, hasta el momento inédita en la literatura especializada en lo acompañamiento terapéutico, fue desarrollada conjuntamente a mis actividades como docente en un curso de licenciatura en Psicología. En fusión de este otro aspecto inherente al trabajo, también abordé la actividad de supervisión, enfocando las particularidades de la enseñanza de AT a estudiantes de Psicología, que están haciendo prácticas o que trabajan como becarios. La orientación teórica que sustenta la actividad clínica y docente fue psicoanalítica, teniendo como principal llave de lectura las producciones de la Teoría de los Campos, por su contribución al rescate del método psicoanalítico. Esta orientación teórica nos llevó a otras cuestiones, relativas a la enseñanza de la técnica psicoanalítica y su adecuación a la práctica del AT. En esta dirección, investigamos determinados parámetros técnicos, discutidos según la clínica del AT, como el *setting* terapéutico, la atención dispersa, la postura en reserva, el uso de la transferencia y de la contra-transferencia, además de la pertinencia del juego en el tratamiento terapéutico. El abordaje a estas cuestiones clínicas partió del análisis de una película y de los casos clínicos. El tratamiento dado a la película "La Escafandra y la Mariposa", como a los pacientes atendidos, fue el mismo: una especificación de los aspectos psicoanalíticos y propios a la técnica del AT, relacionados a la experiencia de supervisión de los alumnos. En este sentido, los casos trabajados fueron abordados en tres planos simultáneos: teórico, clínico y didáctico. A partir del análisis de este *corpus* de trabajo, surgieron algunas recomendaciones técnicas a los acompañantes terapéuticos que utilizan la psicoanálisis, no siendo posible hacer una incorporación directa de la técnica psicoanalítica a la clínica del AT. También, formamos una clasificación en conjunto de ciertos aspectos del trabajo de los acompañantes terapéuticos con los pacientes neurológicos, indicando la necesaria relación interdisciplinaria en una clínica en la cual las cuestiones corporales requieren simultáneamente un cuidado subjetivo. Por su carácter híbrido, en que articula un manejo del vínculo y una audición a la subjetividad del cotidiano del paciente, el AT se mostró una herramienta bastante útil en el trabajo de rehabilitación de los pacientes neurológicos, revelándose un nuevo y promisor campo de intervención para dichos profesionales.

Palabras-claves: Acompañamiento terapéutico; pacientes neurológicos; psicoanálisis; teoría de los campos.

SUMÁRIO

APROXIMAÇÕES

Dezembro de 2005	10
Três cenas	13

CONFIGURANDO A PESQUISA

O acompanhamento terapêutico (AT).....	16
Definições.....	16
Origens.....	19
Os pacientes neurológicos: breve apresentação.....	31
Atendimento psicanalítico de pacientes neurológicos – a falta e a perda.....	35
A marca do ensino	39
Assim surgiu este estágio.....	41
Perspectivas metodológicas.....	44
A questão do método psicanalítico: breve introdução à Teoria dos Campos.....	46
Outras perspectivas metodológicas de pesquisa.....	55

QUANDO O CORPO É OUTRO

Aprendendo e ensinando a acompanhar pacientes neurológicos.....	61
Uma interpretação ilustrada – “O escafandro e a borboleta”	63
Revisitando o Sr. G. – clínica e supervisão se encontram.....	101
Aprendendo a escuta e a política da cura.....	103
O caso Paula.....	119
Um método específico de leitura.....	121

FORMAÇÃO

A formação de acompanhantes terapêuticos.....	147
AT: função ou profissão?.....	147
A inserção do AT como estágio profissionalizante em psicologia: relato de uma experiência... ..	162
Particularidades no ensino de AT orientado psicanaliticamente.....	166
<i>Setting</i> : enquadre prático e projeto terapêutico.....	174
Atenção flutuante e associação livre.....	178
Da postura em reserva à pessoa real.....	180
Transferência, contratransferência e ação interpretativa.....	186

DISCUSSÃO

AT de pacientes neurológicos: vicissitudes clínicas.....	203
A clínica interdisciplinar e o cuidado à unicidade do corpo psíquico.....	204

CONSIDERAÇÕES FINAIS: pesquisa, docência, extensão.....	209
--	-----

REFERÊNCIAS	211
--------------------------	-----

APROXIMAÇÕES

DEZEMBRO DE 2005, Jean-Dominique sai com Théo para um final de semana em Paris. As visitas domiciliares têm esse acordo possível: pai e filho viajam sozinhos, deixando a ex-mulher com as pequenas Hortense e Céleste no interior. Os planos daquele dia incluem bons restaurantes (ostras?!) e uma visita ao teatro. Dará tempo? A viagem é longa e pelo trajeto vemos a conversa desajeitada de um pai que tenta reconhecer o filho em seus rubores adolescentes. A intimidade buscada não encontra amparo na naturalidade perdida dos dias, e o tempo, que se passa aos intervalos, dificulta aquela conversa fácil, típica de quem vive junto. Vida de pai separado: compartilhar suas experiências na forma de ensaio e erro, torcendo para que o filho se faça generoso e reconheça como idêntico aquilo que não é. Um olhar desconfiado, admirado e certamente mais empolgado com Paris, é isso o que temos em Théo.

Manhã de domingo. Augusto, médico obstetra, quase cinquenta anos de profissão, sente uma dor de cabeça e vai descansar antes do almoço. A casa está cheia. Temos a presença da esposa e da filha, também médica, que trouxe os filhos para ficarem com os avós. O pai demora um pouco mais no andar superior. Nos anos somados em décadas aquela não era uma cena habitual. Além de ser o “médico do bairro”, pronto a atender febres de todo tipo e hora, a obstetrícia sempre reduzira sua permanência em casa, pois reserva grande parte de sua prática para momentos insólitos. Feriados, manhãs de páscoa, domingos em família eram divididos com a atenção orgulhosa de “nunca ter deixado de atender a um chamado”. Suas semanas tinham pausas nas raras idas à fazenda. São Paulo é terra e horário de trabalho.

Sexta-feira, final de tarde. A mãe cumpria sua rotina no emprego de auxiliar geral. Em casa, a irmã mais velha recebia a visita de uma amiga. Paula, de folga do trabalho naquele dia, não acompanha a alegria das duas. Está com dor de cabeça e deita-se na cama da mãe. O som alto, dando medida da alegria espontânea dos dezesseis anos, toca axé. A adolescente, a mais animada da família, talvez estivesse chateada com seu pai, que não a levava para visitar os avós na Bahia. Terceira filha, “o xodó” da casa não estava acostumada a ter seus pedidos negados. O pai viajara um tanto nervoso, mas certo de que não teria condições de custear a viagem da filha, ainda mais com os dias letivos do primeiro ano em curso.

Jean-Dominique tenta propor um assunto. Théo espera. A frase não se completa. Tenta outro: o clima. Será que vai chover? A viagem vai atrasar. Talvez não cheguem para o teatro. “Nós

poderíamos...” “Nós poderíamos...” “...”. A frase não se completa. “Você está com calor?”. Olhar surpreso do filho, pois ambos estavam agasalhados no conversível novo. “Nós poderíamos...”. O carro é levado para o acostamento. Pára alguns metros à frente de uma casa. Ouvimos o barulho ensurdecedor e crescente de alguma máquina sendo acelerada. Théo deixa o carro gritando “Papai, papai, o que está acontecendo?”. Sai em disparada até o portão vizinho. Um adulto precisa ser chamado. Uma mulher vem em socorro, toca em Jean-Dominique e dá-nos chance de ver seu rosto de lábios contorcidos e olhar esbugalhado, criando o impacto de uma feição de dor, espanto e saliva pelo canto da boca.

“Pai? Papai?”. “Deixa que eu vou chamá-lo, mãe”. As escadas ainda ouvem novamente o chamado. Nenhuma resposta. A porta do quarto, entreaberta, autorizava a entrada, após um leve bater em sua folha. O mesmo “pai?” sem resposta. Ela avança até a cama e encontra Augusto deitado, mas com o corpo rígido. Em seu rosto uma expressão de dor contraía todos os músculos. De olhos abertos, não conseguia falar. Verificação rápida dos sinais vitais, o grito agoniado por ajuda, o exame de outras funções. Sons guturais emitidos por ele. Incompreensíveis. Temperatura alta, dor de cabeça aguda, o diagnóstico se formava. Uma ambulância!

O som alto, as músicas, a conversa das meninas e a dor de cabeça que não passava. A tentativa de repouso não trazia resultados. Sentindo-se pior, Paula resolve se levantar e pedir ajuda para a irmã e a amiga. A boca está torta, o rosto bonito perde sua forma, as meninas pensam tratar-se de mais uma brincadeira daquela moça sempre alegre. Não era. Ela cai no chão e o desespero só consegue gritar e deixar um pensamento surgir: telefonar para a mãe. Não há contato. O desespero agora encontra ajuda no grito aos vizinhos, que levam as três ao hospital mais próximo. No caminho, os chamados não são respondidos. Paula está desacordada. A irmã chora e pensa no pior.

Do carro à ambulância cenas que não acompanhamos. Retornamos ao início do filme e vemos Jean-Dominique Bauby abrindo seus olhos pela primeira vez após o coma. No ambiente turvo, pálido, entre o alaranjado sanguíneo da pálpebra e o leitoso de uma córnea sem uso, vultos em um quarto de hospital. Após semanas em sono, os olhos abertos dão certeza às enfermeiras: ele está despertando, chamem o Doutor!

Com seu jaleco e lanterna ocular, começamos a compreender o que se passa. O diagnóstico será dado: “Jean-Dominique, você teve um derrame, um acidente vascular cerebral (AVC) de grandes proporções. Seu tronco encefálico perdeu conexão com as demais funções nervosas. Você pensa normalmente, sua memória está preservada, mas seu corpo não reage a nenhum estímulo externo ou ato de vontade própria. Tirando isso, e graças aos avanços da medicina moderna, você poderá

continuar com sua vida, mas agora a partir da ‘síndrome do encarceramento’, ou *locked-in syndrome*, como denominam os ingleses essa patologia”.

A urgência fora percebida com propriedade. Sorte ter uma médica competente em casa. Evitou os cuidados desnecessários e contactou uma equipe para reverter rapidamente os efeitos da meningite. Aquela inflamação poderia ter matado Augusto sem a intervenção adequada e imediata. O tempo no hospital foi longo, assim como a adaptação a uma rotina completamente alterada. Os movimentos agora eram imprecisos e lentos. Mãos trêmulas, pernas frágeis. A voz, sem força, era descompassada por movimentos involuntários da garganta, produzindo a gravidade do que parecia um pigarro e uma tosse constantes. Descer escadas, andar pela casa, sentar-se! Gestos simples tornaram-se desafios. Sair de casa? Só de carro e junto aos filhos. Não queria ser visto pelos vizinhos naquele estado. A profissão estava perdida. Nunca mais poderia clinicar ou operar. As manhãs que se iniciavam às seis horas, agora viam luz às nove ou dez, em um desânimo só. Por que sair de casa? Nunca passara tanto tempo entre aquelas paredes. Nem ele ou sua esposa estavam acostumados ou esperavam por isso. Começaram a brigar. Ele reclamando de tudo. Ela reclamando de tudo, dele e da meningite que afetara suas vidas.

No hospital o atendimento é pronto. Paula é levada ao centro cirúrgico, as meninas finalmente conseguem contato com a mãe. Sem saberem ao certo quanto tempo levou entre a queda e a operação, somente à noite é que se teve notícias: o caso era grave, um AVC hemorrágico. Craniotomia, drenagem do sangue, perda acentuada de massa encefálica durante os procedimentos. Horas de operação e as expectativas não são boas. Naquele corredor em que passam boas e más vontades, as informações não se encontram. Sobreviveu? Tem sequelas? Os médicos, dessensibilizados sabe-se lá por quantas dores, dizem à mãe para perder suas esperanças. Somente um milagre. É esta notícia e incumbência que dão ao pai na Bahia. Ele consulta os santos, os orixás e volta trazendo consigo culpa e fitas do Bonfim. Paula sobrevive, mas ninguém sabe dizer por quanto tempo. O quadro estabiliza-se nos corredores, ganha algum quarto de perdão e exige cuidados contínuos. Ela não fala, não mexe nenhum músculo voluntário, não consegue se alimentar sozinha, tem sua cabeça afundada pelas mãos que se sujaram de sangue e cinza na tentativa de salvar. Semanas no hospital. A espera pela morte. Uma equipe que não acredita em recuperação. Sinais vitais estabilizados. Ela ficará assim para sempre. Não há o que fazer. A mãe então pede. Depois exige: “deixem que eu faça o que não sei fazer, mas sei que vocês não querem”. Retira sua filha do hospital quase dois meses após a entrada. Alguém tinha de cuidar dos efeitos daquele AVC.

TRÊS CENAS de origens, sujeitos e consequências diferentes, mas que resguardam uma mesma força impactante: a vida, esta nossa experiência desconhecida, alterou-se sob os (des)mandos neurológicos de uma força insuspeitada. Um derrame que separa a ligação do córtex com o corpo, afetando o tronco encefálico. Uma inflamação das meninges que afeta gravemente todas as funções motoras básicas e refinadas. Uma hemorragia cerebral que leva à perda de todas as funções neurológicas associadas às áreas afetadas. De um momento para o outro, com extensões de tratamento de que temos pouca notícia, a vida destas três pessoas se alterou profundamente. A deles e de todos os demais ao redor: familiares, cuidadores e profissionais que se lançam na clínica de pacientes com comprometimentos neurológicos¹.

É neste último grupo que me encontro. Um psicólogo que, na prática do Acompanhamento Terapêutico (AT)², teve por sorte atender ao sr. Augusto, compartilhando com ele as agruras de reconhecer-se outro em seu corpo, em sua casa, em sua família. Há algumas páginas tenho a companhia do leitor, que entrou em contato com a vida de três pessoas de um modo estranho. Fora de ordem, sem maiores apresentações, uma data sem referência, sem um quê organizador que permitisse situar aquelas experiências lidas em algum propósito reconhecível. Um começo de tese inusual, reconheço.

No entanto, essa impressão de gratuidade, de falta de sentido, de absurdo se preferirem, foi proposital. Ou melhor, foi exigida pelo material mesmo de que trataremos, dando chance de nos aproximarmos da experiência vivida por pacientes e familiares diante das doenças neurológicas adquiridas. Minha intenção aqui será o de justamente tentar compreender, conceituar e apresentar o modo como tenho trabalhado psicologicamente com os pacientes neurológicos. Se há uns bons anos o atendimento do sr. Augusto teve fim, se a exibição cinematográfica da vida de Jean-Dominique muito nos deu o que pensar, através do filme “O escafandro e a borboleta”, a tarefa de auxiliar Paula e sua família teve e tem tido capítulos recentes que nos mantêm ligados a esta atividade.

¹ Adiante, em inúmeras passagens, utilizarei apenas expressão “pacientes neurológicos” para designar o grupo de pacientes afetados por afecções neurológicas adquiridas, tais como acidentes vasculares cerebrais, traumatismos cranianos, lesões medulares, entre outros. Ainda que saiba tratar-se de uma redução do paciente a um de seus aspectos, no caso, a doença neurológica, é por este termo que as equipes interdisciplinares se referem cotidianamente a este grupo tão heterogêneo entre si. Mantendo o caráter prático e interdisciplinar deste trabalho, utilizo esta expressão cotidiana.

² Tal como Barreto (2000), Palombini (2004) e outros autores que ajudam a formar a literatura do nosso campo de pesquisa, utilizarei a abreviação AT para designar acompanhamento terapêutico e *at* para quem exerce essa clínica, o acompanhante terapêutico.

Assim se apresentam as questões norteadoras deste estudo: como desenvolver um atendimento clínico psicológico, a partir da intervenção de acompanhantes terapêuticos, junto a pacientes neurológicos? Quais as peculiaridades desta clínica? De que modo podemos intervir junto a demandas que, tão fortemente, pedem cuidados médicos, fisioterápicos e psicológicos?

O desenvolvimento que proporei, como se verá, será fruto da elaboração destes três casos citados, todos verídicos, mas não se restringirá a eles. Ao contrário. Estes casos são somente a ponta de nosso interesse e foram utilizados inicialmente como índices do que virá. Talvez se eu não tivesse atendido ao sr. Augusto, tido esta experiência profissional com nosso público em questão, não teria me deixado tocar tanto pelo filme “O escafandro e a borboleta” que retrata a vida de Jean-Dominique Bauby após seu grave AVC. E dessas experiências não teria chegado a conhecer Paula, com quem tive contato indireto por meio dos meus estagiários, que de fato a atenderam por alguns anos.

Aqui nosso problema começa a se apresentar de maneira mais clara e completa.

Junto a Jean-Do, Augusto e Paula, conheceremos também o Senhor G. e alguns outros pacientes, apresentados sucintamente, como forma de ilustrar as intervenções desenvolvidas a partir de uma clínica em acompanhamento terapêutico da forma como a defendemos. Além destas pessoas, cujos nomes são fictícios por questões de sigilo profissional, também teremos ainda a companhia de Amanda, Vanessa, Betânia, Thaís, Rodrigo³ e alguns outros alunos de Psicologia que, supervisionados por mim, se aventuraram em um estágio profissionalizante em psicologia clínica e acompanhamento terapêutico oferecido a pacientes com comprometimentos neurológicos.

Este é o tema que foi perseguido em meu doutoramento e que deu origem à defesa da seguinte tese: o acompanhamento terapêutico pode ser um dos componentes fundamentais nas equipes multidisciplinares dedicadas ao tratamento de pacientes neurológicos, em função do papel psicológico desempenhado neste processo de reabilitação. Até o momento, não encontramos trabalhos que deem conta desta temática, constituindo-se assim uma proposta de trabalho inovadora para a clínica do AT⁴. Além deste propósito, teremos ainda a oportunidade de discutir a questão do ensino do acompanhamento terapêutico a alunos de graduação em Psicologia, apresentando as vicissitudes pelas quais passaram nossos acompanhantes no que foi, simultaneamente, uma experiência de aprendizado e invenção, para eles, alunos, e para mim,

³ Para preservar a identidade dos meus alunos, optei por utilizar nomes fictícios nas referências aos atendimentos.

⁴ Para a pesquisa bibliográfica utilizei as principais bases de dados disponíveis: SciELO, BVS-PSi, PsycINFO, PePSICO e Index Psi.

supervisor. Sem um modelo prévio, sem referências bibliográficas específicas que aliassem AT, pacientes neurológicos e psicanálise, eu e meus alunos desenvolvíamos esta proposta de intervenção à medida que a realizávamos.

Permeando esta relação de ensino devemos demarcar o referencial teórico utilizado nas supervisões e na compreensão do trabalho efetuado. A psicanálise foi o referencial utilizado, apoiando-me essencialmente nos trabalhos de Freud, Fabio Herrmann e Winnicott, que serão apresentados adiante. Destaco esta variável em função das questões que nos trouxe, uma vez que os alunos, ao terem uma compreensão teórico-técnica prévia a respeito desta abordagem, mesmo em um caráter introdutório de um curso de graduação, se defrontaram com o desafio de criar um novo modo de pensar e pôr em prática a intervenção psicanalítica fora do seu *setting* tradicional.

Em poucas linhas, tenho que meu objetivo principal, nesta pesquisa, é tentar compreender, conceituar e apresentar o trabalho psicológico realizado com pacientes neurológicos por meio da clínica do acompanhamento terapêutico, orientado psicanaliticamente. Em função dos atendimentos terem se desenvolvido junto às minhas atividades como docente em um curso de graduação em Psicologia, tomo a inserção ainda pouco comum do AT neste território para abordar os seguintes objetivos secundários: compreender as particularidades do ensino de AT a estudantes de Psicologia, em um estágio profissionalizante; problematizar a relação entre o ensino da técnica psicanalítica e a prática do AT; discutir as questões transferenciais e contratransferenciais vividas pelos alunos durante as atividades do estágio.

Como recurso didático útil no trabalho com tantas variáveis, começemos por apresentá-las separadamente, na seguinte ordem: o acompanhamento terapêutico; a problemática das patologias neurológicas, especialmente os acidentes vasculares cerebrais, por constituírem o principal grupo afetado; o ensino e o estágio profissionalizante que entrelaçou nossas variáveis de pesquisa. Vamos lá.

CONFIGURANDO A PESQUISA

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) é uma prática terapêutica iniciada em meados de 1960 na Argentina e encontra neste país e no Brasil os espaços onde mais se desenvolveu. Adiante, quando tratarmos de suas origens, o caminho desta prática de um país a outro será abordado através do livro de Pulice (2012). Por hora, para os recém-chegados a este assunto, ofereço uma definição pessoal para iniciarmos nossa discussão sobre o acompanhamento terapêutico.

O AT é uma proposta de tratamento que, essencialmente, utiliza o cotidiano dos pacientes como seu local de trabalho, buscando constituir junto a eles uma presença que torne as atividades do dia a dia um operador clínico. Para o *at* não há uma consideração prévia das atividades que a dupla formada com o paciente possa compartilhar, daí criando-se uma abertura potencial ao encontro mediado em espaços próprios ao paciente. Tal mediação pode se dar pela palavra, por uma televisão, por um projeto de emprego, um café na padaria, um passeio pelo bairro, um silêncio que aproxima e o que mais estiver ao alcance ou puder ser criado pela dupla.

Dada sua brevidade histórica – pouco mais de quarenta anos – a constituição desta prática terapêutica está em progresso, havendo até mesmo uma variedade de **definições** sobre o que é o AT. Acima apresentei uma delas, e aqui acrescento outras.

Porto e Sereno (1991), no primeiro livro brasileiro dedicado ao AT – “A rua como espaço clínico” –, propuseram a seguinte definição em forma de verbete:

Acompanhamento terapêutico: prática de saídas pela cidade, com a intenção de montar um “guia” que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico (PORTO; SERENO, 1991, p. 30-31).

Esta definição inicial deixa entrever a origem do AT como uma prática voltada quase exclusivamente para o atendimento a pacientes psicóticos, constituindo-se em uma alternativa à internação ou um recurso útil na readaptação social após o período hospitalar. Adiante trataremos das origens históricas, mas cabe aqui demarcar a passagem rumo a uma oferta de cuidado no cotidiano a qualquer paciente que possa se beneficiar desta abordagem. No livro “Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?” Carvalho (2004) oferece uma definição sem predizer o público a que se destina:

O AT é uma clínica que acontece no cotidiano, nos mais variados espaços e contextos. Entre as suas características mais marcantes estão o resgate e a

promoção da circulação do paciente pela cidade, construindo ou simplesmente explorando redes sociais preexistentes (Ibid., p. 23).

Podemos considerar esta nova definição como uma resposta de todo o campo do AT na busca por demarcar uma atividade clínica destinada não só a pacientes psicóticos, mas também a todos aqueles cujo auxílio deste profissional acostumado às fronteiras, à circulação social, possa ser útil. Esta resposta veio a contemplar a ampliação do público atendido, que passou a incluir neuróticos graves, crianças com severas dificuldades em seu desenvolvimento ou inclusão escolar, dependentes químicos, idosos, pacientes vítimas de afecções neurológicas, dentre outros. Ainda que esta definição não proponha uma restrição de público, manteve-se uma ideia que hoje precisamos compreender melhor: a dependência da circulação ou realização de saídas com os acompanhados.

Lerner (2006) aponta esse apelo à saída como um derivado do campo heterogêneo de referências do qual surgem o AT e os dispositivos de saúde mental próprios à reforma psiquiátrica. Para ele, o modelo da luta antimanicomial adotado preconizava como efetivo o tratamento que superasse qualquer instituição de caráter asilar e produzisse inserção social. Com isso, o profissional orientaria sua percepção para os aspectos impeditivos no paciente para sua saída, tentando estimular e promover os aspectos que permitissem uma circulação e conseqüente inserção social. Em sua análise, esta heterogeneidade constitutiva, que tem ainda o referencial psicanalítico como um de seus componentes, produziria efeitos de mal-estar nos terapeutas, que não saberiam se orientar entre promover inserção ou auxiliar na elaboração psíquica, por exemplo. A pergunta que se depreende, deste choque discursivo entre psicanálise e luta antimanicomial, seria pelo “estatuto de *verdade* mais característica da necessidade fundamental do paciente”: sair ou elaborar? (LERNER, 2006 ,p. 25). Dois autores nos ajudarão nesse caminho.

Barreto (1998), no livro “Ética e técnica no acompanhamento terapêutico”, aponta que os próprios acompanhantes fazem referência ao seu trabalho como o de realizar “saídas” com os pacientes, donde decorre que, não sair, talvez configure um atraso, uma falha no vínculo ou manejo da situação terapêutica. Cria-se uma pressão, muitas vezes corroborada pelas famílias, para que as saídas aconteçam. Utilizando-se do referencial winnicottiano, Barreto (1998) faz lembrar a importância de se considerar o silencioso trabalho de *holding* que o *at* pode constituir junto ao paciente, atendendo sob medida uma demanda às vezes impossível de ser enunciada, mas imprescindível na formação e organização psíquica. Às vezes é por meio de sua presença, de seu corpo mesmo, em uma postura de disponibilidade tranquila e aberta ao encontro, que o acompanhante consegue produzir “[...] a experiência de uma continuidade, de uma constância tanto física quanto psíquica” (BARRETO, 1998, p. 60) próprias ao *holding* psíquico.

Uma das dificuldades para os *ats* produzirem este efeito psíquico seria a incompreensão de que às vezes se “faz algo ao não fazer absolutamente nada” (BARRETO, 1998, p. 64). Para ele então, antes de se considerar a efetividade de um encontro tomando como índice meramente a saída, devemos levar em conta “cada situação em particular e a qualidade desse ‘permanecer em casa’” (BARRETO, 1998, p. 65).

Antes, porém, que se pense na possibilidade do AT se tornar uma terapia domiciliar, nos casos em que as saídas não conseguem se realizar, uma ressalva será importante. Concordamos com Barreto (1998) e a sugestão de que se avalie o valor tanto da saída quanto da permanência em casa, não assumindo como essencial a esta clínica a circulação pelas ruas. A diferença, no entanto, deste modo de ficar em casa, para o acompanhante terapêutico, será a existência daquilo que Palombini (2007) denominou “empuxo à cidade”.

Mesmo que o acompanhamento se desenrole por meses a fio sem que a dupla saia do quarto, cuidando-se do *holding* ou enfrentando outros impedimentos psíquicos das mais diversas ordens, ainda assim o *at* sentirá a presença dos objetos concretos, partilhará do ambiente, deixará seu psiquismo aberto às reverberações do fora que se constituem ali, no mais íntimo dos aposentos. Em suas palavras:

Há, no entanto, uma especificidade própria ao AT, referida à necessária incorporação da cidade à sua experiência. Não apenas a cidade como campo discursivo, mas em sua presença material, a qual, por sua vez, como mostrou Benjamin, faz-se suporte de sonhos e fantasmagorias (PALOMBINI, 2007, p. 207).

Ainda que a autora gaúcha discuta o trabalho do AT no contexto da reforma psiquiátrica e trate de pacientes psicóticos e sua história de exclusão e preconceitos sociais, podemos tomar esta ideia como igualmente válida para outros públicos que acompanhamos. No que se refere a este estudo, também os pacientes neurológicos encontram-se segregados do convívio social amplo, muitas vezes restringindo seus passos aos locais onde são tratados institucionalmente: ambulatórios e clínicas de reabilitação. Às vezes sequer em casa os cômodos são explorados, restando ao tempo se conformar ao espaço do quarto, com as cortinas que não deixam ver o que há além.

Ao entrar em tais ambientes, em que o silêncio decantou nos móveis e objetos, estes elementos concretos podem ser “escutados” como índices da vida compartilhada pelo paciente com os seus familiares, constituindo-se em referentes de uma história pregressa. Em tais objetos se pode reconhecer toda uma rede de encontros e acontecimentos materializados através de uma fotografia, um troféu, uma camisa de futebol ou qualquer mínimo objeto que conte a história de quem está ao lado.

Entendo o “empuxo à cidade” de que nos fala Palombini (2007), como esta disposição do AT em fazer dos objetos não um estímulo à associação livre, mas necessariamente como referências à história compartilhada do paciente, a uma “presença do fora”, de um outro tempo, de uma outra experiência da pessoa com quem estamos. O trabalho feito consistiria em considerar tais objetos em seu caráter simultaneamente objetivo e subjetivo, fazendo referência ao paradoxo tratado por Winnicott (1975a) quando conceitua o objeto transicional, cuja existência se dá graças à “área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido” (p. 15), e constitui um dos elementos capazes de produzir “a experiência ilusória” que está na base do “agrupamento entre os seres humanos” (WINNICOTT, 1975a, p. 15).

Assim, utilizando o exemplo dado acima, perguntar a alguém sobre a história de uma camisa de futebol, seria ingressar, através de um elemento objetivo, na “substância da ilusão” (p. 15) que une as pessoas em torno de um mesmo interesse, não cabendo a pergunta se aquilo que é descrito foi concebido pela própria pessoa ou se veio do exterior. O objeto, nesta compreensão teórica, teria pertinência a esta “área intermediária de experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa” WINNICOTT, 1975a, p. 15).

Com a concepção winnicottiana em mente, podemos retornar ao trabalho de Palombini *et al.* (2004), para compreendermos melhor que os objetos concretos compartilhados com os pacientes seriam “frestas, mínimas janelas”, através dos quais abríamos espaço em meio às restrições vividas pelo acompanhado, considerando-se assim que:

[...] a cidade encontra-se no quarto em cada coisa pequena que ele contém, em cada objeto humilde de que se faz uso nele. As possibilidades do trabalho terapêutico, nesse contexto, estão condicionadas a nossa capacidade de não tomar como banal e repetitivo esse cotidiano, sustentando, na relação a esses objetos, um campo de criação e as significações de uma cultura (PALOMBINI, *ET AL.*, 2004, p. 77).

Após as considerações trazidas de Palombini *et al.* (2004), Palombini (2007) e Barreto (1998), reunidas às definições prévias de Porto e Sereno (1991) e Carvalho (2004), podemos retomar nossa proposição feita no início deste item, para concluí-lo com a minha definição de AT assim reformulada: o AT é um dispositivo de tratamento que, essencialmente, utiliza o cotidiano como seu local e instrumento de trabalho, buscando constituir junto aos pacientes uma presença que possa fazer do tempo, dos objetos e das atividades compartilhadas um operador clínico, tendo como vetor um empuxo à cidade e sua força de entabular encontros e histórias.

Com esta definição, podemos passar a um outro item fundamental àqueles que estão se aproximando da temática do acompanhamento terapêutico: suas **origens**. Iremos considerar as narrativas que tratam deste assunto sob dois pontos de vista distintos. Iniciaremos com a perspectiva

que se pode chamar historiográfica, que busca retratar, em função dos recortes escolhidos, o surgimento do AT como empenho de certos agentes, em uma determinada época e local, sem os quais ele não teria surgido da forma que o conhecemos. Em seguida passaremos à perspectiva teórico-política, que trata das tensões envolvidas na contestação, experimentação e organização da prática terapêutica do AT em choque com outros domínios de conhecimento. Sem pretender fazer um levantamento extensivo sobre tais origens e suas narrativas, tomemos dois autores atuais que, em suas obras, utilizam de uma ou outra perspectiva aqui descrita.

Como se pode imaginar, a perspectiva historiográfica comporta um certo recorte em função dos interesses e referências por parte de quem narra a história. Como exemplo, Mauer e Resnizky (2008, p. 21), ao descreverem a “cruzada épica das origens” do AT, elencam determinados agentes formadores desta prática, destacando o trabalho de Eduardo Kalina em tal surgimento. Estas autoras, responsáveis pelo primeiro livro dedicado ao tema, situam no início de 1970 os primórdios do AT, tendo como referência a figura dos “amigos qualificados” utilizados no Centro de Estudo e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria, dirigido por Kalina, no tratamento de pacientes dependentes químicos, severamente perturbados ou em crise. De maneira breve, Maurício Hermann (2012), ao citar os agentes responsáveis pelo surgimento do AT na Argentina, também indica o protagonismo de Kalina, Mauer e Resnizky.

No livro “Fundamentos clínicos do Acompanhamento Terapêutico”, do argentino Gabriel Pulice (2012), encontramos o ponto de vista historiográfico em sua investigação do “mito de origem” do AT na Argentina. Utilizarei este trabalho de modo mais extenso daqui por diante, por ser o mais recente de que disponho a respeito deste tema. Nesta obra tomamos conhecimento do trabalho do Dr. Goldenberg, que em 1956 assumiu a direção do serviço de psicopatologia do Hospital Lanús e ali deu início a uma “mudança de paradigma” no tratamento psiquiátrico, passando pela descentralização do poder do psiquiatra, uma abertura ao saber psicanalítico e uma busca por formar equipes multidisciplinares no cuidado e tratamento dos pacientes internados. Com isso, se buscava superar a mera “assistência psiquiátrica” para dar forma a um cuidado em “saúde mental”, o que envolvia um espectro mais amplo de atenção, a cargo de médicos psiquiatras, psicoterapeutas, psicanalistas, psicólogos, psicopedagogos, assistentes sociais, enfermeiras, educadores sanitários, antropólogos e sociólogos (PULICE, 2012, p. 22-23).

Em seguida, Pulice (2012) situa o trabalho desenvolvido em outro hospital argentino, conduzido por Juan Carlos Stagnaro, onde se criou a figura dos “líderes de grupos”. Geralmente estudantes de psicologia, tais líderes passaram a fazer passeios e visitas domiciliares a grupos de pacientes, visando promover uma “atividade de convivência e socialização com crianças e adolescentes psicóticos ou

com neuroses graves” (PULICE, 2012, p. 25), com finalidades a fazer uma readaptação à vida cotidiana destes jovens, após o período de internação. O autor colhe um depoimento de Stagnaro, em que ele diz reconhecer nos líderes de grupos uma técnica próxima ao acompanhamento terapêutico atual.

Da contestação do modelo hospitalar ao surgimento do Acompanhamento Terapêutico como profissão houve um intervalo desarticulador vivido na Argentina após o golpe militar de 1976. O novo governo passou a considerar as propostas vanguardistas de tratamento como “subversivas”, ocasionando, num primeiro momento, a “hibernação” destas ideias e, em seguida, sua dispersão por outros países sulamericanos, levadas por profissionais que emigraram em busca de melhores condições de vida e trabalho (PULICE, 2012, p. 25). Cabe ressaltar que alguns destes “agentes de difusão” vieram residir no Brasil, criando em nosso país um novo pólo de desenvolvimento para a prática do acompanhamento terapêutico. Um exemplo desta difusão pode ser o Hospital-dia e Instituto A Casa, fundado em 1979 por diversos profissionais, dentre eles as psicanalistas argentinas Beatriz Aguirre e Isabel Marazina, que ajudaram, junto a seus colegas, a constituir e difundir o AT em São Paulo.

Após o fim do período ditatorial na Argentina, o acompanhamento terapêutico entrou em um movimento que buscava criar articulações entre clínica e teoria, reunindo os acompanhantes em encontros nos quais poderiam debater sobre a prática, o pensamento teórico e as condições de trabalho. Este movimento, iniciado no início de 1990, passou a organizar reuniões com profissionais de países vizinhos, criando um intercâmbio entre acompanhantes cujas nacionalidades incluíam argentinos, peruanos, brasileiros, uruguaios, espanhóis, todos envolvidos com o tema da inscrição institucional e acadêmica do AT.

Na Universidade de Buenos Aires o acompanhamento terapêutico se tornou uma disciplina eletiva disponível a estudantes de Psicologia no ano de 2002, tratando-se esta modalidade como uma “técnica universitária”. Outras instituições de ensino também passaram a oferecer o conteúdo do AT, inclusive como uma especialização técnica universitária. Diversas instituições públicas de saúde mental daquele país passaram a aceitar acompanhantes como estagiários, geralmente sem remuneração ou maior reconhecimento de sua especificidade de trabalho (PULICE, 2012, p. 27-28).

Este caminho rumo à profissionalização, relatado por Pulice (2012), faz coro com outros acompanhantes argentinos. Mauer e Resnizky (2008) se perguntam, no primeiro livro sobre AT, até quando estes profissionais seguiriam trabalhando “sem inserção oficial no mercado de trabalho?” Para elas, a formação deste agente terapêutico não poderia ser “esquemática”, devendo incluir

elementos de uma clínica interdisciplinar, preferencialmente ministrada em “uma universidade que prepare profissionais aptos para o trabalho comunitário, e instituições que favoreçam sua inserção” (MAUER E RESNIZKY, 2008, p. 23).

Nesta mesma direção, Rossi (2010), outro acompanhante argentino, defende um reconhecimento legal, mediante normas específicas, e a inscrição acadêmica do acompanhamento terapêutico na Argentina, levando a uma formação sistemática e mais homogênea dos profissionais. Para este autor, somente assim se poderia construir uma prática específica capaz de gozar dos seguintes benefícios: inserção sustentável nas instituições assistenciais (públicas e privadas), que arcariam com os custos deste profissional; sistematização conceitual desta própria; implementação de atividades docentes específicas, com critérios comuns a respeito da formação dos acompanhantes; reconhecimento acadêmico; surgimento de publicações especializadas neste campo de trabalho; por fim, e pela reunião destes elementos, se constituiria um “marco legal” para o exercício profissional do *at* (ROSSI, 2010, p. 34).

Como se vê, temos no país de origem do AT um intenso movimento de institucionalização e regulamentação desta prática, o que não é visto com a mesma intensidade no Brasil (HERMANN, M., 2012b). Ao contrário, temos aqui um embate em torno da profissionalização do AT, com forte oposição à conseqüente organização político-institucional que tal movimento suscitaria, em que entidades de classe seriam criadas para regulamentar o ofício e a formação dos acompanhantes. A respeito deste tema, teceremos outros comentários adiante, quando discutirmos o AT como função ou profissão.

O que nos convém retomar, após a apresentação historiográfica feita por Pulice (2012) sobre a origem do AT na Argentina, é a outra perspectiva presente nos relatos sobre o surgimento desta prática. E aqui nos aproximaremos das origens do AT no Brasil, ao conhecermos a pesquisa de Maurício Hermann⁵ (2012), que o posiciona em meio aos conflitos teóricos e políticos surgidos no questionamento ao modelo hospitalar adotado pela psiquiatria clássica. A busca deste autor é demonstrar o surgimento da clínica do AT como “produto dos paradigmas institucionais, incluindo aí as contradições inerentes ao movimento da reforma psiquiátrica” (HERMANN, M., 2012, p. 24).

Em seu percurso descritivo, além das questões teóricas e políticas, Maurício Hermann (2012) também apresenta algumas das posturas técnicas que fizeram parte do repertório da luta antimanicomial e que estão na base do surgimento do AT. Pelo mesmo motivo que me levou a

⁵ Para não gerar confusão em torno da autoria, em função dos sobrenomes de mesma família, apresentaremos os autores Maurício Hermann, Leda Herrmann e Fabio Herrmann utilizando seus prenomes no corpo do texto.

adotar mais proximamente a leitura de Pulice (2012), também me deterei no trabalho de Maurício Hermann (2012), por ser este um texto recente na consideração às origens do AT no Brasil. No entanto, a abordagem não focará os personagens desta história, mas os movimentos técnicos e teóricos que sustentaram o início do acompanhamento. Para quem se interessar mais detidamente em outros aspectos da história do AT no Brasil, indico a leitura da dissertação de mestrado defendida por Deborah Sereno (1996).

Um exemplo da importância dos dispositivos de tratamento na origem que investigamos, está na relação entre os auxiliares psiquiátricos brasileiros e a experiência criada por Cooper em sua Vila 21, na Inglaterra. Maurício Hermann (2012) aproxima o trabalho desenvolvido nos anos 1970, na Clínica Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro, com a postura antipsiquiátrica de Cooper, que criou um dispositivo de tratamento inserido na comunidade, distante do modelo hospitalar, buscando incentivar relações de respeito à liberdade do outro, sem hierarquias de saber ou privilégios aos médicos que participavam deste trabalho. O princípio de horizontalidade passa a ser fundamental no exercício clínico.

Em um artigo dedicado à relação entre os auxiliares psiquiátricos da Vila Pinheiros e o AT, Ibrahim (1991) também aponta a inspiração vinda dos esforços de Cooper e Laing para que os auxiliares psiquiátricos cariocas desenvolvessem uma postura antimanicomial. Mesmo após o fechamento da Vila Pinheiros, eles agora passavam a intervir no cotidiano dos pacientes que solicitavam seus serviços como alternativa à internação. Cabia aos auxiliares psiquiátricos alterar o modo de trabalho institucional, pautado no “tripé proteção-vigilância-contenção”, para serem eles mesmos “uma instituição” pessoal, envolvida em uma equipe dedicada a cuidar dos pacientes fora de qualquer muro. Neste trajeto a ênfase se desloca paulatinamente dos cuidados com medicação, censura a atos inadequados, mediação entre terapeuta e paciente, para uma postura de acompanhar, estar com, desenvolvendo-se assim uma atividade mais “humanizante” de cuidado no contexto familiar. Com isso, diz-nos Ibrahim (1991), os auxiliares, protótipos dos futuros acompanhantes, se depararam com a exigência de criarem um conhecimento teórico próprio, municiado na perspectiva antipsiquiátrica e psicanalítica, capaz de dar conta de uma clínica feita no encontro com o paciente e sua família, agora entendida sob uma perspectiva mais crítica.

O mesmo movimento argumentativo é feito por Maurício Hermann (2012) ao abordar a psiquiatria democrática italiana e a orientação do AT para criar saídas pelas cidades. Viria da emancipação conseguida ao louco em Trieste, cuja experiência teve início em 1971, e da organização do espaço citadino como local de tratamento, a inspiração para a tomada da cidade pelos acompanhantes, apostando nos efeitos terapêuticos produzidos por ações realizadas no contexto social. Além do

impacto político do movimento antipsiquiátrico italiano, que aprovou leis destinadas a fechar hospitais psiquiátricos, os trabalhos de Basaglia e Rotelli desenvolvidos ao longo dos anos 1970 e 1980 demonstraram a prevalência de certos valores morais na constituição social da loucura como doença mental. Com isso, enfrentando tais valores discriminatórios, a clínica desenvolvida buscava na articulação social e laborativa alternativas capazes de produzir novas inserções dos pacientes – o que é uma perspectiva de trabalho bastante próxima ao AT, especialmente em seu início dedicado quase exclusivamente à clínica da psicose.

Já a psicoterapia institucional francesa traria outras contribuições ao campo teórico formador da prática do AT. Para Maurício Hermann (2012), este movimento francês deve ser considerado por buscar não simplesmente desmontar o manicômio, mas dar forma a uma instituição capaz de constantemente questionar sua prática, buscando transformar suas ações na oportunidade de realizar um “encontro” com o paciente psicótico, assim realizando o tratamento destas pessoas segundo a ideia de um “coletivo” envolvido na condução clínica. Neste coletivo, seriam discutidas as estratégias a serem oferecidas por todos os envolvidos, de modo a criar uma proposta de intervenção singular para cada paciente, segundo as relações transferenciais estabelecidas por ele com os membros da instituição, não importando sua formação ou posição hierárquica. A relação deste movimento com o AT, no Brasil, estaria em sua importância para inspirar a criação dos novos dispositivos de tratamento componentes da reforma psiquiátrica brasileira. Para Maurício Hermann (2012), o AT teria sua origem institucional vinculada aos CAPS ou hospitais-dia surgidos em substituição aos leitos psiquiátricos, que até então eram o principal recurso de tratamento à saúde mental no Brasil.

A respeito da instalação dos CAPS em substituição ao modelo hospitalar de tratamento, o trabalho de Jairo Goldberg (1994) é fundamental, pois apresenta as vicissitudes da criação e funcionamento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Itapeva, em São Paulo, no ano de 1987. Também neste trabalho se encontra a pertinência dos *ats* a esta proposta de cuidado com a psicose. Entre os anos 1990 e 1991, o CAPS Itapeva selecionou seis profissionais para fazer formação teórico-prática em AT e acompanharem os usuários desta instituição, recebendo para isso uma bolsa de estudos que custeava a formação. Após um ano de trabalho, a bolsa foi suspensa, assim como a proposta de se contar com tais profissionais. O autor atribui essa interrupção à indiferença burocrática da Secretaria de Saúde e tece o seguinte comentário a esse respeito:

Fato deplorável, uma vez que os pacientes que haviam contado com os acompanhamentos – os mais arduos a se expor aos espaços exteriores e mesmo a contatos no próprio Centro – adquiriam novos patamares de autonomia (GOLDBERG, 1994, p. 128).

Ao concluir seu percurso pelas influências teóricas (com suas facetas político-institucionais) que tiveram influência no surgimento do AT no Brasil, Maurício Hermann (2012) termina sua revisão histórica discutindo os limites de se considerar os ganhos de cada um destes movimentos isoladamente. Cada um deles trouxe contribuições que ressoaram nos demais, dando origem a um movimento complexo que no Brasil foi responsável pela Reforma Psiquiátrica. Na complexidade da reforma há então a consideração dos vetores sociais responsáveis pela constituição histórica da loucura como doença mental; há a busca pelas inserções dos pacientes no contexto urbano; há um propósito de se estabelecer relações horizontais entre os diversos profissionais envolvidos na clínica da psicose e os pacientes, criando-se novas instituições sempre fora do contexto hospitalar-manicomial; há uma busca pela inclusão dos usuários dos dispositivos de saúde mental através de ações que levem em consideração a subjetividade do paciente, reconhecendo seus recursos e vínculos de forma particular.

Teríamos no interior desta matriz teórico-política o surgimento do acompanhamento terapêutico que, no caso brasileiro, é inseparável da luta política pela reforma psiquiátrica. Somando-se a todos estes elementos e utilizando o referencial teórico lacaniano, Maurício Hermann (2012) acrescenta ainda a necessidade de trabalharmos segundo a “estratégia do caso clínico”, que valoriza a subjetividade do paciente em questão, criando ações que possam “comprometer o sujeito por aquilo que produz”, para assim “construir formas de estabilização no laço social e, conseqüentemente, estratégias de inclusão mais efetivas”. A ressalva aqui é para o cuidado em se adotar medidas de inserção social sem que os recursos, até mesmo psicóticos do paciente, entrem em questão, uma vez que na teoria lacaniana se pensa na utilidade do laço social segundo o “*sinthoma*”⁶ do paciente. Com isso, o AT redimensionaria “a condição subjetiva no ato mesmo de reabilitação social” (HERMANN, M., 2012, p. 54-55).

Como podemos depreender destes relatos sobre as origens do AT, tanto do ponto de vista historiográfico quanto teórico-político, seja no Brasil ou na Argentina, temos alguns determinantes deste campo de trabalho: primeiro, que o AT está em vias de institucionalização, não contando ainda com um estatuto legal que dê respaldo pleno a seu ofício, que conta hoje com pouco mais de 40

⁶ Maurício Hermann (2012) utiliza o conceito de *sinthoma* para indicar uma direção de tratamento possível à psicose, passando a incluir a dimensão social deste trabalho – o que vem a ampliar sua formulação anterior a respeito da construção da metáfora delirante. O avanço trazido por este conceito seria o fato do *sinthoma* poder ser construído através de um dispositivo de tratamento, cujo objetivo seria produzir uma aproximação do paciente ao laço social, tomando o *sinthoma* como elemento capaz de fazer suplência à forclusão do Nome-do-pai como organizador dos registros do real, simbólico e imaginário. Sua tese é de que, inclusive, o AT pode colaborar na instalação de um dispositivo de tratamento, um olhar em rede e a construção do *sinthoma* junto a pacientes paranoicos, dando estatuto psicanalítico a esta intervenção, pelo manejo da transferência e a articulação dos três registros citados. Aos interessados, indico a leitura desse livro.

anos de história. Enquanto na Argentina há um forte movimento que leva à formalização da profissão de acompanhante terapêutico, no Brasil discutimos ainda se o AT é uma profissão ou uma função⁷. Tanto lá quanto aqui não há uma definição estrita de conteúdos ou dos requisitos exigidos para a formação dos acompanhantes. Desde sua origem esta prática foi exercida por pessoas ligadas à reforma psiquiátrica e dedicadas a criar alternativas inclusivas de tratamento aos pacientes psicóticos, o que fez deste grupo, desde o início e até os dias atuais, o mais atendido pelos *ats*. Em função da multiplicidade de saberes e profissões envolvidas na reforma psiquiátrica, o AT é atravessado pelas questões teóricas que compuseram esta perspectiva de trabalho antimanicomial, vinculando-se desde sua origem às questões políticas que deram forma aos novos dispositivos de atendimento à loucura. Além disso, a presença de tantos profissionais envolvidos neste campo trouxe questões interdisciplinares a respeito da proximidade e colaboração possível entre distintos saberes e técnicas. Tais questões atravessam o AT, pois sua prática mesma é exercida por pessoas das mais diversas áreas. Não há uma prerrogativa que faça o acompanhamento ser, por exemplo, uma disciplina própria às ciências da saúde, humanas, artísticas ou exatas.

Se, dentre os acompanhantes que conhecemos ou tomamos nota, há a maioria de colegas com formação em psicologia⁸, não podemos deixar de mencionar os terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros, que vem a compor os cursos de acompanhamento terapêutico, junto a alguns médicos, advogados, artistas plásticos, geógrafos, palhaços e filósofos com quem já nos encontramos neste meio. Sequer há uma definição se este deve ser um conteúdo profissionalizante oferecido em nível médio ou universitário de escolarização.

No entanto, mesmo em meio a essa multiplicidade de saberes envolvidos na constituição do campo prático do AT, um padrão começa a se formar e foi muito bem definido por Reis Neto; Pinto e Teixeira (2011). Em um artigo que aborda a história do acompanhamento sob a ótica do saber clínico, estes autores identificaram o interesse crescente por teorizar esta prática, entendendo-a como um “um tratamento que se faz em movimento” (p. 31), como a própria palavra acompanhamento sinaliza. Sem fixar-se a qualquer lugar, esta clínica em movimento foi paulatinamente exercida por pessoas ligadas à psicologia. Primeiro por estudantes, depois por psicólogos clínicos já formados, que

⁷ Ao discutirmos a experiência de transmissão do AT no estágio investigado nesta tese, teremos oportunidade de comentar tal impasse.

⁸ Sandra Carvalho (2004), em sua pesquisa realizada no ano de 2001, durante o 3º Encontro Paulista e 1º Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos, questionou a formação dos 84 acompanhantes inscritos e encontrou que mais de 70% deles eram formados ou cursavam a graduação em Psicologia. Nos 12 anos que nos separam desta pesquisa, o campo de interesse e procura pelo AT cresceu e se diversificou. A título de comparação, no Simpósio Internacional de AT realizado em São Paulo em 2006 havia mais de 600 inscritos. Isto denota o crescimento do interesse pelo tema embora não tenhamos dados atuais da quantidade de ATs em atividade e nem sequer sobre sua formação. Fica inclusive a sugestão para os futuros pesquisadores que queiram realizar um levantamento com este propósito.

passaram a reconhecer este trabalho como um “cuidado com o vínculo e a escuta” (p. 36) bastante complexo, uma vez que há um encontro com familiares e diversas pessoas nos espaços pelos quais paciente e terapeuta circulam.

Para estes autores, esta característica de contato social ampliado, passou a demandar destes profissionais uma compreensão teórica mais acurada a respeito deste trabalho, pois o mesmo requer um manejo hábil da “complexa rede de relações, potencialmente terapêuticas, mas que devem ser consideradas em toda a sua delicadeza para não gerarem efeitos iatrogênicos” (REIS NETO; PINTO e OLIVEIRA, 2011, p. 32).

Esta busca por compreensão teórica e reconhecimento do AT como um dispositivo clínico estaria em estreita relação, dizem os autores citados, com a modificação do grupo que assumiu o lugar de acompanhantes. Se, no início, as comunidades terapêuticas utilizavam leigos para o exercício do acompanhamento, como vimos em Ibrahim (1991), a entrada dos estudantes e depois dos profissionais formados em psicologia trouxe novas questões a este domínio. Dizem os autores:

Quando os ATs reclamam o reconhecimento do caráter clínico de sua prática [em detrimento ao caráter prático de administrar medicação, por exemplo], querem apontar que é no manejo de sua escuta e do vínculo que se desdobra através de suas andanças com o sujeito que está o potencial de uma ação clínica no AT (REIS NETO; PINTO e OLIVEIRA, 2011, p. 37).

Com isso, surge um movimento que tais autores nomeiam quase como natural, pois não “se pode acusar os que desempenham uma prática que pretendem clínica de quererem teorizar sobre o que fazem” (REIS NETO; PINTO e OLIVEIRA, 2011, p. 38). Desta busca por teorizar decorre um problema, dizem, que diz respeito a como manter no domínio do AT um não saber que lhe é constitutivo desde seus primórdios, quando leigos foram chamados para realizar uma clínica exterior aos espaços tradicionais de tratamento.

Como se formar, o que um *at* deve saber, sem perder um não saber, uma espontaneidade que deve vicejar nesta clínica, é uma questão que os autores aqui citados nos deixam, especialmente quando reconhecem nesta prática a presença das teorias psicanalíticas como suporte conceitual “que alimentam muitas das tentativas de reflexão teórica sobre o valor dessa prática clínica” (REIS NETO; PINTO e OLIVEIRA, 2011, p. 37).

Tentarei colaborar com esta discussão adiante, quando abordar a formação dos acompanhantes terapêuticos em meio a um grupo de estagiários em psicologia, pois é este o grupo aqui estudado. Como fazer do cotidiano uma ferramenta terapêutica, manejando-se o vínculo e utilizando a escuta psicanalítica como um recurso inerente a esta prática é um desafio de formação ao qual o campo do

AT se vê cada vez mais desafiado a compreender. Como não poderia deixar de ser, os determinantes históricos que formam nossa prática atravessam também este estudo.

Em resumo, este emaranhado de determinantes históricos e teóricos que deram origem ao AT, e aproximando-nos da abordagem que faremos nesta tese, temos explícito o compromisso desta prática terapêutica com um ideário próximo à reforma psiquiátrica, com atenção voltada em grande parte ao atendimento de pacientes psicóticos, vinculando-se esta atividade com os profissionais e instituições ligadas a este grupo, psiquiatras, psicólogos, CAPS, etc. Com o desenvolvimento do AT, sua clínica passou a ser exercida cada vez mais por profissionais graduados em Psicologia e orientados teoricamente pela psicanálise, o que trouxe questões relativas ao manejo e à escuta para o centro do debate teórico desta prática. Esta questão, como também abordaremos adiante, amplia as discussões a respeito da formação dos acompanhantes, que até o momento direcionavam-se a um público dedicado à clínica da psicose, em seus dispositivos substitutivos de tratamento.

Um exemplo deste modelo de transmissão do AT, comprometido com a temática da reforma psiquiátrica e endereçada a seus trabalhadores, pode ser visto em Palombini *et al.*(2004), que descreveu o “Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico” coordenado por ela e realizado entre 1999 e 2002 na Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Este curso, oferecido aos trabalhadores de nível médio da rede pública de saúde, fez uma aposta na horizontalização do saber, dispondo às pessoas que mais tempo passavam próximas aos pacientes, auxiliares de enfermagem, cozinheiros, guardas, etc., um conhecimento que se propunha a desconstruir o saber pronto, disciplinar, hierarquizado a respeito da loucura e seu atendimento. A estes acompanhantes foi oferecida uma formação que primava pelo reconhecimento da alteridade radical que é a loucura, criando recursos para o improvisado, a liberdade, o não saber, capaz de articular “encontros genuínos com cada uma das pessoas sob os seus cuidados” (PALOMBINI, *ET AL.*, 2004, p. 100).

Em nosso país, o ensino do AT se dá basicamente em cursos livres oferecidos por grupos de acompanhantes ou instituições ligadas a serviços de saúde mental. Nas grades curriculares de graduação em Psicologia o AT ainda é uma novidade e, quando está disponível, geralmente é oferecido como disciplina optativa.

Na universidade em que lecionava a realidade era esta que apresentei. O AT estava disponível às turmas que escolhiam, dentre outras disciplinas, por receber este conteúdo teórico no 8º semestre da graduação em Psicologia. Na oferta de estágio profissionalizante aos alunos de 8º, 9º e 10º semestres havia a opção de realizarem a intervenção em AT apenas nas turmas em que eu estivesse

alocado, pois, mesmo havendo outros professores que tiveram alguma prática enquanto acompanhantes terapêuticos, estes não se dispunham a oferecer tal conteúdo ou supervisionar intervenções neste campo profissional.

Além dessa experiência de transmissão, encontramos trabalhos semelhantes conduzidos por outros colegas, psicólogos, professores e acompanhantes terapêuticos que, em suas universidades, de maneira pioneira, inseriram a prática do AT e criaram intervenções junto aos seus alunos. Gostaríamos de destacar o trabalho de Kléber Duarte Barreto e seu grupo de especialização em AT desenvolvido na Universidade Paulista – UNIP, na cidade de São Paulo; Analice Palombini *et al.*(2004), que leva o AT aos serviços públicos de saúde mental, criando um projeto de estágio e extensão universitária entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde leciona, e a Prefeitura de Porto Alegre; Maria Cristina Gonçalves Vicentin (2006), que faz do AT um “passaporte” para crianças com graves transtornos psíquicos serem incluídas em salas de aula do ensino regular, através do estágio desenvolvido na PUC-SP; Marcus Vinícius de Oliveira Silva e colaboradores (2010) que, na Universidade Federal da Bahia, em Salvador, dá início ao trabalho de AT feito por estudantes de psicologia junto a pacientes psicóticos; e Luciana Chauí-Berlinck (2010) por estimular e defender a inclusão do AT nos cursos de graduação em Psicologia.

Com estes apontamentos temos concretizado o pano de fundo no qual se situa nosso trabalho. Primeiramente esta tese trata da experiência de ensino e supervisão do AT a estudantes de Psicologia, através de uma proposta de estágio profissionalizante oferecido junto a pacientes com comprometimentos neurológicos e tendo como parceiros principais os fisioterapeutas. Estes fatos nos colocam a uma grande distância da maior parte das produções teóricas e dos dispositivos de transmissão do AT tradicionais.

Com isso se configura a originalidade deste estudo, especialmente por discutir uma ampliação prática do campo de trabalho dos acompanhantes terapêuticos, dirigido à clínica de pacientes neurológicos, enfocando o processo de transmissão do AT, com fundamentação psicanalítica, a estudantes de Psicologia em um curso de graduação.

Mesmo com tais especificidades, obviamente o trabalho desenvolvido foi atravessado pelas questões pertinentes aos demais acompanhantes, em que assumimos grande parte dos pressupostos pertinentes à formação do AT, especialmente a perspectiva inclusiva voltada a uma construção do caso clínico que, partindo de um contexto interdisciplinar, favoreça a circulação social de nossos pacientes, segregados por outros motivos, se comparados aos psicóticos.

Mesmo que outros autores já tenham sugerido a pertinência do trabalho do AT ser oferecido às pessoas que sofreram afecções neurológicas, não encontramos na literatura especializada indicações deste trabalho. Pulice (2012) e Carvalho (2004), por exemplo, são autores que, ao indicarem públicos que poderiam se beneficiar de ter um *at*, incluem os pacientes neurológicos, sem no entanto descrever detalhes sobre tal intervenção. A respeito deste tema, não encontramos referência alguma nas principais bases de dados científicos no Brasil e na América do Sul, pois é nestes locais onde a clínica do acompanhamento mais se desenvolve. Também pesquisas bibliográficas nas línguas inglesa e francesa não produziram melhores resultados, talvez pelo desenvolvimento ainda tímido do AT fora do eixo Brasil-Argentina e pela prevalência maciça dos acompanhamentos serem realizados com pacientes psicóticos. Cabe-nos então conhecer um pouco melhor quem são e pelo que passam tais pessoas, recém-chegadas à clínica do acompanhamento terapêutico.

OS PACIENTES NEUROLÓGICOS, nesta breve apresentação, formam um grupo de pessoas que é atendido prioritária e quase exclusivamente por médicos e fisioterapeutas, ainda que atualmente se reconheça a necessidade de uma intervenção multiprofissional que cuide das várias demandas decorrentes das afecções neurológicas.

Em nossa pesquisa tomaremos o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como doença de referência para as patologias neurológicas adquiridas, pois, além de afetar o maior número de tais pacientes, o AVC resguarda o mesmo caráter inesperado, os mesmos efeitos de dependência e sequelas de um traumatismo craniano, lesões medulares e outros adoecimentos de caráter neurológico. Mas o que é um AVC?

Esta doença é definida pela Organização Mundial de Saúde como “um sinal clínico de rápido desenvolvimento de perturbação focal da função cerebral, de suposta origem vascular e com mais de 24 horas de duração” (WADE *et. al.*, 2000, p. 83). O AVC é popularmente conhecido como “derrame”, e pode ser de dois tipos: isquêmico ou hemorrágico. O primeiro, que responde por 80% dos acidentes vasculares cerebrais, caracteriza-se pela “obstrução de uma das artérias cerebrais importantes ou de seus ramos perfurantes menores que vão para as partes mais profundas do cérebro” (WADE *et. al.*, 2000, p. 85). Os efeitos causados dependem da área cerebral que deixou de receber irrigação sanguínea, tendo como manifestações iniciais uma queixa de dor de cabeça, sem perda de consciência e desenvolvimento rápido de sintomas de hemiparesia e/ou disfasia. Hemiparesia e hemiplegia são os sintomas mais característicos do AVC, junto às dificuldades de fala coordenada. A hemiparesia é a paralisia de uma das metades do corpo, enquanto a hemiplegia é “a paralisia dos músculos de um lado do corpo, contralateral ao lado do cérebro em que ocorreu o AVC” (WADE *et. al.*, 2000, p. 83).

Os acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos ocorrem pelo rompimento de paredes arteriais em regiões mais profundas do cérebro, formando-se um hematoma que pode comprometer as estruturas cerebrais e trazer risco de morte em função da pressão intracraniana elevar-se rapidamente. Os sintomas iniciais são marcantes, com dores de cabeça, vômitos e, em metade dos casos, perda de consciência. Ainda que o prognóstico inicial seja grave, caso o paciente se recupere e o hematoma seja reabsorvido, as sequelas remanescentes são menores do que comparadas àquelas deixadas pelo acidente isquêmico, pois nesta patologia um maior número de neurônios é destruído (WADE *et. al.*, 2000).

O fator de risco mais significativo para predisposição ao AVC é a hipertensão, seguido de cardiopatia isquêmica, diabetes *mellitus*, dieta rica em sal e o hábito de fumar. Segundo dados do Ministério da

Saúde (BRASIL, 2012), o AVC é uma das mais importantes causas de mortes no mundo, atingindo 16 milhões de pessoas a cada ano e levando à morte seis milhões dos atingidos. Esta doença é tratada hoje como uma “epidemia silenciosa”, requerendo políticas urgentes de prevenção e tratamento que devem incluir rede básica de saúde, SAMU, unidades hospitalares de emergência, reabilitação ambulatorial, ambulatório especializado e programas de atenção domiciliar. No Brasil, em 2011, foram realizadas 172.298 internações por AVC (isquêmico e hemorrágico). Em 2010, foram registrados 99.159 óbitos por AVC. (BRASIL, 2012).

Além das consequências trazidas à pessoa afetada pelo AVC, esta doença traz um grande impacto em toda a família, uma vez que há uma inesperada, profunda e duradoura alteração nas relações estabelecidas entre seus membros. Brito e Rabinovich (2008), ao pesquisarem as famílias dos pacientes neurológicos, identificaram na expressão “derramou tudo” um balizador para compreender a experiência descrita após o acidente vascular cerebral. Dizem elas:

A doença aparece como uma grande ameaça à integridade da família, sendo considerada um caos que se instala e interfere no equilíbrio familiar. É um período marcado por entorpecimento e mobiliza conteúdos de medos da perda, da dependência e do despreparo para o cuidado (BRITO E RABINOVICH, 2008, p. 157).

Na mesma direção, Bocchi (2004) descreve a experiência de “sobrecarga” narrada por grupos familiares pesquisados. As famílias entrevistadas relatam que a sobrecarga se deve ao fato de enfrentarem uma alteração comportamental do familiar adoecido, isolamento social, sobrecarga de atividades e afazeres domésticos, mudanças nas relações conjugais, dificuldades financeiras, surgimento de doenças nos cuidadores e sofrimentos psicológicos associados a quadros de estresse e depressão.

Estudos demonstram que entre 34 e 50% de cuidadores de pacientes com AVC apresentam sintomas depressivos, observados segundo os critérios médicos, e que 50% destes pacientes têm um diagnóstico de depressão moderada nos primeiros seis meses após o acidente vascular (BIANCHIN *et. al.*, 2006). Cabe ressaltar que esta avaliação diagnóstica refere-se ao modelo médico psiquiátrico, e não ao psicanalítico.

A respeito da comorbidade depressiva, há estudos médicos que indicam as complicações psiquiátricas como um dos principais fatores determinantes da incapacitação do paciente após o AVC, sendo a depressão a doença prevalente e que traz um pior prognóstico. Segundo Terroni e colaboradores (2003), os sintomas de depressão no primeiro mês pós-AVC podem aumentar o risco de mortalidade em até duas vezes nos dois anos subsequentes, uma vez que este adoecimento acarreta o sentimento de fatalismo, desesperança e desamparo, o que também prejudica a adesão às propostas de reabilitação. Tais consequências são agravadas em função do subdiagnóstico e

subtratamento, sendo que apenas 20% a 50% dos pacientes com depressão pós-AVC são diagnosticados por médicos não-psiquiatras (TERRONI ET. AL., 2003).

Como se vê, o adoecimento neurológico adquirido traz várias consequências para o paciente e seus familiares, sendo indicado criar-se uma rede de tratamento que envolva vários profissionais e dispositivos de cuidado, considerando-se não só locais especializados, mas também o próprio domicílio do paciente, como foi visto na proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, toda uma ampla rede de profissionais é útil no cuidado com um grupo familiar sobrecarregado por padecimentos de várias ordens. Dentre tais profissionais, penso que o acompanhante terapêutico pode ter uma importância fundamental, por seu apelo à composição de uma rede de cuidados e por sua participação no cotidiano do paciente, tendo uma escuta treinada para reconhecer e tratar os sofrimentos psíquicos presentes nestas situações.

Em coro à situação já demonstrada por REIS NETO;, Pinto e Teixeira (2011), a escuta treinada à qual faço referência é aquela orientada psicanaliticamente, pois permite uma consideração habilidosa com a ampla gama de variáveis presente neste trabalho com pacientes neurológicos: o sofrimento pessoal diante de uma doença repentina, grave e de efeitos de longa duração. Além disso, como visto, também o grupo familiar é afetado pelo AVC e suas consequências, havendo necessidade de alguém que saiba transitar pelo meio social procurando produzir efeitos psicoterapêuticos. Retomo aqui a comparação freudiana a respeito da indicação de um psicanalista treinado para empreender uma psicoterapia, não é fácil tocar o instrumento humano com o qual nos defrontamos, fazendo-o soar notas terapêuticas, ao invés de desafiná-lo, como nos disse Freud (1905/1996, p. 248)⁹ em seu texto “Sobre a Psicoterapia”.

O que se pretende aqui, ao apresentar a pertinência de um acompanhante terapêutico com escuta psicanalítica, compondo uma equipe multidisciplinar para cuidar de pacientes neurológicos, é lançar mão dos melhores recursos disponíveis para cuidar destas pessoas nos vários aspectos em que suas vidas foram alteradas.

⁹ Faço referência aqui à comparação feita por Freud (1905/1996) entre a indicação de um médico que desconhece a técnica psicanalítica realizar uma psicoterapia desse tipo e a repulsa feita por Hamlet aos cortesãos indicados pelo rei para “sondá-lo e arrancar dele o segredo de seu desgosto” (p. 248). Ao repelir tais inábeis cortesãos, Hamlet ainda pede que toquem uma flauta ali disponível. Como eles desconhecem os segredos de tal instrumento, não se atrevem a tocá-lo. Com isso, o Príncipe da Dinamarca explode, demonstrando a desconsideração existente nas tentativas vãs de escuta psíquica, pois se mesmo um pequenino instrumento tem seus segredos, que dirá um ser humano – que não deve ser mal tocado, para que não desafine.

Kehl (2000), no texto “O sexo, a morte, a mãe e o mal”, discute a ligação entre as experiências traumáticas e sua possibilidade de representação. Para esta autora,

[...] a dimensão traumática da experiência humana, esta que escapa à representação, não tem suas fronteiras delimitadas de antemão. Nossa tarefa vital, como seres de linguagem, consiste em ampliar continuamente os limites do simbólico, mesmo sabendo que ele nunca recobrirá o real *todo*. (KEHL, 2000, p. 138, itálicos da autora).

Se não tratamos de uma situação irrepresentável, o AVC, lidamos com um acontecimento inesperado cujos efeitos de longo alcance, tanto no que diz respeito à vida do paciente, quanto no impacto trazido a todos ao seu redor, produz um trauma a exigir elaboração. Dentre os vários recursos disponíveis para tal elaboração, penso que podemos acrescentar também o acompanhamento terapêutico no trato a estes efeitos psíquicos da doença neurológica adquirida. Acredito ainda no acréscimo de acuidade a esta prática se a relacionamos com uma escuta psicanalítica.

A psicanálise vem a nos auxiliar preparando-nos para lidar com uma ordem de sofrimento e produção sintomática que escapa à racionalidade, pois, como vimos em Kehl (2000), o traumático justamente escapa à possibilidade de domínio completo por parte da representação, demandando esforços contínuos de simbolização, em que sempre algo sempre escapa.

A psicoterapia psicanalítica, mesmo partindo do trato a sofrimentos ligados a eventos recentes, considerará as relações de tais eventos com conteúdos de toda a história psíquica do sujeito, uma vez que

as representações inconscientes – ou melhor, a inconsciência de certos processos anímicos – são a causa imediata dos sintomas patológicos. [...] a transformação desse inconsciente da vida anímica do enfermo num material consciente só pode ter como resultado a correção de seu desvio da normalidade, bem como a eliminação da compulsão a que sua vida anímica estivera sujeita. É que a vontade consciente estende-se apenas aos processos psíquicos conscientes, e toda compulsão psíquica é fundamentada pelo inconsciente (FREUD, 1905/1996, p. 252).

Se já estamos próximos à clínica psicanalítica, levados pelas letras freudianas, podemos nos referir agora ao atendimento de pacientes neurológicos segundo este referencial.

ATENDIMENTO PSICANALÍTICO DE PACIENTES NEUROLÓGICOS – A FALTA E A PERDA

Como meu estudo interessa-se pela formação de acompanhantes terapêuticos orientados psicanaliticamente, busquei referências que tratassem desta abordagem no atendimento a pacientes neurológicos. Minha dificuldade de encontrar referências foi corroborada por Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008), em um artigo que nos será muito útil. Ali tive ciência da mesma escassez de pesquisas, pois, segundo elas, a “abordagem psicanalítica de pacientes com lesão cerebral ainda é bastante marginal” (p. 141). As referências, com as quais elas dialogam, estabelecem um paralelo com a “neuro-psicanálise” ou com a neuropsicologia cognitiva, que não são meu foco.

Essas pesquisadoras dedicam-se a colaborar produzindo pesquisas que problematizem o atendimento pensamento psicanalítico dedicado a pacientes neurológicos. Em seu artigo, abordam as descobertas feitas a partir do atendimento em um contexto multidisciplinar no Serviço de Psicologia Aplicada do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Este trabalho foi feito em parceria com o Ambulatório de Fonoaudiologia do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os pacientes atendidos eram encaminhados pelos profissionais do ambulatório ou procuravam espontaneamente o serviço (WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS E DRUMMOND, 2008).

Não foram descritos os modos de atendimento, duração, periodicidade ou detalhes desta ordem, uma vez que o objetivo principal era comunicar descobertas passíveis de generalização a respeito do impacto psíquico decorrente da patologia neurológica. Nas palavras das autoras, temos:

Além da história pessoa e fantasmática única para cada um, é possível, a partir destes estudos de caso, descrever fenômenos psíquicos que ultrapassam a singularidade de cada caso – é o que pretendemos ao pesquisar os conjuntos significativos. Com isso, pretende-se tonar estes estudos mais generalizáveis, multiplicando o número de casos estudados e destacando configurações similares para além das similitudes e diferenças aparentes (WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS E DRUMMOND, 2008, p. 149).

Com relação ao modelo de atendimento, as pesquisadoras citadas comentam apenas que na clínica de pacientes neurológicos há alterações necessárias a serem feitas no *setting* de trabalho psicanalítico. Sem especificar tais alterações, depreendemos, a partir do texto, as seguintes posturas diferenciadas em relação ao *setting* clássico: aceitação de pacientes adultos trazidos pela família, sem demanda própria e encaminhados por profissionais. Além disso, em algumas situações, há a presença de familiares e cuidadores nos atendimentos, configurando “um só bloco familiar” (p. 152) que requer atenção. Neste sentido, é uma tarefa observar se o paciente irá se apropriar da demanda de atendimento ou não (WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS E DRUMMOND, 2008).

Geralmente o trabalho começa mais como “encontros psicoterapêuticos do que propriamente como uma cura guiada pela interpretação da transferência” (p. 152), isto em função do vínculo dos pacientes com o corpo médico ou hospitalar ser mais intenso, uma vez que há um reconhecimento no corpo do mal sofrido. A partir deste fato, “a pregnância inevitável da referência à medicina marca profundamente a relação transferencial” (p. 154). Como último ponto, destacam-se os efeitos decorrentes da lesão cerebral sobre alguns parâmetros de trabalho tradicionais: o tempo de atendimento pode ser maior, e isto não somente quando há mais pessoas na sessão, mas em respeito à lentidão de pensamento ou dificuldades de expressão dos pacientes, que são sequelas comuns nestes casos. A respeito da fala, a alteração é ainda mais significativa, cabendo ao analista, em algumas situações, “abrir mão da apreensão dos detalhes da fala, concentrando-se no conjunto do discurso verbal e não verbal: a letra perde o lugar de protagonista” (WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS E DRUMMOND, 2008, p. 164).

Nestas condições, o atendimento psicanalítico oferecido tinha como objetivo:

[...] promover a elaboração psíquica dos efeitos da lesão cerebral e de suas consequências para o sujeito, ou seja, permitir a expressão da experiência subjetiva, das relações entre psiquismo, experiência da doença e suas consequências motoras, cognitivas e perceptivas. Trata-se, fundamentalmente, de circunscrever como elas se integram na vida fantasmática do sujeito a fim de aumentar-lhe a potência de pensar e de agir (WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS E DRUMMOND, 2008, p. 143).

Foi após os atendimentos, não descritos, que as autoras formaram certos “conjuntos significativos” para descrever, de maneira abrangente, como as lesões cerebrais influenciam a história familiar e pessoal, consciente e inconsciente, das pessoas afetadas, direta e indiretamente, pela doença. Adotando uma perspectiva intersubjetiva, os sete conjuntos serão apresentados a seguir, pois nos fornecem dados capazes de orientar nossa compreensão do trabalho realizado no acompanhamento terapêutico dos pacientes neurológicos (WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS E DRUMMOND, 2008, p. 159).

Os conjuntos significativos são os seguintes, sempre segundo Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008):

1) Feridas na identidade subjetiva

Esta variável complexa, de matriz biológica, corporal, psicossocial e subjetiva, capaz de conferir a cada um de nós qualidades que nos fazem únicos e reconhecíveis aos demais, foi bruscamente alterada pela doença neurológica. As autoras identificam as seguintes feridas na identidade: a) ferida na sensação de identidade e de existência sustentadas pela imagem do corpo e pelo esquema corporal; b) ferida na imagem de si e no sentimento de identidade social (perda dos

lugares e papéis profissionais); c) ferida na consciência de si, provocando uma sensação de estranheza e não reconhecimento de si ao nível imaginário e especular; d) ferida na relação com os objetos de desejo, ideais conscientes e inconscientes, funções sociais e simbólicas;

2) A ressocialização

Em função da condição física limitada, dos déficits cognitivos surgidos, junto à situação de extrema dependência relativa ao outro, muitos pacientes não se reconhecem como sujeitos na sociedade, pois não participariam da dinâmica dos processos de trocas sociais em igualdade de condições, perdendo assim o sentido de reciprocidade tido com o outro com quem se relacionam. O pertencimento e a circulação social sofreriam perdas consideráveis, sendo um dos trabalhos mais importantes a serem desenvolvidos junto a esse público;

3) Regressão e construção de mitos: o confronto com a morte e com a dependência extrema

Os danos cognitivos, junto ao fato de se tratar de uma doença repentina e de graves sequelas, “intensificam o impensável da morte e a violência que resulta daí” (p. 161). Com isso, surgem comportamentos regressivos, corroborados pela situação de forte dependência em relação ao outro. Tal dinâmica, que afeta toda a família, leva à criação de mitos, como uma “tentativa de sair do não sentido e de transmitir uma experiência extrema com uma linguagem e uma ideologia supostamente aceitas por todos” (p. 162);

4) A dúvida

A equipe de profissionais, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, neurologistas, etc., além dos próprios pacientes e seus familiares, compartilhariam uma situação de dúvida a respeito do diagnóstico, do prognóstico e terapêutica adotada, levando-se a questionarem a validade e alcance dos saberes aqui envolvidos. Haveria uma quebra na “ilusão necessária” (p. 163) de que há um entendimento e uma participação funcional na comunidade humana;

5) Outras linguagens

Muitas vezes, pelos efeitos da lesão sobre o cérebro, a linguagem verbal perde grande parte de seu repertório, ocorrendo erros que não podem ser considerados diretamente como atos falhos, por exemplo. Às vezes até mesmo a fala dos profissionais não é mais tomada pelo paciente em sua complexidade e ambiguidade, tornando-se compreendida em sua concretude e sem polissemia. Com isso, torna-se muito importante considerar o toque, os gestos, a expressão facial e outros aspectos não verbais para uma ampliação dos recursos comunicativos;

6) A doença como passagem ao ato ou ato de origem

Alguns traumatismos cranianos, por exemplo, são decorrentes de passagens ao ato por parte dos pacientes, enquanto em outros casos, como no AVC, é a doença “que pode fazer a função de passagem ao ato” (p. 164). Em todos os casos, cabe ao analista auxiliar na “implicação do sujeito relativamente ao que lhe aconteceu, permitindo a elaboração dos processos psíquicos inconscientes atuados direta ou indiretamente no adoecimento” (p. 164);

7) Vergonha e culpabilidade

É comum pacientes e familiares se questionarem quanto aos motivos para sofrerem com o absurdo e a violência das doenças neurológicas, levantando explicações carregadas de culpa como forma de controlar esse sofrimento impensável e duradouro. A experiência de sair de casa e se encontrar com os outros torna-se carregada de sentimentos de vergonha, uma vez que perdeu-se a reciprocidade com os demais, não sendo possível ao paciente saber como é percebido pelos outros, especialmente quando há sequelas evidentes (WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS E DRUMMOND, (2008).

Para finalizar meu trato a esse artigo tão rico, retenho a distinção que as autoras fazem entre as ideias de falta e perda. No trabalho de elaboração das experiências subjetivas dos pacientes com lesões cerebrais, seria útil estabelecer um trânsito entre as ideias de perda e de falta, articulando em um trabalho interdisciplinar as distintas abordagens do que elas significam.

O conceito de *perda* faria referência aos efeitos gerados pelo adoecimento, levando o paciente a se defrontar com “perdas motoras, cognitivas, perceptivas e limitações da autonomia” (p. 150), cabendo aos dispositivos de reabilitação tentar reduzir tais perdas através de intervenções que busquem “reeducar, reabilitar, reintegrar, readaptar” o paciente (p. 150).

Já a *falta*, pensada psicanaliticamente, “é inerente à condição do sujeito humano, é simbólica e se refere à castração em torno da qual o psiquismo humano se organiza e reorganiza permanentemente” (p. 150). No caso dos pacientes neurológicos, as perdas advindas com o adoecimento, levariam a uma confrontação abrupta e intensa com a falta, afetando as relações do sujeito “com o mundo, com os objetos de seu desejo e seus ideais conscientes e inconscientes, trazendo a castração à superfície” (p. 150).

Para as autoras, no caso do adoecimento neurológico surgem demandas para que se cuidem conjuntamente tanto da perda quanto da falta, cabendo a última tarefa ao psicanalista inserido em meio aos outros profissionais que cuidariam das perdas.

Neste ponto podemos retornar à nossa abordagem aos pacientes neurológicos, tendo um rico aporte psicanalítico com que dialogar. Penso que, por seu caráter multifacetado, como uma clínica que se ocupada do manejo e da escuta do vínculo (REIS NETO; PINTO E TEIXEIRA, 2011), com empuxo à cidade (Palombini, 2007), o acompanhamento terapêutico pode atuar de modo produtivo junto às demandas acima. Penso que nossa clínica pode ser bastante útil no tratamento das “feridas na identidade subjetiva”, colaborando na ressocialização e, com isso, no enfrentamento à vergonha sentida pelos pacientes ao participarem do meio social. Obviamente que também seremos tomados pelas dúvidas sobre nossa presença e atuação, além de enfrentarmos o desafio da constituição de outras linguagens para acesso e escuta do paciente. Quem sabe, dada sua presença no meio familiar, o acompanhante também não possa colaborar com os estados regressivos e de extrema dependência estabelecidos após o adoecimento. A resposta a tais possibilidades virá adiante, quando passarmos à clínica propriamente dita, tal como meus alunos desempenharam, junto a mim, como supervisor.

Já é hora então de incorporarmos neste estudo a presença dos estagiários e assumindo um dos temas aos quais me dedico aqui: como ensinar um estudante de psicologia a ser um acompanhante terapêutico de pacientes neurológicos, utilizando o referencial psicanalítico?

É em função deste aspecto que **A MARCA DO ENSINO** estará presente ao longo do nosso texto, pois é indissociável de sua existência mesma e um dos desafios que motivaram este processo de escrita de uma tese de doutoramento, uma vez que ter contato com uma disciplina e um estágio em AT, na graduação em Psicologia, é um fato ainda raro no Brasil, como já citado.

Por isso nosso interesse é abordar seu ensino e utilização junto a um grupo com o qual não trabalhamos comumente. Em meio a isto, outro desafio é ensinar os alunos esta modalidade clínica pensada sob a orientação teórica da psicanálise, o que termina por ser uma experiência de aprendizado psicanalítico em meio a outra modalidade de intervenção clínica.

Para introduzir a questão do ensino, retomarei o início desta minha prática como professor e supervisor. A origem deste estágio foi casual. Um colega professor me indicou o Ambulatório Integrado de Saúde como local possível para realizar meus estágios. Ao conversar com uma professora da Fisioterapia Neurológica a demanda se formou: aos braços e pernas que eles tentavam reabilitar, notamos a necessidade de reunir cuidados com a condição psíquica que animava ou desanimava estes mesmos braços e pernas. O pedido de ajuda veio em função daqueles pacientes chorosos, queixosos das dores, da demora na recuperação e pouco aderidos à rotina de repetições

comum à fisioterapia. Tais pacientes, dizia a professora, precisavam de um cuidado a mais, pois seus estagiários não estavam preparados para responder a estas demandas nomeadas como “emocionais”¹⁰.

Atender a tal pedido, oferecendo um trabalho orientado psicanaliticamente, serviria para “compreender o sofrimento psíquico destes pacientes e dos que o cercam, guiando um trabalho psicoterapêutico e oferecendo aos que se ocupam destes pacientes um modo de compreensão não exclusivo” (WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS E DRUMMOND, 2008, p. 144). Um trabalho em parceria estreita deveria se formar.

Da queixa inicial, manifestada pela professora da fisioterapia, surgiu a percepção de que o adoecimento neurológico implicava em consequências graves não só para aqueles que explicitamente demonstravam seu sofrimento através das queixas. Esta percepção ficou mais clara ao sabermos que o “melhor” paciente do ambulatório (um senhor aderido à proposta, tolerante à dor e “obediente” às orientações dadas) demonstrava uma dificuldade que os fisioterapeutas não conseguiam contornar – ele não saía de casa, mesmo sendo capaz de praticar uma marcha social e recebendo indicação para isto. O que restringia seus passos apenas aos locais de tratamento ou no interior de sua casa? Por que essa sua insistência de que só sairia quando caminhasse “perfeitamente”?

Um pouco mais de sua história e esta recusa ganha contornos psicológicos mais precisos: antes de seu AVC aquele senhor trabalhava em uma academia de musculação, tendo orgulho do seu corpo saudável e esbelto, que chamava a atenção das pessoas. Como agora ele poderia sair em passos lentos e desequilibrados pela rua? Como exhibir-se sem a massa muscular que perdera seu tônus após meses distante da atividade física? Era sofrimento psíquico demais. Sua autoimagem, com as nuances de narcisismo e ideal-de-eu rígidos, não abria espaço àqueles movimentos fora dos locais de tratamento, onde era recebido como um igual aos demais, ainda que se destacasse por seu empenho aos exercícios.

Estas considerações, inspiradas por um referencial psicanalítico, como as apresento aqui, de forma rápida e um tanto superficial, reproduzem a apreensão inicial, limitada, sem um estudo especializado, que se deu no contato com a equipe de fisioterapia. Ou seja, é fiel às suas origens, desde que, ao iniciarmos uma prática que nos é nova, temos impressões que nos fazem reconhecer possibilidades de trabalho, autorizando mesmo sua realização futura. Ali, entrando em contato com

¹⁰ Cabe ressaltar que todos os pacientes atendidos no ambulatório assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para que a experiência de atendimento nos estágios também pudesse ser utilizada como material de estudo e pesquisa.

as demandas dos pacientes neurológicos, vislumbrava-se uma intervenção e um entendimento psicanalítico possíveis. Se, na tese, Winograd; Sollero-de-Campos e Drummond (2008) forneceram letras psicanalíticas prévias, isto não ocorria naquele princípio. Hoje, já finalizando a escrita do meu texto, compreendendo este ponto e outros tratos teóricos que virão a seguir. Relendo-o, para acrescentar-lhe “substância teórica”, noto a distância que tal procedimento tem da constituição pessoal de um trabalho que nos é desconhecido. E, se a escrita mesma desta tese me era uma tarefa desconhecida até realizá-la, tenho de reconhecer com honestidade seus limites. Ela tem a marca de uma construção e repete os princípios de que descende. Adiante, quando tratarmos dos casos clínicos e novas associações teóricas se fizerem presente, retomo este ponto, explicando-o em um novo contexto. Vamos adiante. Isto é, ao passado.

Assim surgiu este estágio: após as considerações iniciais sobre “o melhor paciente”, modificamos a ideia de que apenas os pacientes queixosos necessitavam de atendimento. Era necessário constituirmos uma proposta de intervenção voltada para qualquer usuário do ambulatório disposto a ter um acompanhante terapêutico, uma vez que sofrimentos semelhantes, de ordem subjetiva, estariam presentes em todos aqueles cuja vida fora bruscamente alterada pela doença neurológica adquirida.

Configurando-se um campo de trabalho, passei desde então a realizar minhas atividades de supervisão voltando minha prática de estágio a esses pacientes¹¹. A cada semestre contava com um número variável de estagiários, dependendo tal número das turmas em que era alocado para lecionar. Sem parâmetros muito fixos por parte da universidade, houve semestres em que tive duas turmas de estágio, dispondo assim de dez alunos para realizar os atendimentos. Em outros momentos este número saltou para mais de cinco turmas, o que totalizava mais de 20 estagiários e pacientes.

Em supervisão o número de estudantes também é variável, pois os alunos escolhiam os estágios que pretendiam fazer dividindo-se dentre as propostas oferecidas a cada turma. Dependendo do tamanho da turma e a quantidade de supervisores ali alocados, o número de estagiários era definido.

¹¹ Em outro texto (Santos, 2009) a origem e organização desta proposta institucional de atendimento a pacientes neurológicos foi apresentada com maiores detalhes. Aos interessados, remeto o leitor a este artigo para que se visualize o movimento expansivo que teve início entre fisioterapeutas e psicólogos e que deu origem a uma intervenção que hoje conta com enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, advogados e até arquitetos. Este movimento se deu graças ao empenho da professora Eliana Maria Varise, que buscou os colegas professores para criarem uma intervenção multiprofissional voltada aos pacientes neurológicos sob seus cuidados, como dito anteriormente.

De maneira geral os grupos de supervisão tinham entre quatro e oito alunos, dispendo do período de uma hora e quarenta minutos para realizarmos nossas discussões e orientações semanais.

Como forma de nos organizarmos em função do tempo disponível, cabia ao grupo fazer uma seleção de quem apresentaria seu material clínico a cada encontro, pois era impossível escutar e supervisionar seis casos em pouco menos de duas horas de trabalho. Geralmente dois ou três alunos apresentam seus atendimentos a cada supervisão, devendo os demais alunos assumir uma postura ética colaborativa, especialmente considerando que na clínica do AT, em equipes profissionais, é comum haver um compartilhamento de casos, o que exige um envolvimento do grupo com os pacientes “da equipe”. Esta orientação, aprendida junto a Carozzo (1991) e praticada na Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do “Instituto A Casa”, onde trabalhei por sete anos, foi seguida também em minha experiência de supervisão clínica, buscando formar esta ideia de pertencimento grupal dos casos em todos os alunos, mesmo que um não viesse a acompanhar o paciente do outro. A busca era também por formar uma experiência de supervisão horizontal, não dependente da fala autorizada do professor, mas que se enriquecia pela colaboração de todos. Além disso, participar, envolvendo-se com a clínica exercida pelo colega, seria um meio de permitir que as questões do seu caso pessoal pudessem ser tocadas pela discussão apresentada por outro acompanhante.

Palombini *et al.* (2004, p. 25-26) compreende o dispositivo metodológico por ela utilizado com seus alunos, durante a supervisão clínica de AT, na construção dos casos, como um “trajeto linguageiro” em que as narrativas dos acompanhantes e coordenadores se sobrepunham umas às outras durante o encontro semanal de supervisão, sem cronologia ou hierarquização do saber. Na constituição deste trajeto, vários “atos narrativos” puderam ser utilizados como forma de representar a experiência do *at* com seu paciente, dando forma a vídeos nos quais imagem e som se tornaram índices do tempo e do espaço compartilhado no encontro com a psicose, pensado sob a mola propulsora da transferência.

Como uma regra institucional adotada em todos os estágios, os atendimentos realizados pelos alunos deviam ser registrados em relatórios semanais e entregues ao professor a cada supervisão. Ao final do semestre deveria ser produzido um relatório final por cada estudante, em que tais registros semanais seriam anexados, tendo como corpo principal do trabalho uma elaboração pessoal e teórica sobre o caso atendido, bem como uma discussão a respeito da experiência individual vivida por cada aluno durante os meses em que desempenharam a função de *ats*.

O contato com os pacientes se restringia ao período letivo de cada semestre, não havendo, por princípio, a possibilidade de se realizar um atendimento anual do mesmo estagiário ao mesmo

paciente. Em função da tarefa de dividir os estágios e realizar a preparação teórica fundamental para ir a campo, o tempo de atendimento aos pacientes variava de dois a três meses, tendo cada acompanhamento a duração mínima de uma hora e meia. Esta duração poderia se alterar em função da saída planejada pela dupla, que sempre seguia a orientação de ter início e fim na casa do paciente. Por exemplo, em uma ocasião, encontrar o paciente em sua residência, ir ao shopping escolhido, lanchar e retornar à casa dele exigiu seis horas de acompanhamento. Ainda que a estagiária estivesse preparada para um tempo longo, em função do que programaram e das distâncias a serem vencidas com transporte público, não esperávamos que o ritmo tão lento do paciente em caminhar, seu cansaço em subir qualquer escada, levasse a tal dilação do AT. Aos poucos, aprendemos a dimensionar em uma nova escala tais deslocamentos acompanhados.

Neste sentido, estar ao lado dos pacientes neurológicos gerou uma experiência de compartilhamento do tempo e do espaço de modo similar àquele descrito por Palombini *et al.* (2004), mesmo referindo-se ao acompanhamento de pacientes psicóticos. Para ela, os *ats* devem ter esta abertura necessária a uma outra dimensão temporal e um outro modo de habitar a cidade. Diz a acompanhante gaúcha:

O encontro com essa outra espécie de ordem espaço-temporal – múltipla, heterogênea, caótica –, o seu acolhimento, implica o abandono de referências identitárias próprias e a abertura ao estranho que a psicose suscita, em uma experiência pela qual não passam imunes os sujeitos nela implicados (PALOMBINI, *ET AL.*, 2004, p. 72).

A escolha dos pacientes pelos estagiários obedecia a vários critérios, desde um interesse inicial até considerações de ordem prática, como facilidade de acesso por parte dos alunos à residência dos pacientes. Cada aluno escolhia um paciente para atender, sendo que em algumas situações formaram-se duplas de alunos, em função da necessidade do caso ou receio dos mesmos em irem sozinhos às casas de seus acompanhados.

Como já dito, a duração do contrato de trabalho era restrita ao semestre do estágio, sendo desfeito o vínculo estabelecido com o paciente ao término do período letivo. Em apenas quatro situações houve a possibilidade dos mesmos alunos continuarem atendendo seus pacientes no semestre seguinte, configurando assim um ano de vínculo, ainda que neste “ano” haja os intervalos das férias sem atendimento. Estas exceções ocorreram em virtude de minha continuidade como supervisor da mesma turma no semestre seguinte, e também pela presença dos mesmos alunos no grupo de supervisão formado. Sem dúvida que esta organização deu melhores condições de trabalho para alunos e pacientes, mas por regras da universidade não foi possível tornar o estágio uma atividade anual, pois esta modalidade de organização não estava prevista no projeto curricular da instituição.

Para realizar este estudo assumi certas **PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS** que serão agora apresentadas. Acima descrevi como o estágio se organizou, cabendo demarcar como selecionei, organizei e dispus do material que será objeto desta pesquisa, visando produzir a compreensão que se verá possível adiante. Estas perspectivas são constituídas pela junção de algumas referências principais e outras secundárias. Algumas estiveram presentes tanto na composição desta tese, quanto na orientação dada aos alunos durante as supervisões, constituindo-se mesmo em um conteúdo a ser ensinado. Outras foram úteis na produção desta pesquisa.

Seguindo a ordem com que aparecerão no texto, utilizei três referências para constituir minhas perspectivas metodológicas: Fabio Herrmann (1991), essencialmente na discussão que faz a respeito do método psicanalítico, no livro “Andaimos do real: o método da Psicanálise” e em outros textos de sua obra que tratam deste tema e suas consequências para prática clínica; Frayze-Pereira (2002), com seu artigo “Psicanálise, Teoria dos Campos e Filosofia: a questão do método”, nos será útil por seus comentários críticos à ideia tradicional de método e pela inclusão do conceito de *formatividade*, buscado junto à teoria estética de Luigi Pareyson (1997), e incorporado, com grande utilidade, à seara psicanalítica; Freud, que comparecerá na tese com diversos textos, será útil aqui, na discussão metodológica, com seu trabalho *Os Instintos e seus destinos* (1915/2010), ao discorrer sobre o modo de produção conceitual derivado da prática clínica. De forma complementar, tive ainda a contribuição de Mezan (1993), com seu texto “Que significa ‘pesquisa’ em psicanálise?”, no qual aborda a leitura de textos segundo o método psicanalítico. Por fim, em “A ciência do concreto” retirei um apontamento de Lévi-Strauss (2004) sobre o *bricoleur*, naquilo que é característico a tal figura: sua disposição em recolher objetos, mesmo sem conceber-lhes utilidade inicial.

A presença das ideias de Fabio Herrmann ao longo da tese se materializaram desde que pensei em um projeto de doutoramento. De fato, minha intenção inicial era discutir de que modo um acompanhante terapêutico poderia se beneficiar, em sua formação entre estudantes de Psicologia, se a concepção de método psicanalítico fosse-lhes transmitida. Tal projeto, que terminou por ser modificado, passou a focar a clínica do acompanhamento terapêutico a pacientes neurológicos, como viemos discutindo. No entanto, esta modificação fez com que a intenção inicial assumisse outra forma. Não mais discutiria teoricamente, mas a partir de uma experiência prática, uma vez que, se eu reconhecia o valor das ideias da Teoria dos Campos para os acompanhantes, obviamente eu teria passado a meus alunos tais concepções durante as supervisões.

Por tal motivo é que a perspectiva metodológica aqui tratada diz respeito não só ao feitiço da tese, mas também ao trabalho de orientação aos meus alunos, em que tentei transmitir-lhes a ideia

central trabalhada por Fabio Herrmann ao longo de toda sua obra: o que faz uma intervenção psicanalítica merecer tal nome é o exercício de seu método.

Em função de sua importância aqui, na tese, e lá, na supervisão, abrirei um tópico destinado à apresentação mais abrangente da concepção de método tal como discutida pela Teoria dos Campos. Esse destaque se justifica também por não ser esta obra de conhecimento tão abrangente fora dos meios psicanalíticos. Após esta apresentação farei uma retomada de sua utilidade para a clínica do Acompanhamento Terapêutico, além de resgatar as contribuições metodológicas dos outros citados acima.

A QUESTÃO DO MÉTODO PSICANALÍTICO: BREVE INTRODUÇÃO À TEORIA DOS CAMPOS

O interesse em aproximar as concepções da Teoria dos Campos com o Acompanhamento Terapêutico remontam ao início de minha prática como *at*, no início do ano 2000. Desde a graduação já conhecia o trabalho de Fabio Herrmann, que ia até Uberlândia dar palestras. Recém-formado, após estágios atendendo pacientes psicóticos em Oficinas Terapêuticas e inclusive tenho realizado um acompanhamento terapêutico curto durante um período de greve na universidade, recebo o encaminhamento de um adolescente jovem, passando por uma crise psicótica. Sou convidado a compor uma equipe de trabalho, junto à psicanalista e ao psiquiatra, cabendo a mim ser o *at* daquele paciente.

O que interessa reter dessa experiência, nesse momento, era a angústia que passei no início dos atendimentos. E não em função do quadro clínico, pois já tinha algum contato com pacientes graves. Mais intenso era o choque existente entre a prática do AT e as referências que eu possuía sobre o atendimento de consultório, tendo a psicanálise como modelo. Talvez pelo fato de as oficinas serem realizadas em grupo e no contexto da universidade, com respaldo de uma instituição, não vivia tão intensamente a perda do referencial técnico psicanalítico.

Meu paciente fazia questões para as quais eu não tinha respostas tranquilas naquele momento. Perguntava se eu não poderia ir de bermudas até sua casa, para assim jogarmos futebol mais livremente. Ou então, se eu poderia encontrá-lo na casa da avó e brincar junto aos amigos que moravam por ali. Saindo dos atendimentos eu me questionava se poderia participar do cotidiano daquela forma, ampliando o *setting* a tal ponto, ou se isto constituiria sua destruição? Seria um exercício clínico bater figurinhas, no jogo conhecido como *bafo*, na calçada de uma rua, junto ao meu paciente e outros garotos? E, seria trabalho, apitar uma partida de futebol, após ter jogado por alguns instantes? Eu receberia por isso? Eu conseguiria explicar aquelas intervenções se, por acaso, algum colega de faculdade me encontrasse?

Perguntas aparentemente simples, mas que demandaram bastante esforço para serem compreendidas, tendo para isso o auxílio imprescindível de meus supervisores na época, que transitavam tanto pela clínica do AT quanto pelo consultório, pois tinham experiência com pacientes psicóticos e dispositivos substitutivos de tratamento.

Com esta liberdade e conhecendo meu percurso, reconheciam o impasse em que eu me encontrava, ao fazer aquelas duas atividades em início de carreira. Como manter a identidade psicanalítica que se constituía? Como transitar entre consultório e AT? Duas práticas distintas, mas eu era o mesmo e pensava minha clínica pela psicanálise. Poderia ser considerado psicanálise o que eu praticava fora

do consultório? Abrir mão deste referencial não me parecia possível, dada minha identificação pessoal com seu conteúdo teórico e sua prática, que se somavam nos anos de estudos tanto na graduação quanto em grupos externos, além da experiência como paciente.

É neste contexto que o trabalho de Fabio Herrmann (1991) mostrava-se útil, pois sua discussão a respeito do método psicanalítico fazia ver o valor do que se pode denominar como psicanalítico, para além da repetição às referências teóricas e técnicas padronizadas. Em sua proposta de investigação, teorias e técnicas deveriam ser continuamente criadas ou redescobertas, sob o selo original do dispositivo metodológico, que daria forma psicanalítica às produções assim consonantes. Repetir jargões de autores não seria um uso vivo da teoria. Assim como mimetizar suas intervenções não constituiria um feito técnico adequado à pessoa que depositava sua confiança, e sofrimento aos meus cuidados.

Ao incorporar em minha prática, paulatinamente, a ideia de método psicanalítico, planejei discutir, no projeto com que iniciei meu doutorado, de que modo esta concepção poderia ser útil aos futuros acompanhantes. Meu interesse era produzir um trabalho que talvez lhes poupasse a angústia de terem dúvida se estariam ou não trabalhando apenas porque estavam no meio da rua, junto aos pacientes. Minorar esta angústia, relacionada ao *setting* de trabalho e à postura do psicanalista tradicional com o qual podemos nos identificar, seria de grande valia, pois ali, ao lado, uma outra angústia pedia a presença sólida de um profissional: aquela que devia ser tratada, a de meu paciente, em sua desorganização psíquica¹².

E aqui chegamos à contribuição trazida por Fabio Herrmann. Serei um pouco mais extenso neste item, pois isso nos poupará algumas explicações futuras, uma vez que vários conceitos serão citados adiante, especialmente quando chegarmos aos casos clínicos.

Ao escrever sua “Introdução à Teoria dos Campos”, Fabio Herrmann (2001) reconhece que em “cada linha” de seus livros, uma mesma ideia essencial foi perseguida, a de que

o fundo de todo o sentido psicanalítico é somente nosso método – ou, do contrário, uma presunçosa arbitrariedade. E que, quando se chega ao fim de uma tradução do psiquismo, a verdade que surge é sempre o próprio método, revestido a cada vez da figura psíquica por ele descoberta (HERRMANN, F., 2001, p. 11).

¹² A quem se interessar, esta experiência de acompanhamento terapêutico foi descrita em um artigo conjunto com Helga S. M. Quagliatto, em que abordamos a formação de uma aliança terapêutica entre psicanalista e *at* para tratamento em uma situação de crise psicótica e impasse no *setting* tradicional – o que demandou sua modificação e inclusão do acompanhamento terapêutico (QUAGLIATTO E SANTOS, 2004).

E por figura psíquica aqui, entenda-se não somente um conceito, mas também a compreensão que se pode ter de uma pessoa em análise, ou de um tema de interesse social, um aspecto da cultura, ou qualquer outro assunto ao qual o analista volte seu método de trabalho. Mas que método é esse?

No livro dedicado a esse tema, que podemos considerar como a pedra-angular de sua obra, “Andaimos do Real – o método da Psicanálise”¹³, Fabio Herrmann (1991) parte do reconhecimento inicial da redução a que a criação freudiana estaria sofrendo: de sua potência para investigar a psique humana, em suas manifestações individuais (normais ou patológicas), sociais ou culturais, teria se reduzido à “ciência da psicoterapia” (p. 12). Além disso, o método de trabalho veio a ser confundido com o dispositivo técnico de consultório, levando-se a inúmeros debates sobre uso ou não do divã, número de sessões semanais, estilo interpretativo, como se tais elementos fossem os responsáveis pelo desempenho psicanalítico. Junto a este emaranhado, tinha-se ainda a divisão psicanalítica em distintas escolas, com os quais os grupos de profissionais se identificavam, imaginando-se cada grupo possuidor do saber freudiano verdadeiro (HERRMANN, F., 1991).

No interior destes grupos e nas instituições de formação, surgiram então “circuitos realizadores” responsáveis pela transmissão correta não só da teoria, a ser assimilada e repetida, como também do modo de agir analíticos, tendo na análise didática um de seus emblemas e recursos de perpetuação do mesmo. A crítica aqui, dirige-se a um rebaixamento da teoria em “doutrina”, levando a um empobrecimento da potência investigativa facultada pela descoberta freudiana (HERRMANN, F., 1998a, p. 709).

Ainda que o último comentário trate da formação dos analistas e tenha sido escrito há pouco mais de dez anos, a compreensão das quais Herrmann parte (1991), ao discutir o método, dizem respeito à situação psicanalítica tal como ele a compreendia no final da década de 60, do século passado, pois, em sua primeira versão, essa obra foi publicada em 1979. Com isso, quero salientar o fato de que atualmente, os psicanalistas, não ficam necessariamente debatendo se apenas o número de sessões é suficiente para definir se um trabalho é analítico ou não.

Ainda assim, a avaliação feita pelo psicanalista brasileiro parece corroborada pelos apontamentos de Green (2008), que no livro “Orientações para uma Psicanálise Contemporânea”, comenta que não “há capítulo de uma obra geral sobre a psicanálise que tenha mudado tanto quanto o que diz respeito à prática do psicanalista” (p. 37). Esta mudança, especialmente em função dos pacientes

¹³ Este livro será citado mais amplamente neste momento por seu valor seminal. Ali, as concepções básicas da Teoria dos Campos encontram seu nascedouro, ainda que outros trabalhos tragam especificações e avanços conceituais. Noutras passagens, estes textos serão citados, mas optei por manter aqui, nesta apresentação geral, uma atenção maior ao livro primeiro dos “Andaimos do Real – o método da Psicanálise” (HERRMANN, F., 1991).

que não se enquadravam nos quesitos tradicionais de atendimento e demandavam novas posturas dos profissionais, fez surgir distinções entre psicanálise e psicoterapia, cujo valor e semelhança eram expressas pela comparação entre “ouro puro e couro” (p. 41). Ou ainda, na expressão que os analistas utilizavam desde os anos 1950, “diante dos fracassos da análise: ‘Muitos são os chamados, poucos os eleitos’” (Green, 2008, p. 41). Ou seja, ou se fazia análise tal e qual o modelo técnico padrão, em consultório, com a neutralidade habitual, ou não era psicanálise e sim mero couro. Além disso, nem todos os pacientes seriam os eleitos para receber o “ouro puro” analítico.

O projeto de Fabio Herrmann (1991) visava a dar conta de tais reduções (presunções?) arbitrárias, livrando a psicanálise de ser vista apenas como prática de consultório ou ter como critério de valor a adequação estrita a um modelo teórico ou técnico determinado por cada escola psicanalítica. As consequências deste estado de coisas seria uma “*emolduração da análise*” (p. 19, itálicos do autor) e uma produção teórica repetitiva.

Para fazer uma retomada do caminho criativo de Freud, Herrmann (1991) se propõe a recuperar o valor do método psicanalítico, entendido a partir dos étimos *metá* (aquilo que está além, o fim) e *hodós* (caminho), donde método é caminho para um fim. Toda ciência constituiria um caminho próprio rumo aos seus fins – a produção de um conhecimento específico. Para descobrir tal caminho Fabio Herrmann (1991) retorna ao ambiente onde se produziu inicialmente, através de Freud: o consultório. Como um psicanalista trabalha? Vejamos.

Um paciente chega atrasado à sessão, neste vínculo analítico que está começando. Algumas sessões apenas, até o momento. Estamos em São Paulo, terra de um trânsito difícil, como todos sabem. O paciente chega 10, 15 minutos atrasado. Entra, deita-se e diz: “está um trânsito hoje”. O analista faz silêncio. Um tanto desconcertado, o paciente insiste em sua justificativa: “está chovendo”, mas agora esta frase é dita de modo mais claudicante, parece. Novo silêncio, mas menor. O analista então diz: “é difícil chegar, né?” e o faz em um tom de voz baixo, convidativo, como se acrescentasse ao fim de sua frase não uma interrogação, mas reticências... O tom de voz me convida a chegar perto e tentar dizer, descobrir, investigar, por que é mesmo tão difícil chegar a lugares, a contatos, a encontros... por que é difícil me abrir com pessoas que conheço pouco, retirando-lhes um tempo de possibilidades?

Estas questões, sei-as bem, hoje, pois eu mesmo as formulei naquele dia, após a interpretação tão bem feita de meu analista. É isso o que todos fazem, ou deveriam, pois os analistas

[...] buscam apreender as comunicações do analisando por meio de um desrespeito calculado aos assuntos (ou campos, como serão chamados neste livro) que ele tencionava abordar. Ele me conta algo, eu escuto como se, além desse algo, outro tema se quisesse mostrar, que ainda desconheço (HERRMANN, F., 1991, p. 26).

Um dos modos de se acessar este algo, não conhecido pelo analista e sequer pelo paciente, é através deste “eloquente e poderoso silêncio analítico [...] ele propõe a suspensão provisória de qualquer significação convencional, abrindo as portas para o sentido vindouro” (HERRMANN, F., 1991, p. 27).

Ao chegar atrasado, proponho, não premeditadamente, claro, um início de ordem cotidiana para que meu horário não se tornasse assunto, e não fosse visto como revelação de algum aspecto meu. Foi apenas o trânsito. Dizer isto na cidade de São Paulo pode não servir de desculpa, mas oferece uma chance de diálogo tremenda sobre congestionamentos e carros saindo pelo ladrão. É senso comum e rende. Menos com o analista, pois ele justamente está ali para captar um sentido que estava fugindo pelo ladrão, que agora não posso deixar de considerar as expressões de sentido, já que me exponho. O que escapa, mas está ali, disponível para ser escutado, é o próprio sujeito que se diz ao falar sobre o que quer que seja.

Em situação de análise, todos os assuntos propostos pelo paciente têm idêntico valor: podem ser tomados em consideração a um outro sentido, suspeitado pelo analista como presente, ainda que não saiba qual é. Meu analista, ao trabalhar, suspende o senso comum que o faria partilhar suas experiências pelas ruas da cidade, e busca receber o que comunico de mim ali. Não era a primeira sessão, certamente não era o primeiro atraso, e eu introduzo uma desculpa, que manteria aquele jogo que sei tão bem qual é, de repetir os atrasos dia a dia, em uma formação sintomática que perdurará até o encontro com a verdade emocional ali existente.

Arguto e sensível, ele está às minhas costas para melhor escutar, afinal,

Recordar, como se viu, pode dizer-se também *permitir que retorne através do coração*, numa acepção que privilegia o lugar e o modo de recuperação do sentido de uma formação psíquica. Por coração da clínica devemos entender, conseqüentemente, o modo emocional e o lugar central por onde retorna o que agora é compartilhado, compadecido, comemorado. No diálogo analítico, a emoção é também comum e condutora de um movimento, comove. [...] Devemos, pois, compreender a transferência, não apenas como um fenômeno ocorrente a intervalos, senão também como um campo de escuta, o campo do diálogo psicanalítico por excelência (HERRMANN, F., 1991, p. 25).

A interpretação é então, para Fabio Herrmann (1991) esta ação que rompe o sentido consensual daquilo que foi dito pelo paciente. É criar um desencontro produtivo que leve o paciente a reconhecer sentidos possíveis onde antes, na conversa cotidiana, só haveria um, tal é a redução (necessária) que fazemos cotidianamente dia para nos entendermos. Ao interpretar, promove-se uma ruptura do assunto tencionado conscientemente. Utilizo o termo tencionar no lugar de intenção para que a palavra diga mais do que o dicionário guarda, se a pronunciarmos. Ao falarmos surgem

dois assuntos possíveis a partir do mesmo suporte: tencionar, ter intenção de, planejar; tensionar: colocar sob pressão, submeter a determinada força, pressionar...

E utilizo esta palavra para revelar o sentido que torna justo o termo “ruptura” que é reunido à compreensão do que é interpretar. Retomo a frase: “Ao interpretar, promove-se uma ruptura do assunto tencionado conscientemente”. Quando um assunto é proposto a outra pessoa, o mesmo gera uma força, uma tensão praticamente imperceptível sobre ela, que a faz situar-se no tema sugerido pelo assunto. Certas ideias, uma emoção, memórias e até gestos tomam nosso corpo, levados pela força sutil do assunto que dá forma à relação agora estabelecida com nosso interlocutor. Esta força, uma tensão inconsciente, digamos assim, faz com que os falantes permaneçam no mesmo assunto, não fazendo outras ligações, como questionar o porquê de tal assunto ou o que a pessoa estaria falando dela mesma ao comentar determinada passagem. Se fizéssemos isso, no mínimo incorreríamos em falta de educação, levando o outro a indispor-se ao diálogo, pois estaríamos entendendo “tudo errado”.

À redução dos sentidos marginais potencialmente presentes na fala humana, Fabio Herrmann (1985) dá o nome de *rotina*, que seria uma função psíquica inconsciente responsável por naturalizar o mundo de nossas relações, sem que percebamos sua construção psíquica fruto de processos complexos, com matrizes históricas, materiais e intersubjetivas. Rotinizado, o mundo é tal como é, e as palavras dizem apenas aquilo que se tencionava dizer. O analista escuta fora da rotina para conseguir interpretar, lutando contra a tensão psíquica existente para que permeça no assunto dito pelo paciente.

Agora substituamos *assunto* por *campo*, cabendo a expressão ruptura de campo. Só podemos romper algo que exista, um limite, mesmo imaterial, algo que possui certa força e ofereça resistência. O campo faz limite para as possibilidades de pensar uma vez que é “a ordem produtora de sentidos, mas não é qualquer sentido em particular; orienta as produções concretas, mas não possui qualquer sentido em particular” (HERRMANN, 1991, p. 105). Em outra passagem temos: “Campo é o inconsciente em sua ação concreta” (p. 109). Pelo fato de ser inconsciente, o campo adquire maior força de engendrar nossas disposições de pensamento ou emoções em seu interior, sendo a expressão verbal apenas um paradigma de sua atuação. Campos estruturam os encontros humanos, seja com um outro, um fato político, uma produção cultural. Para a definição pontual do conceito de campo, recorreremos ao seu autor:

Campo significa uma zona de produção psíquica bem definida, responsável pela imposição das regras que organizam todas as relações que aí se dão; é uma parte do psiquismo em ação, tanto do psiquismo individual, como da psique social e da cultura (HERRMANN, 2001, p. 58-59, itálicos do autor).

Em meu exemplo, o campo proposto foi o trânsito de São Paulo, e tal assunto tem uma força pregnante imensa para os paulistanos. Meu analista luta contra essa força (teria pensado em propor caminhos melhores para eu não me atrasar mais?), por sua disposição a interpretar. Ou seja, ele rompe esse campo do sentido rotineiro, primeiro ao fazer silêncio. De meu lado, resisto, insisto, repito – este poderia ser o lema neurótico, se os mesmos quisessem se reunir e não só comemorar seus sintomas, repetindo-os. Proponho falarmos da chuva, agora sem grande convicção de que este assunto impediria o caminho analítico. E ele promove uma nova ruptura, com um silêncio sutil e a frase “*é difícil chegar, né?...*” Aí não resisto mais, pois a palavra, em sua “equivocidade” (HERRMANN, F., 1991, p. 78), me conduziu ao reencontro comigo, descobrindo minhas dificuldades de contato, abrindo uma experiência emocional de me pensar, estando acompanhado por meu analista, em sentidos insuspeitados. E a interpretação, ainda que o termo sugira (com certa razão) o uso de uma força, rompe campos não por efeitos de grandiloquência, mas (talvez principalmente) pelo tom emocional com que é enunciada. Aquele convite das reticências, pelo calor de um interesse vivo em mim, mas não excessivo, me permitiu passar do apagamento do sentido (com a repetição sintomática desculpada) ao encontro produtivo de novos sentidos, todos capazes de me revelarem emocionalmente a mim, onde eu já não me pensava.

A este processo, mais sutil do que o termo ruptura denota, Fabio Herrmann (1997) dá o nome “arte da interpretação”, que é a expressão a completar o título do livro “Clínica psicanalítica”. Diz ele: “Isto é a arte da interpretação: mais um dedilhar da alma alheia do que uma formulação pseudocientífica sobre o discurso do paciente” (HERRMANN, F., 1997, p. 90). A intenção aqui é diferenciar o processo interpretativo da “sentença interpretativa” (p. 91), que tem a forma de uma explicação a respeito do que é dito ou termina por ser uma fala condensada das descobertas feitas pela dupla analítica. De caráter mais racional, é um “sucessor menor” do trabalho interpretativo.

Já o motor analítico, o processo interpretativo, não ocorre por explicações, por mais teóricas e acertadas que possam estar. São destaques às falas do paciente, paciência ao “efeito cumulativo de sessões seguidas” (HERRMANN, 1997, p. 92), um silêncio que faz a escuta do analista reter sentidos literais aqui, rir de algo ali, considerar certos equívocos como certos, permitindo uma reverberação emocional própria ao campo psicanalítico. Concluindo, diz ele: “Sequências inteiras desse diálogo absurdo, disperso às vezes por longo tempo e entremeado de outros diálogos semelhantes, constituirão por fim uma interpretação” (HERRMANN, 1997, p. 93).

A força desta ocorrência, e sua possibilidade mesma, se dá porque, sob “o influxo do Campo Psicanalítico, todos os ditos perdem a fixidez de seus pressupostos, transformando-se em veículos de outros significados até então impensados” (HERRMANN, 1991, p. 111). No interior do campo

psicanalítico, todos os campos (assuntos, pode-se dizer) valem pela possibilidade de serem rompidos, isto é, interpretados. E “onde haja ruptura de campo, a emersão dos possíveis acompanha-se de efeito de transferência: *transferência é o campo da eficácia emocional dos possíveis*” (p. 34, itálicos do autor). Com isso, não há interpretação ou qualquer gesto do analista que não seja eivada de valor transferencial, pois ali, na análise, todos os assuntos, toda a história do paciente, podem se fazer presentes.

Se, na conversa cotidiana, o assunto se encerra ao fazermos tais rupturas, na análise ele se prolonga e produz cura, ao gerar “efeitos reveladores” (HERRMANN, 1991, p. 79). Curar, nesta concepção, é cuidar do desejo, e isto não significa “o ponto final do tratamento, mas é o tratamento analítico mesmo, sua dimensão essencial de eficácia concreta” (p. 305). Tais efeitos curativos, de cuidado, capazes de restituir um “trânsito pelos possíveis”, são produzidos em função do método psicanalítico que, para a Teoria dos Campos, consiste na ação interpretativa entendida como ruptura de campo.

Esta ação termina por nos obrigar a reconsiderar o valor de “verdade” que se pode atribuir a uma interpretação. A esse respeito, recorro a Loffredo (2006):

Essa amarração do sentido à interpretação e a constatação de uma pluralidade de sentidos, jamais esgotáveis pela interpretação, iluminam através de outro ângulo a questão da *verdade* no trabalho analítico. Não há verdades imutáveis, mas, sim, um *processo de interpretação* contínuo, que jamais chegar numa origem pontual e definitiva (LOFFREDO, 2006, p. 296, itálicos da autora).

Como se vê, ao discutir a psicanálise orientada por seu método, tal como proposto por Herrmann (1991), não precisamos nos restringir às questões relativas ao *setting* de trabalho ou outras disposições técnicas. Segundo Leda Herrmann (2007, p. 9), este “sistema de pensamento psicanalítico crítico-heurístico” que é a Teoria dos Campos, propõe que as técnicas e as teorias devem proceder do uso do método e não tratem-se de repetições do que foi assimilado junto aos mestres. As teorias devem ser lidas como *interpretantes*, como “eixo para a interpretação” (p. 200) e não como verdades reificadas.

A respeito da técnica há conceitos específicos sobre a condução analítica e seleção do material a ser trabalhado, por exemplo, mas fogem ao interesse desse momento fazer tais apontamentos. Cabe apenas reter a disposição daquele que pretende manter-se aberto ao método. Para Fabio Herrmann (1999), tal atitude é expressa por dois movimentos contíguos e decompostos a partir da regra fundamental da “atenção flutuante” de Freud (1912/2010): “deixar que surja e tomar em consideração”. Ele assim define sua expressão, no livro “O que é Psicanálise – para iniciantes ou não”:

Deixar que surja significa a disposição passiva a nada selecionar ou evitar, a não impor sentidos, muito menos sentidos teóricos, também convencionais. Tomar em

consideração é seu complemento natural; algo de relevante tendo surgido, de forma espontânea ou facilitada pelas pequenas intervenções interpretativas, o analista nega-se ativamente a permitir que submerja na corrente do pensamento comum (HERRMANN, F., 1999, p. 136-137).

Para finalizarmos nossa incursão mais detida à Teoria dos Campos, um último assunto é necessário e faz retomar a angústia inicial com a qual iniciei esta apresentação. Se, recém-formado, constituindo o consultório e me esmerando por assumir a identidade profissional psicanalítica, padecia de não ver tal identidade possível fora do *setting* tradicional de atendimento. Por aquilo que foi trazido até o momento, vemos como a obra de Fabio Herrmann busca desconstruir este referente ao *setting* e às interpretações teóricas (de teor explicativo e repetitivo) como parâmetros para se avaliar o encontro analítico. Criticando uma impostura analítica, que se apegava a uma ritualística da forma e não valoriza o inusitado do encontro, este autor quer expandir o conhecimento psicanalítico aos alcances já exercidos por Freud. Sua desconfiança a respeito das objetificações positivas que determinam o conteúdo do inconsciente, é útil para fazer pensar um método de descobrir mais inconscientes, tal como o processo interpretativo possibilita e lhe dá forma. O saber psicanalítico é interpretativo, tem a forma do método, como dito acima (HERRMANN, 1991).

Apegar-se angustiadamente à manutenção do *setting* decorreria dessa “humaníssima espécie de estupidez que faz procurar no claro o que no escuro se perdeu” (HERMANN, 1997, p. p. 33), sendo o método este elemento perdido no escuro de sua confusão com técnica ou reprodução teórica – que são domínios mais claros de se perceber e assimilar. A utilidade da Teoria dos Campos então me parece clara aos acompanhantes terapêuticos que, como eu, pensam psicanaliticamente sua intervenção. Orientado metodologicamente, eu poderia intervir como *at* de forma psicanalítica, sem transformar o cotidiano em um consultório ambulante. Teorias novas, técnicas novas deveriam tomar forma, a forma específica de uma criação pessoal, interpretativa e vivida na transferência com meus acompanhados. A forma de uma “clínica extensa”, que é, para Fabio Herrmann (2005, p. 19), “a vasta medida em que o método ultrapassa a técnica”.

É pela compreensão advinda deste assimilamento teórico que passei a considerar como tema de pesquisa o ensino da Teoria dos Campos aos acompanhantes terapêuticos. Ao modificar meu projeto para o trabalho efetuado pelos estagiários, deveria agora pensar na psicanálise ensinada e em como auxiliar meus estudantes a tomarem o método como vetor analítico, fora do *setting* tradicional com o qual reconheciam a prática analítica.

Mantendo a imagem do claro e do escuro, posso dizer que difícil é ensinar o motor não evidente (escuro porque íntimo?) do método, já que a técnica padrão era clara, porque também desconhecida na intimidade que a constitui. Tal era minha disposição nos estágios, transmitir o método

psicanalítico, sem o concurso de aulas teóricas para tal, uma vez que o conteúdo positivo de psicanálise os alunos já teriam recebido ao longo da graduação.

Embora haja outros temas e conceitos abordados pela Teoria dos Campos, penso que esta introdução dará elementos suficientes para que se compreenda as citações mais breves que virão a seguir, não constituindo em prejuízos ao leitor. Dado este ponto, podemos retomar aqueles outros autores que, com suas contribuições, compuseram a metodologia desta pesquisa.

Outras perspectivas metodológicas de pesquisa

Neste domínio, a partir do texto “Psicanálise, Teoria dos Campos e Filosofia: a questão do método”, nos beneficiaremos da crítica feita por Frayze-Pereira (2002) à ideia de método, entendido como exterioridade entre pesquisador e objeto de pesquisa. Para este autor, lidar com a concepção de método em psicanálise teria a forma de um “modo de pensar ou *trabalho de reflexão, fazer formativo* rigoroso que se cria através do analista no campo do seu próprio exercício” em que não há exterioridade possível entre sujeito e objeto (FRAYZE-PEREIRA, 2002, p. 114, itálico do autor).

Segundo tais referências, constituir uma perspectiva metodológica pressupõe criar um modo de pensar que situe o pesquisador envolvido em seu tema, utilizando e criando os instrumentos teóricos possíveis na medida em que o próprio fazer se realiza. Não há dispositivos prontos a serem replicados aqui. Tal como depreendido pela ideia de “trabalho de reflexão”, definido por Frayze-Pereira (2002, p.113) como “movimento de interiorização da experiência externa enquanto não-saber e de exteriorização do sentido obtido pela reflexão”, podemos dizer que, a rigor, a maneira de pensar a ser utilizada no caminho metodológico que foi percorrido se mostrará no modo de tratar o *corpus* de pesquisa (análise de filme e de casos clínicos) e nos resultados que produziu, tendo tais resultados uma ligação necessária (e não arbitrária) com tal maneira de pensar.

Foi necessário tratar o material de supervisão como um não saber, ainda que dela eu tenha participado, para daí retirar novos objetos de reflexão que possibilitassem compreender o ensino do AT efetuado e a clínica que tal ensino pôde gerar. E este não saber também serviu aos propósitos de tratar esta experiência como objeto de análise nesta tese. Assim, revi minha própria prática como supervisor e também a prática dos alunos.

Por meu interesse e proximidade com o referencial teórico produzido na Teoria dos Campos, esta chave compreensiva estará presente na análise que farei do meu *corpus* de pesquisa, que aqui se configura em três diferentes produções: textos teóricos, relatórios de acompanhamento e registros de campo da minha experiência como supervisor.

Os textos teóricos tratam dos pontos nodais aqui reunidos: o acompanhamento terapêutico, a psicanálise, a clínica dos pacientes neurológicos e a experiência de ensino destes conteúdos, uma vez que eles estão intrinsecamente relacionados no modo de trabalhar surgido durante a prática dos estágios.

A análise do *corpus* teórico e dos relatórios de atendimentos será feita empregando o método analítico tal como apresentado por Mezan (1993), que defende a utilidade do meio acadêmico para a invenção e descoberta psicanalíticas, algo antes reservado aos consultórios e às sociedades de formação de analistas. A própria leitura poderia ser um veículo de descoberta, desde que feita segundo o método analítico que não privilegia *a priori* nenhum assunto ou tema. Ao contrário, segundo a regra fundamental da associação livre, ler seria percorrer o texto em todos os sentidos, igualando em interesse os enunciados principais e marginais, oferecendo atenção aos detalhes dissonantes, ao seu contexto de criação, à temporalidade própria à psicanálise, que entenderia o texto como resultado de “elaborações secundárias e camuflagens do ego”. Tal entendimento, requereria assim este trabalho de leitura que toma o texto pelo “avesso”, procurando destacar “outras redes de significações” (MEZAN, 1993, p. 54-56).

Esta busca por significação própria aos interesses desta pesquisa é que determinará o uso parcial dos relatórios de atendimento. Nem todos os casos serão utilizados, assim como, naqueles aqui citados, apenas certos aspectos do atendimento nos interessarão. De modo geral, optei pela escolha de situações/fragmentos que possam ilustrar a clínica desenvolvida, apresentando suas dificuldades, características e exigências de aprendizado daí decorrentes. Exigências feitas a mim e a meus alunos, pois juntos aprendíamos como fazer aquilo que fazíamos.

Outra forma de compreender este fazer, que poderia muito bem ser tratado aqui como um *orientador metodológico*, afim ao psicanalítico, pode ser definido pelo conceito de *formatividade*. Tal conceito, originado no campo dos estudos estéticos, foi desenvolvido por Pareyson (1997) e define a atividade criativa como *um fazer que, enquanto faz, inventa o por fazer e o modo de fazer*. Sem pretensões artísticas, podemos aproximar esta concepção daquilo que realizamos, isto é, um fazer clínico que, enquanto foi feito, exigiu a invenção daquilo que seria produzido, bem como a maneira de fazê-lo. Esta relação entre a compreensão estética e o trabalho clínico foi aprendida junto a

Frayze-Pereira (2004), em seu texto “O paciente como obra de arte: uma questão teórico-clínica”, para quem a atividade do psicanalista deve seguir este mesmo critério, tomando a ideia da formatividade como princípio orientador para uma clínica que se faça criativa, encarnada na experiência e feita sob medida para cada encontro tido pela dupla durante o vínculo analítico.

Hoje posso notar que da postura inicialmente flexível, mas atenta, tida no início dos estágios, produziu-se paulatinamente um reconhecimento da originalidade do que era gestado. Realizar esta tese, escrita de maior fôlego, exigiu uma retomada daquilo que foi produzido ao longo dos vários semestre de supervisão e atividades acadêmicas, revisitando relatórios semanais e finais de alunos, anotações pessoais de campo, para extrair deste *corpus* uma possibilidade de compreensão do trabalho realizado. A surpresa foi ter mantido, desde o início, uma postura que podemos aproximar daquela definida por Lévi-Strauss (2004) como sendo a do *bricoleur*¹⁴, pois guardei a maioria dos registros das experiências iniciais e todos os registros mais recentes, mesmo não sendo esta uma praxe institucional, pois a maioria dos professores deixa os relatórios em cópias digitais entregues na coordenação de estágios ao fim dos semestres. Os registros que utilizo aqui lá estão também, mas guardei comigo uma cópia impressa e digital de grande parte dos trabalhos.

Encetar esta tese, a partir do material utilizado, reúne como participantes deste estudo, sujeitos cujos predicados variam tanto quanto aqueles vistos apenas nos três exemplos no início deste trabalho, em que reunimos um jornalista francês, um obstetra paulistano e uma adolescente da periferia de São Paulo. Além deles, temos ainda os estagiários-acompanhantes, pois eles nos forneceram as referências concretas de intervenções e dificuldades vividas junto aos pacientes. O que tentaremos é formar do que é desigual uma compreensão que forneça hipóteses gerais, retirando do que é distinto traços comuns, fruto de interpretações, sem a pretensão de uma padronização do conhecimento.

No exercício da investigação em Psicanálise, Mezan (1993) aponta este campo marcado por diferenças que podem compor uma cumulatividade, cujas distintas formações teóricas são “não-redutíveis entre si”, mas que resguardam o atravessamento por um mesmo objeto – o inconsciente, fazendo da pesquisa em psicanálise um trabalho que parte do singular, tentando “apreender as determinações dessa singularidade (inclusive do sujeito que assim procede), e visa extrair dela a dimensão universal que, por sua própria natureza, ela contém” (MEZAN, 1993, p. 89).

¹⁴ Para Lévi-Strauss (1989) o *bricoleur* é uma pessoa que passa em meio aos fatos da vida, recolhendo aqui e ali objetos ainda sem importância e desligados de qualquer conjunto, até que surja a oportunidade de fazer uma composição nova do que se tem guardado há anos.

Para finalizarmos a apresentação de minhas balizas de pesquisa, retomo as ideias de Freud (1915/2010), na discussão epistemológica que abre o texto *Os Instintos e seus destinos*. Como estamos às portas dos casos clínicos, nada como voltar ao autor que desenvolveu grande parte de sua extensa rede conceitual no trato a seus pacientes. É a partir experiência concreta que se podem extrair proposições conceituais que ao mesmo tempo se distanciam e descrevem tais experiências. Citemos o autor, pois é bastante clara sua exposição e é em atenção às suas ideias que abordaremos os casos clínicos adiante:

Não é raro ouvirmos a exigência de que uma ciência deve ser edificada sobre conceitos fundamentais claros e bem definidos. Na realidade, nenhuma ciência começa com tais definições, nem mesmo as mais exatas. O verdadeiro início da atividade científica está na descrição de fenômenos, que depois são agrupados, ordenados e relacionados entre si. Já na descrição é inevitável que apliquemos ao material certas ideias abstratas, tomadas daqui e dali, certamente não só da experiência (FREUD, 1915/2010), p. 52).

No trato ao filme e aos dois casos que analisarei, segui esta indicação tal como aqui está. Na construção do acompanhamento terapêutico a pacientes neurológicos, algo não descrito ainda, e tendo pelo meio o ensino de psicanálise a estudantes de Psicologia, os casos relatados foram trabalhados sem uma concepção prévia de resultados. Não havia um ponto anterior a que eu quisesse chegar. Apenas a hipótese de que poderia realizar um trabalho psicanalítico junto àquele público, que me fora apresentado no ambulatório de fisioterapia. Se naquele momento, certas concepções teóricas tomaram forma, com superficialidade, é porque não havia se constituído um saber específico sobre tal prática. O saber, aquele que será possível, virá ao fim deste trabalho.

Até lá, em algumas passagens, os casos, em sua descrição fenomênica, serão entremeados com “certas ideias abstratas, tomadas daqui e dali”, não somente da Psicanálise, mas de outros domínios associados à experiência descrita. Neste processo, de modo mais livre, até mesmo Freud poderá ser incluído como uma ideia retirada de lá, de sua obra, para participar daqui, do mundano reino que ele conhecia tão bem: o da dúvida, da invenção, da paciência a um pensar pessoal que se forma aos poucos. Vejamos com ele continua sua descrição epistemológica, continuando a transcrição do ponto em que a deixamos:

Ainda mais indispensáveis são essas ideias – os futuros conceitos fundamentais da ciência – na elaboração posterior da matéria. Primeiro elas têm de comportar certo grau de indeterminação; é impossível falar de uma clara delimitação de seu conteúdo. Enquanto se acham nesse estado, entramos em acordo quanto ao seu significado, remetendo continuamente ao material de que parecem extraídas, mas que na realidade lhes é subordinado. Portanto, a rigor elas possuem o caráter de convenções, embora a questão seja que de fato não são escolhidas arbitrariamente, mas determinadas por meio de significativas relações com o material empírico – relações que acreditamos adivinhar, ainda antes que possamos reconhecer e demonstrar (FREUD, 1915/2010, p. 52).

Quando assim, futuramente, se fizerem as associações com passagens de determinados autores, Freud, Winnicott, Merleau-Ponty ou Herrmann, dentre outros, e se não forem passagens apresentadas em suas minúcias, o leitor deverá entender que essas incursões teóricas terão seguido meu processo associativo, estando rigorosamente sustentadas pelo método de investigação que acabo de apresentar. E revelam, portanto, como bem esclarecido por Freud na passagem citada, uma trama de significação que vai transformando, pouco a pouco, o material clínico em uma produção teórica por surgir. As associações vão paulatinamente invertendo o caminho de que surgem: de derivadas passam a subordinar a experiência, quando, das significações ainda não demonstráveis, surgir um pensamento interpretativo que necessitou de tais associações, iniciais e imprecisas, para se desenvolver.

A respeito do conhecimento que advirá de tal processo, sigamos na citação:

Apenas depois de uma exploração mais radical desse âmbito de fenômenos podemos apreender seus conceitos científicos fundamentais de maneira mais nítida e modificá-los progressivamente, tornando-os utilizáveis em larga medida e ao mesmo tempo livres de contradição. Então pode ser o momento de encerrá-los em definições. Mas o progresso do conhecimento também não tolera definições rígidas (FREUD, 1915/2010, p. 52-53).

Da descrição fenomênica, passando pelas associações teórico-abstratas, até a tessitura de uma rede significativa que permita formar uma compreensão conceitual nova derivada, mas não submetida completamente, da experiência, forma-se um conhecimento novo. O repertório conceitual assim constituído terá natureza híbrida: um tanto de experiência, inspirado por um referencial teórico-metodológico, outro tanto de associação e composição junto a ideias vindas de outros domínios, e uma organicidade significativa nova, capaz de dar coerência às ideias assim produzidas.

Como sintetiza Loffredo (2004):

[...] o método fertiliza a produção teórica e, ao mesmo tempo, a ficção teórica permite que o método tenha o estatuto que ele tem. A relação de interferências recíprocas entre ambos sendo fundamental, não é possível que se faça nem referência ao método de modo destacado, descontextualizado teoricamente, nem a uma teoria desencarnada de um método (LOFFREDO, 2004, p. 16).

Com a coerência adquirida, tais conceitos poderão retornar às experiências iniciais recobrando-as de significados inéditos. Com isso, espera-se que avance o conhecimento, produz-se um entendimento de conjunto, e surge um repertório de conceitos que também poderão ser, futuramente, utilizados associativamente, no ir e vir do aqui e do lá, da experiência ao pensamento, neste caminho contínuo de formar conceitos vivos, passíveis de construção e de checagem pelo método.

Portanto, a respeito da construção do saber, escreve Loffredo (2006):

Fica apontado com firmeza o estatuto de provisoriedade, mesmo dos conceitos básicos, de modo que se garanta a potencialidade criativa na relação de interferências recíprocas entre método de investigação e construção teórica. Considerando-se que a produção de conhecimento se ampara num movimento sutil de arranjos e desarranjos entre *invenção* e *descoberta* (LOFFREDO, 2006, p. 291).

O conhecimento psicanalítico, na proposição da Teoria dos Campos, deve trazer desde seu nascedouro esta tensão entre invenção e descoberta, aí se localizando seu índice de verdade, como pode ser visto na seguinte passagem:

[...] a zona de eficácia veritativa no processo de criação não se encontra exatamente em I, na invenção, nem em D, na descoberta, mas no meio dos dois: I/V/D. Verdade (V), nesse sentido, não se confunde com confirmação, é promessa de nova produção de saber, possibilidade antecipada (HERRMANN, F., 2005b, p. 12-13).

Se darei conta de tanto, ainda veremos. Mas temos um bom modo de caminhar a nos orientar. Foi pela reunião destes princípios que se formou um modo de trabalhar clínico e de compor o material que dará origem a esta tese. Segundo a proposta metodológica psicanalítica orientada pela Teoria dos Campos, tal como um *bricoleur*, fez-se a experiência da formatividade de que fui capaz, ora no cotidiano docente, ora aqui, na pesquisa de doutoramento, em que a escrita tentou assimilar a proposta criativa freudiana.

Do modo como fiz, podemos então passar para o que foi feito. Vamos aos casos clínicos, para através deles conhecermos a clínica, o ensino e aprendizado da prática do acompanhamento terapêutico com pacientes neurológicos.

QUANDO O CORPO É OUTRO

APRENDENDO E ENSINANDO A ACOMPANHAR PACIENTES NEUROLÓGICOS.

A seguir apresento cenas de acompanhamento terapêutico utilizando distintos materiais. Começarei pela “interpretação ilustrada” que produzi sobre o filme “O escafandro e a borboleta” (SCHNABEL, 2007) que retrata a vida do nosso “primeiro paciente” citado, Jean-Dominique Bauby. Esta interpretação é fruto do acúmulo de discussões com os alunos, a cada início de semestre, quando exibia o filme buscando situá-los no trabalho que realizariam.

Mais do que isso até, assistir o filme junto aos alunos e, aqui, nesta pesquisa, analisá-lo, comporta um objetivo específico: criar um recurso ilustrativo (interpretativamente) que auxilie na argumentação de que há a necessidade e a possibilidade do trabalho psicológico com pacientes neurológicos ser realizado por acompanhantes terapêuticos. Além disso, penso que há características singulares ao acompanhamento se o profissional se valer da escuta psicanalítica para instrumentalizar sua compreensão, sua presença e suas intervenções junto a tais pessoas. Interpretando o filme sob essa ótica podemos criar um recurso eficaz na proposição e defesa desta clínica a novos acompanhantes, fazendo avançar esta experiência ainda não descrita na literatura.

Na sequência ao filme, retomarei um caso já trabalhado em outra publicação (SANTOS, 2009), mas agora com vistas a atender aos objetivos desta tese. Enfocaremos o atendimento do Sr. G. na perspectiva do ensino do AT, pensado psicanaliticamente. Os autores com os quais mais trabalhei junto aos alunos foram Freud, Winnicott e Fabio Herrmann, como se verá.

No trato destas narrativas clínicas busquei criar uma maneira de retratar a forma como a discussão teórica entre psicanálise e AT era intrínseca às supervisões. O recurso que encontrei, para não criar tópicos separados para um e outro assunto, foi inserir o pensamento teórico em meio às cenas descritas, utilizando um recuo de texto para criar o destaque necessário desta passagem entre supervisão e associação teórica. Empreguei um recuo à direita no corpo do texto quando tratei de assuntos relacionados às supervisões de estágio. Outro recuo também à direita, mas menor, foi feito para apresentar as discussões sobre psicanálise feitas ao material descrito.

Ainda que a discussão teórica nestas passagens não possa se adensar, tal registro cumpre a função de *fazer destaque ao pensamento* durante sua própria construção. Algumas das associações teóricas estão ligadas ao momento do ensino, e outras surgiram durante a escrita dos casos. Este recurso

terminou por ser incorporado à maneira da própria análise se formar pela atenção posterior aos recuos feitos. Quando, ao reler os casos para formar a análise, a tarefa de reunir variáveis e elaborar uma discussão, criando elementos significativos novos (as categorias discutidas nos capítulos finais), se viu facilitada pelo uso desta, digamos, *construção orgânica* da pesquisa.

O objetivo buscado nesta distinção visual foi também ressaltar certos aspectos da orientação dada ao trabalho do aluno, que conduz a uma passagem necessária rumo ao pensamento teórico e à compreensão do atendimento como uma instância terapêutica processual, sobre a qual temos referências de pensamento em outros autores. Inserir tais associações reproduz o ocorrido em sala de aula, em que, durante os casos clínicos, leituras e proposições teóricas eram utilizadas para formar nossa compreensão dos atendimentos e orientar nossas ações. Como se verá, ao deter o texto para um primeiro recuo, que aborda aspectos das orientações dadas aos alunos em supervisão, já temos uma passagem pronta para o recuo seguinte, em que associações teóricas são apresentadas. Com isso explicita-se a transitividade necessária entre orientação e teoria, entre escuta e teoria. Assim, ao comentarmos sobre os aspectos transferenciais envolvidos em determinada cena, por exemplo, temos aberta a chance para uma discussão teórica sobre transferência.

Em poucas palavras podemos agora explicitar o caminho percorrido para chegarmos às categorias de análise finais: apresentação de casos clínicos, retomada de orientações aos alunos sobre a condução do trabalho, associação teórica a autores psicanalíticos e de AT. Desta associação encarnada, retirei destaques para formar uma discussão que problematizasse o que foi apresentado através dos casos.

Por estranho que pareça, ao criar o destaque, notou-se como esta separação entre teoria e prática é arbitrária, uma vez que uma sustenta e fertiliza a outra. Mantenhamos então este estranhamento, fazendo ver como necessário o que às vezes os alunos concebem como arbitrário: a teoria.

Começamos por Jean-Dominique, pois foi ele quem abriu estas páginas e muito nos deu o que pensar. Às apalpadelas, às piscadelas se quiserem, também se faz e se ensina clínica.

UMA INTERPRETAÇÃO ILUSTRADA – “O Escafandro e a borboleta”

Nosso “primeiro paciente” veio à baila após o início dos estágios e se mostrou uma esclarecedora companhia. Estou falando do filme “O Escafandro e a Borboleta”, de Julien Schnabel (2007), que apresenta a vida do jornalista francês Jean-Dominique Bauby. Por seu valor ilustrativo e pela possibilidade de apresentar a clínica dos pacientes neurológicos a partir de um registro criativo e factual, passei a exibir o filme aos meus alunos de estágio todo início de semestre. Com ele, terminei por compor algo que chamei de uma “interpretação ilustrada”, pois dá a ver e a pensar questões sobre a atividade clínica com o nosso público, ilustrando em grande parte o que os futuros acompanhantes poderiam encontrar. Interpretamos o filme, suas passagens, para ilustrar em que clínica eu e meus alunos estávamos situados. Mas antes de descrever minhas interpretações, cabe ainda apresentar melhor o filme utilizado.

A obra cinematográfica foi baseada no livro homônimo escrito originalmente por Jean-Dominique em 1997, e resguarda uma estrutura narrativa distinta daquela trabalhada pelo autor. O filme goza de uma originalidade que se mostrou benéfica aos meus interesses didáticos. Explico.

O livro foi escrito como resultado do trabalho desenvolvido por Jean-Dominique Bauby e sua fonoaudióloga, capaz de criar e treinar com ele uma forma de comunicação secundária através das piscadelas de seu olho saudável. Uma piscada para sim, duas para não, inúmeras para sinalizar uma vontade de falar ou apontar um erro na transcrição do seu ditado. De contrato firmado com uma editora para escrever um romance, Jean-Dominique, que era redator chefe da revista *Elle* francesa, muda seu interesse após sofrer o AVC que o deixou com a “síndrome do encarceramento”. Ele decide descrever suas experiências nesta condição, contando para isso com o trabalho de uma pessoa enviada pela editora para aprender e utilizar sua nova linguagem na escrita de sua história.

O livro (BAUBY, 2009) é uma realização que apresenta seu narrador tal como aprendeu a viver após o AVC, não se detendo na apresentação prévia de quem era Jean-Dominique antes do adoecimento. Enquanto o texto descreve, em breves capítulos, as impressões de sua “viagem imóvel”, o filme busca retratar estas duas realidades do personagem: tanto a da síndrome quanto a anterior, mostrando o vigor de um homem envolvido em seu trabalho e em seus vínculos pessoais. Esta contraposição termina por gerar um grande efeito dramático, pois a narrativa acelera quando vemos o personagem trabalhando e se locomovendo por Paris, o que termina por criar uma apresentação mais eficaz da lentidão impregnante de sua rotina hospitalar, para a qual logo o filme retorna. Esta escolha narrativa é útil para o meu estágio porque também os pacientes apresentam estas contraposições, pois, enquanto estamos junto a eles, lentos atualmente, suas memórias resgatam a

velocidade da vida anterior ao adoecimento. Manter este foco duplo, na condição atual e na pregressa, faz ver uma exigência do trabalho dos estagiários: não ater-se somente na condição de pacientes neurológicos em que tais pessoas se encontram, buscando resgatar a história de vida de cada pessoa – o que comporta, mas não se restringe, ao acidente cerebral sofrido.

No filme, para causar um impacto mais forte com a situação atual do personagem, o diretor opta por uma estrutura narrativa em primeira pessoa, colocando o foco da câmera como o olhar de Jean-Dominique. Esta disposição narrativa nos faz vestir a sua pele, abrindo com ele nossos olhos para o que está adiante, vivendo a angústia e por vezes a claustrofobia de estarmos encerrados em um corpo inerte, mas de pensamento vívido.

Reunindo diversos capítulos para compor determinadas cenas, inventando outras para estabelecer uma estrutura capaz de mostrar-nos quem é e quem era Jean-Dominique, o filme fornece uma visão ao mesmo tempo objetiva e subjetiva do que é descrito. Mergulhados em primeira pessoa, seguimos o filme acompanhando os movimentos do ator e a narrativa mental do que Jean-Dominique escreveu, sentiu, pensou, lembrou-se durante os meses de internação hospitalar, por vezes criando imagens que ultrapassam o texto e constroem aquilo que é deixado a cargo de nossa imaginação no livro.

Para apresentar a história deste filme e as interpretações surgidas, procederei a uma análise que recorta a narrativa em determinadas cenas. Sei que este procedimento impede uma visão de conjunto da obra, mas, por outro lado, fornece a possibilidade de explorarmos em detalhe alguns quadros cuja força de condensação da imagem fornece muito a pensar. De certa forma, da condensação realizada pelo diretor de vários fragmentos descritos por Jean-Dominique, procedemos à abertura interpretativa, fazendo uma imagem contar-nos algo sobre o trabalho dos acompanhantes terapêuticos com pacientes neurológicos e ensinando-nos psicanálise.

Esse procedimento vem a repetir os passos freudianos demonstrados em “O Moisés de Michelangelo”, quando interpretou a estátua do artista italiano. Freud (1914/1996) elabora seu trabalho a partir do impacto emocional que a obra lhe provocava, sentido-se ora tímido e amedrontado pelo olhar do Moisés, ora decepcionado, por não ver a estátua levantar-se, completando o movimento sugerido por seus pés. Tal impressão levou o autor a encetar um detalhado exame da obra, elaborando uma interpretação que segue a técnica psicanalítica.

Descreve a estátua em minúcias, alternando sua atenção entre o sentido declarado daquela peça, contar uma passagem bíblica e recobrir o túmulo de um papa, e sua imaginação interpretativa, a completar os movimentos entrevistos na pedra. A posição de um dedo repuxando a barba, a direção

e as feições do rosto, o descuido com as tábuas da lei, o pé pronto a projetar o corpo de seu assento. Atento a esse procedimento e “pelo exame de certos pormenores insignificantes, chegou a uma interpretação inesperada do significado e do objetivo da figura como um todo” (p. 299). Em sua leitura, Michelangelo teria procedido a uma alteração do caráter de Moisés, retratado na bíblia como intempestivo.

Na contraditória e conflitiva gestualidade materializada na estátua, Freud reconhece o controle sobre a ira de Moisés ao ver os judeus adorando o Bezerro de Ouro. Ao contrário da narrativa conhecida, ele teria contido seu impulso de destruir as tábuas da lei, dando origem aos movimentos de reter a barba, quase deixar as tábuas caírem, após o impulso de se levantar. Ainda segundo Freud, esta realização de Michelangelo tornaria seu Moisés “superior ao histórico ou tradicional” (p. 237), servindo como crítica ao papa ali enterrado, um pontífice virulento, e como advertência a ele próprio Michelangelo, para que controlasse seus impulsos em favor de uma obra mais importante por se realizar.

Realizar este trabalho interpretativo de uma obra de arte é, segundo Frayze-Pereira (2005), proceder a uma “psicanálise implicada”, em que:

Assim como cabe à escuta do psicanalista permitir o livre curso das associações do paciente, é característico da *psicanálise implicada* trabalhar com a manifestação singular da obra na relação com o intérprete/espectador. Nesse sentido, a dinâmica da *psicanálise implicada* não é muito diferente da que acontece na clínica psicanalítica concreta (FRAYZE-PEREIRA, 2005, p. 73).

É a partir dos efeitos gerados no espectador/intérprete, colocado em questão pela obra analisada, que se parte o trabalho interpretativo, procedendo segundo a técnica aqui demonstrada pelo trabalho de Freud (1914/1996). Do singular produz uma interpretação também singular, tendo o respeito à obra, não *aplicando* sobre ela conceitos psicanalíticos como se não houve uma obra artística ali, à espera e convocando um olhar que interpele, “sem redução ou idealização, a denortante força da Arte” (FRAYZE-PEREIRA, 2005, p. 77).

É atento a estes pressupostos orientadores que, aqui, todo o filme “O escafandro e a borboleta” será tratado. Irei alternar o foco da apreciação a um filme, considerando-o também como a apresentação de uma vida que pretendemos conhecer e que se revela em pequenos detalhes. Iremos deter um quadro, uma imagem, à espera que o pensamento associativo venha fazer o filme deixar mais a falar, considerando o impacto que esta obra me causou seguidas vezes.

Como se trata de pessoa em forma de arte, arte dramática, utilizarei o expediente explicado acima, mantendo em corpo integral a narrativa da vida que conhecemos e retendo à direita o que se pode pensar com a psicanálise, o AT e o que mais surgir.

Primeiras cenas. Filmagem em primeira pessoa. A câmera é o olhar de Jean-Dominique. Acompanhamos a abertura de seus olhos em uma mistura de tons leitosos e rosas, como o sanguíneo de uma pálpebra contra a luz. Ele os abre timidamente, percebendo-se em um quarto. Não tem ideia do que lhe aconteceu e onde está. Há um estranhamento inicial. Nós, espectadores de primeira projeção, não sabemos nada além do que vemos, não conhecemos o personagem, o que ocorreu e como a história se desenvolverá. As cenas iniciais geram uma experiência de claustrofobia, a respiração é difícil, o tom de voz dos outros impreciso.

O foco do olhar não se estabelece perfeitamente. Acompanhamos uma narrativa em texto, mas não ouvimos a voz que emite tais palavras. Depois saberemos tratar-se dos pensamentos do personagem, não de sua voz, pois nem mesmo ele sabe ainda que está incapaz de falar. Até então ele vivia no automatismo corporal da vontade que gera ação. Querer falar era falar. No exame médico, ele imagina responder as perguntas feitas, chega a irritar-se com sua repetição, até vir a afirmativa do médico de que ele talvez recupere a fala futuramente. A primeira reação do personagem é de descrença e ansiedade: eu não posso falar? Ninguém me ouve? Pedem-lhe paciência. Ele aceita esse conselho. Não tem escolha. Será paciente.

Dada a imprevisibilidade e os efeitos de perda de consciência da doença neurológica adquirida, geralmente os pacientes se veem como tais depois de um certo período de tratamento e intervenção. Já estão colocados à revelia nesta condição de cuidados médicos extensos. Daí a se tornarem colaboradores é outro passo, que passa, como se viu, pelo enfrentamento de condições psiquiátricas comuns nestes casos, como a depressão. De outro modo, a intervenção psicológica será posterior a uma melhora significativa das condições clínicas, cabendo ao paciente escolher ou não receber atendimento. Em várias ocasiões ouvimos a negativa dos pacientes, recusando o acompanhamento terapêutico, uma vez que, diziam, eles “estavam ruim das pernas e não da cabeça” (sic). Contornar e respeitar tais limites constitui um primeiro treino aos alunos, que vão ativamente oferecer aos pacientes nossa proposta de cuidado, não esperando uma demanda espontânea.

Cuidados médicos iniciais. O diagnóstico. As imagens mantêm sua qualidade imprecisa, trêmula. Surgem vagas recordações: flores, a decoração do quarto pela namorada, a cortina que flutua aos ventos de um azul-solar. Esta imprecisão revela os efeitos de duas semanas em coma, diz o

neurologista encarregado de seu caso e que vai dar as primeiras explicações de seu estado. De modo direto ele diz: *Jean-Dominique, Jean-Do, você teve um Acidente Vascular Cerebral e isto afetou seu tronco encefálico, impedindo que este órgão realize a conexão do cérebro com a medula espinhal. Você está vivo graças aos avanços da medicina, que permitem atualmente um prolongamento da vida em situações que anteriormente levariam à morte.* Mentalmente ele retruca: *Isto é vida?* Sem rodeios o médico diz que ele está paralisado dos pés à cabeça, não consegue falar e sofre de uma patologia conhecida como “locked-in syndrome”, ou “síndrome do encarceramento”, uma doença rara, sem causas definidas, que pode acometer até mesmo quem, como ele, não se enquadrava em grupos de risco para acidentes vasculares: não fumava, não bebia em excesso, tinha boas condições de saúde.

Durante as explicações e ainda incapaz de ouvir as dúvidas do paciente, o exame médico prossegue no toque ao corpo sem intermediação. O Dr. Cocheton não está satisfeito com o funcionamento do olho direito, toca-o e pensa que talvez seja necessário obturá-lo por não haver lubrificação adequada da córnea. No mais, diz ele, tudo está normal: o cérebro funciona bem, ele entende o que os outros falam e isso “dá-nos uma esperança”, ainda que não nomeie esperança de quê.

Após a consulta médica, rápida, com diagnóstico e indicação do início imediato dos tratamentos de fisioterapia e fonoaudiologia, materializa-se a imagem com a qual Jean-Dominique irá se definir nestes primeiros meses: o confinamento desesperado no interior de um pesado e solitário escafandro submerso em águas turvas.

Sabemos desde Freud (1912/2010) que escutar nossos pacientes qualifica-se por recebermos suas produções psíquicas, sem atribuímos a elas uma valorização diferente daquela que nos permite ou não interpretar. É esta a regra fundamental, enunciada em “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise”. Se sonho, fantasia, imagem visualizada, enredo de romance, drama familiar, tanto faz. O que pedimos a nossos pacientes é: conte-nos. Conte-se. Nos dizeres de Fabio Herrmann (1999, p. 29), a postura do analista se qualificaria como uma espécie de “falta de educação sistemática”, pois desconsidera em sua escuta os sentidos rotineiros e interessa-se por tudo quanto nosso paciente nos traga, pois a tudo trataremos como a um só e mesmo assunto: o próprio paciente. Esta “falta de educação” refere-se ao rompimento do acordo tácito de que em nossas conversas cotidianas não consideremos os sentidos marginais, equívocos, presentes em todos os nossos atos e falas. Na imagem apresentada no filme temos então um sentido a ser apreendido, pois ele nos conta como está o paciente: é ele um escafandrista mergulhado em águas turvas, sem tubo de oxigênio aparente,

tendo apenas o silêncio encarcerado ao seu redor. Não é pouco o que produz nosso narrador, após saber-se encerrado em um corpo inerte, com uma doença rara e sem perspectivas de melhora aparentes. Acolher esta imagem é a melhor forma de nos aproximarmos da experiência subjetiva vivida por Jean-Dominique. O escafandrista apresenta, representa, é o nosso paciente neste primeiro momento. Abertos à experiência de recebê-lo em transferência, a imagem deixa e torna o ar rarefeito em nosso contato com ele. Como respirar? Com metade da alma, diria Fabio Herrmann (1997), pois a outra metade precisa mergulhar na experiência emocional compartilhada junto ao paciente, deixando livre uma outra parte de nosso aparelho psíquico, a postos para pensar naquilo pelo que se toma em transferência.

Há aqui um trabalho delicado a ser feito durante as supervisões: ensinar os alunos a receber as produções dos pacientes não considerando-as apenas no sentido de “uma história”, uma imagem ou uma metáfora de efeito meramente ilustrativo. Algumas destas imagens são como “revelações de análise”, resultando em uma escuta que poderá acolher a verdade emocional comunicada pelo paciente e agora recebida pelo terapeuta que, experimentando o vínculo transferencial, se deixa sentir um pouco da claustrofobia do escafandrista, para daí compreender como um novo vínculo poderá trazer oxigênio e perspectivas a esta situação. Estender este sentido das falas do paciente é o primeiro passo rumo a uma escuta analítica em formação, pois, nas palavras de Fabio Herrmann (1991) temos esta ideia assim descrita:

Mostrando a convergência paradoxal entre ser e dizer, o analista aponta-lhe um novo e bem diverso caminho de revelação: as palavras do paciente dizem dele mesmo, com efeito, porém com mais verdade e poder heurístico (ou seja, de descoberta) do que sequer podia imaginar; escutar-se, na análise, já é descobrir um outro em si próprio (HERRMANN, F., 1991, p. 79).

O papel da fonoaudióloga é criar uma linguagem secundária para que Jean-Dominique consiga se comunicar de modo coerente com o mundo. Ela está decidida a ter sucesso, diz –com a ajuda dele, claro. À orientação para ser paciente soma-se outra, tácita, para que seja um bom paciente, isto é, colaborativo, submisso (?), para que o sucesso venha do emprego do conhecimento técnico por parte dos profissionais.

Perguntas simples confirmaram a ela que Jean-Dominique entendia e podia utilizar o código de comunicação criado, uma piscada para sim, duas para não. Será através deste código que começaremos a conhecer quem é nosso personagem principal para além de sua condição hospitalar.

Quando Henriette, a fonoaudióloga, pediu para que ele confirmasse se era ou não redator-chefe da revista *Elle*, entramos em contato com sua vida pregressa (sim, parece que se trata de uma outra vida). Vemo-lo caminhando, escolhendo figurinos, orientando ensaios fotográficos, movendo-se em sua vida agitada e conduzida pelo ritmo de uma música que enfim é utilizada no filme. São cenas breves, de ritmo acelerado, poucos segundos de memória para então retornarmos à realidade hospitalar.

No hospital vemos o tratamento médico avançar. O quadro clínico já foi estabelecido, a rotina clínica se inicia. O corpo inteiro de Jean-Dominique é manipulado, vestido e agora posto em uma cadeira de rodas, em meio aos olhares de médicos e estudantes que tomam aula sobre aquele caso raro. Ele está pronto para a cadeira de rodas! A este veredicto médico, sua resposta irônica: grande coisa! Ao sair do quarto, começamos a conhecer o ambiente hospitalar de Berck-sur-Mer, para onde fora levado após o acidente. Ao passar pela primeira vez diante de uma superfície reflexiva uma imagem distorcida e distante se forma para surpresa mesma dele: *Quem é este? Sou eu? Parece que saí de um tanque de formol. Que horror.* Diante do espelho um grande choque: onde está a autoimagem com a qual se reconhecia? Quem é este que sustenta seu olhar, sabe seus pensamentos, mas não sorri como ele sorria? Se “o Eu é sobretudo um Eu corporal, mas ele não é somente um ente de superfície: é, também, elem mesmo, a projeção de uma superfície” (FREUD, 1923/2007, p. 38), como esta instância psíquica está agora? Que medida ele poderia ter de si mesmo se não se reconhecia em seu corpo?

A visita familiar. Que poderes tem o paciente sobre sua família, agora que se torna tão dependente dela? A primeira visita, diz o médico, era de “sua esposa”, ao que ele retruca mentalmente: “ela não é minha esposa, é a mãe dos meus filhos”. A presença da família formal era reconhecida pelo hospital como legítima e ao longo do filme notaremos o poder desta presença a definir os caminhos do tratamento, orientar as visitas e ocupar os horários junto a ele.

Notamos tal particularidade nestes quadros clínicos, em que a família tem um grande poder de manipular (nos vários sentidos que esta palavra permite) o paciente, uma vez que o exercício de sua vontade está limitado tanto no hospital, regido pelo ordenamento médico, quanto em seu lar, regido por ordens que às vezes tomam as limitações físicas como índices de uma incapacidade completa.

Mesmo não sendo a pessoa esperada, este encontro reserva grande força dramática. O olhar de Céline é de espanto, deve se abaixar para entrar no plano de visão do olho esquerdo que enxerga o mundo da altura de uma cadeira de rodas. Ela não consegue definir o estado do ex-marido. “Me

disseram que você está...” e a frase ganha outro rumo. Ela não trouxe as crianças esperando pela vontade dele, que é negativa. Naquele momento Jean-Do não queria ver os filhos.

Ela fica longe, não sabe o que dizer. Sofre, questiona, como esposa abandonada, se a amante veio vê-lo. Esforça-se por retomar o marido. Ele chora. Com um olho só, sem palavras, também se chora. A tela adquire tons impressionistas, as cores tornam-se imprecisas nos limites daquilo que representam, mas ganham força justamente por aquilo que revelam: Jean-Dominique e Céline espalham-se no plano do quadro fixo que lhes concerne seus corpos, dilatam-se na experiência de dor, distância e irreparabilidade trazida por uma doença que os faz diferentes, distantes e confundidos.

A presença calorosa da ex-esposa deixa a marca silenciosa da culpa organizando as cenas seguintes: vemo-la sozinha, na estação de trem, acompanhada pelo pensamento de Jean-Dominique: como, naquele estado, reparar os malfeitos? O que lhe era possível agora, àquela distância e com tais limites?

Como ainda veremos em outros momentos, esta passagem permite apresentar aos estagiários uma das maiores dificuldades na clínica do acompanhamento terapêutico: as famílias. Ao mesmo tempo em que querem nossa presença, solicitam nosso trabalho, também elas resistem às nossas intervenções, pois aquele grupo familiar possui regras e relações que demarcam de modo velado o papel de cada membro em seu interior. Nossos pacientes, uma vez que passam a depender dos familiares, adquirem novas posições junto aos seus, impondo limites para nossos projetos e presença. Esta dinâmica conflitiva, ambígua e necessária com a família foi muito bem apresentada nos textos “O acompanhante terapêutico e a clínica” e “O *setting* e as Funções do Acompanhamento Terapêutico”, de Elisa Camargo (1991) e Cenamo, Prates e Silva e Barreto (1991), respectivamente. No texto da primeira, encontramos as sugestões para que a relação com os familiares seja vista como “um combate” sem inimigos, em que devemos manter uma disposição atenta aos sinais que o grupo familiar emite em nossa presença, reconhecendo a ambiguidade ali expressa, uma vez que nossa presença é valorizada em certos momentos e desprezada em outros.

Para tentar preservar o enquadre de trabalho do *at*, que sofre tentativas de manipulação por parte da família, Cenamo, Prates e Silva e Barreto (1991) sugerem a realização de reuniões mensais para que continuamente se discuta, se

pense e se refaça o contrato de trabalho, visando criar condições para atender às demandas que aos poucos o acompanhante é capaz de formular com maior propriedade. Estas considerações são importantes porque, em função do adoecimento, da condição de dependência factual decorrente das sequelas do AVC, surge também uma dependência de ordem psicológica, em que o estado regressivo vivido pelos pacientes obriga-nos a pedir autorizações contínuas aos familiares para realizarmos mínimas saídas com eles. Camargo (1991) sugere que o *at* fique atento ao “texto familiar” e às “coreografias” ensaiadas e repetidas pelos membros desta “companhia de dança” familiar, em que os papéis de cada integrante são marcados com rigidez, exigindo paciência e tempo para que possam ser alterados. Esta condição de trabalho em que o contato e um certo convívio com os familiares do paciente é inevitável, constitui-se em um dos fatores responsáveis por grande parte da ansiedade dos alunos. Eles questionam como reagir diante deles: aceitam ou recusam o café oferecido? Dão ouvidos à família ou priorizam o paciente? Podem pedir para um familiar, talvez o dono da casa, se retirar, visando criar alguma intimidade com o paciente?

O letramento. Henriette apresenta a Jean-Do o alfabeto organizado pela frequência do uso de cada letra no idioma francês. Com as piscadelas de sim ou não as letras seriam selecionadas, formando uma a uma as primeiras palavras capazes de emitir mensagens do interior do escafandro. Em meio às explicações daquele mecanismo de fala, o olhar do maior interessado vaga pelo quarto, encontra a foto com a imagem de uma árvore de cabeça para baixo e retorna, incrédulo e desatento, à feição confiante da profissional que criou um belo sistema de comunicação. Tudo está bem planejado, repete as letras que traz gravadas em uma tábua, mas esquece-se de perceber os limites emocionais de quem está a quilômetros de distância dali, inundado pelas águas solitárias de um mundo revirado.

“E-S-A-R-I-L”, letra a letra, a voz de Henriette cria suportes como uma “oferta de objeto” à espera que Jean-Dominique ligue-se a eles, podendo assim estabelecer novos elos com o mundo a sua volta, retomando uma experiência ativa de comunicação em que suas palavras ganhem voz, mesmo que enunciadas por outra pessoa.

Baseado em um referencial winnicottiano, Barreto (1998) comenta que a

função de apresentação de objeto está relacionada à capacidade da mãe se colocar exatamente ali onde foi alucinada. É toda a capacidade do ambiente de sustentar o processo de ilusão e ir, gradualmente, fornecendo experiências que apontem para a separação eu e não-eu (desilusão); modulando esta desilusão (separação) de tal forma que não coloque o eu do bebê em dispersão (angústia de aniquilação) (BARRETO, 1998, p. 94).

No início do trabalho, há de se esperar. A fonoaudióloga deve procurar o momento em que o paciente está pronto para compartilhar a experiência de tentar um contato, criando um novo registro para sua voz. É um começo difícil. O traje de escafandrista pesa demais e a água emocional da solidão e desconsolo não oferece grande resistência para que ele afunde cada vez mais. De tais profundezas emerge um primeiro “Eu”. Ou melhor, um novo eu começa a tomar forma, e mais do que nunca a assertiva de Freud (1923/2007) ganha contornos dramáticos: o eu é mesmo corporal¹⁵. Da inércia estática do corpo, da incapacidade de falar, o *eu* que não forma palavra enuncia-se emocionalmente, criando suas expressões na linguagem fluida da consciência que opera por imagens e que, somente por nossos limites linguísticos, denominamos como imaterial.

Se acompanhamos na cena a dificuldade para dar suporte verbal às ideias de Jean-Dominique, por outro lado visualizamos a facilidade instantânea de sua voz interior que, carregada de sofrimento, *materializa-se* pesadamente na fantasia do escafandrista submerso, preso a uma veste que o isola do meio externo, mantendo-o prisioneiro em um ambiente onde não há nada vivo ao seu lado. Preso ao seu corpo, Jean-Dominique afunda em isolamento e descrença. O *eu* é corpo. E por isso ele afunda em imagem. Como corpo de fantasia, a imagem é *representação de eu* e vive enquanto se cria independente das palavras.

A respeito da relação entre representação e formação do eu, Fabio Herrmann (1998) traz uma contribuição original: para ele as representações têm uma função defensiva, uma vez que, limitadas aos domínios do desejo particular, como parcela sequestrada ao real, elas dão forma à realidade e fornecem um contorno para o eu. A realidade assim é uma parcela do real representada e empunhada por nós com vigor inconsciente através da função psíquica denominada *crença*. Fazendo referência ao escudo empunhado por Aquiles, tal como descrito por Homero na *Ilíada*, Fabio Herrmann (1998) utiliza esta imagem para descrever a convexidade externa do escudo como a realidade e a concavidade interna, solidária à face externa, como os limites da identidade, sendo as representações um elemento que nos define e protege do contágio com o real cuja multiplicidade completa não nos é acessível. De todo o real, tocamos aquilo que nosso escudo representacional abarca e conseguimos empunhar.

A ação estática do corpo corre em rigores intensos de um drama desesperador: como reencontrar e cuidar de um *eu*, uma função psíquica de autorrepresentação que se constitui pelo emprego mesmo dos recursos psíquicos (pensamento, fantasias, emoções, etc.), a partir de um corpo que afunda este

¹⁵ Além de sua importância funcional, pelo controle e acesso à motilidade, o Eu, diz-nos Freud (1923), “não é somente um ente de superfície: é, também, ele mesmo, a projeção de uma superfície” (p. 38), donde conclui que o eu consciente é, “sobretudo um Eu-Corpo” (p. 39).

mesmo *eu* por sua *pregnância* mutuamente constitutiva? Não há *eu* sem corpo. Não há produção de *eu* que não seja formação, constituição de um corpo representado, atravessado pela história do sujeito.

Criar um trabalho de acompanhamento terapêutico com tais pacientes, em uma clínica interdisciplinar, não seria apenas uma “interconsulta”, mas uma necessidade, como procurei apresentar em outra oportunidade (SANTOS, 2009). As práticas profissionais, dispendo-se à troca de ideias e comunicação entre pares igualmente envolvidos com a vida de seus pacientes, terminariam por produzir este efeito enunciado acima. Ao cuidar do corpo, recuperando os movimentos, a fisioterapia operaria na ordem psíquica, restituindo ao eu um reconhecimento outro do que aquele marcado pelo desespero inicial da doença. Ao cuidar da condição psíquica dos pacientes, este reconhecimento de um novo eu poderá ser matizado, evitando-se, por exemplo, os ataques superegoicos feitos às recentes conquistas fisioterápicas¹⁶. Ataques que têm uma forma que pode ser assim exemplificada: “mesmo movendo o braço agora, nunca será como antes. Então por que continuar?”. Cuidando-se de tais efeitos o corpo poderá continuar em tratamento físico. As duas práticas, cada uma ao seu modo, com seus métodos e técnicas, constituem ganhos favoráveis ao paciente, imbricando seus resultados na intervenção uma da outra. Como exemplo desta relação, podemos citar uma jovem paciente que adere mais à proposta de reabilitação após pedir ao seu *at* que a ajude a dizer às fisioterapeutas a necessidade que tem de calçar sapatos com salto alto. Para ela, uma mulher só é mulher se usar salto. Este pedido, que sua mãe considerava um capricho, e a desaconselhava a dizer na fisioterapia, enuncia um elemento de representação identitária. Acolher e cuidar de tal representação, compreendida em sua importância pela fisioterapia após nossa intervenção, modifica os protocolos de atendimento, tomando como prioridade esta necessidade da paciente. Feito isso, auxiliando o corpo a se reequilibrar na instabilidade do salto, dá-se um passo a mais em direção a um novo

¹⁶ No diálogo interdisciplinar há um cuidado com o uso de termos técnicos, não excetuando entendimentos equívocos de parte a outra. Os fisioterapeutas, professora e estagiários, quando nos passam os casos utilizam seus termos e os explicam a nós, pois não estamos familiarizados com hemiparesias, hemiplegias, traumatismos cranianos, etc. Tentamos fazer o mesmo, aproximando nossa linguagem o máximo possível para que os conceitos, e as teorias das quais fazem parte, possam ser assimiladas por pacientes e profissionais, quando é o caso. Desde a abordagem aos pacientes, oferecendo o AT, buscamos uma linguagem coloquial, deixando nossa clínica disponível para cuidar “da vida que tanto se modificou após a doença”. Esta simples frase é o suficiente para que os usuários do ambulatório sintam uma aproximação com suas dores, reconheçam sua existência e geralmente se disponham a ter atendimento.

reconhecimento psíquico. A feminilidade possível, na medida de pouco mais que um dedo de altura, é um “saltinho” na passagem do físico ao psíquico que, mutua e continuamente, se constituem.

Passar do “capricho” ao cuidado com a referência identitária, utilizando para isso um treino físico que a capacitasse a usar salto, teve pelo caminho uma escuta psicológica que reconheceu o valor daquela “simples vontade” e a cooperação respeitosa de uma equipe de fisioterapia flexível em suas intervenções, a partir do acolhimento ao valor de nossa indicação.

“O corpo de um grande bebê”. É assim que Jean-Dominique se sente quando o limpam, reviram, enxugam durante o banho. O que era simples torna-se tarefa para um aprendizado quase impossível: onde ficam, como acionar os comandos que orientam os lábios a se abrirem para beijar ou deglutir? O espelho que auxilia na repetição é o mesmo que revela uma boca torta renitente e imóvel. Enquanto o rosto é virado da esquerda para a direita, a memória move-se para longe do hospital e a boa vontade em dizer “isto, muito bem” dos profissionais, torna-se humilhação para quem se mede sob outros parâmetros.

Aqui temos uma delicada situação, pois estes “outros parâmetros” dizem respeito a duas referências distintas, mas associadas. A primeira indica a instância psíquica do Supra-Eu¹⁷, que mantém com o Eu uma relação de julgamento e censura, medindo-o para que venha a “corresponder a todas as expectativas que se tem em relação ao que há de mais elevado no homem” (FREUD, 1923, p. 46). Segundo Laplanche e Pontalis (2001), “seu papel é assimilável ao de um juiz ou de um censor relativamente ao ego. Freud vê na consciência moral, na auto-observação, na formação de ideias, funções do Superego” (p. 497).

A outra referência, a ser utilizada por este Supra-Eu de forma mais ou menos tirânica (segundo sua constituição pelos processos identificatórios), será a memória do corpo antes do adoecimento. O corpo funcional, saudável, perdido após o AVC, será tratado agora como um objeto a constituir o Ideal-do-Eu, tornando-se uma referência no julgamento das ações deste novo corpo, em reabilitação. Novamente segundo Laplanche e Pontalis (2001), o conceito de Ideal-do-Eu seria

¹⁷ Luiz Alerto Hanns (2007), nos comentários feitos à tradução direta do alemão, sugere o termo Supra-Eu em lugar do conhecido superego. Para ele, o original *Uber-Ich* envolve mais a dimensão de algo que está acima “um Eu que paira acima”, do que a ideia de um super, como elemento de poder, um “ego muito poderoso” (HANNIS, 2007, p. 25).

uma instância da personalidade resultante da convergência do narcisismo (idealização do ego) e das identificações com os pais, com os seus substitutos e com os ideais coletivos. Enquanto instância diferenciada, o ideal do ego constitui um modelo a que o sujeito procura conformar-se (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 222).

A humilhação não vem pela voz das fisioterapeutas, mas pelo senso crítico emitido pelo Supra-Eu, que adota o corpo saudável perdido com referência internalizada e objetalizada. Não é um corpo rememorado, é um corpo-objeto internalizado, a constituir o Ideal-de-Eu.

O que se tem é uma alteração do ideal-do-eu em seu modelo referente. Se antes tínhamos, por exemplo, os valores culturais a definirem um corpo tão almejado quanto inacessível, agora esta referência será substituída pelo corpo “de gestos perfeitos” de antes. Agora este corpo de referência será descrito no passado como próprio – mas perdido. Quer-se voltar a andar perfeitamente, como antes. Costurar, trabalhar, tudo *perfeitamente* como antes. Esquecendo-se dos limites que mesmo antes eles podiam experimentar, agora a instância superegoica produz uma referência igualmente inacessível e obsediante, pois “como antes” eles provavelmente não se locomoverão mais. Há outra medida possível para se assumir? Às vezes, em nosso trabalho, este é o maior desafio: constituir novas referências para a medida do possível que a cada dia se tenta ampliar. Sob os rigores superegoicos severos, o corpo perfeito de outrora, o corpo perdido, tais limites tornam-se curtos. O possível será restrito.

Marion Minerbo (2008), no artigo “Freud e a Teoria dos Campos”, comenta uma vinheta clínica de Freud e diz que o trabalho analítico incide sobre os efeitos redutores de um “eu-oficial” que organiza-se como um “vasto conjunto afetivo-representacional” que se toma como toda a identidade do sujeito, excluindo e proscrevendo os demais *eus* para a “periferia” do psiquismo, tornando-os inconscientes. O efeito terapêutico do método interpretativo da psicanálise proveria da “ampliação do núcleo identitário, dominado por um ou dois *eus oficiais* que repetem sempre o mesmo repertório psíquico” (MINERBO, 2008, p. 305-307, *itálicos da autora*).

Trabalhando-se psicológica e fisicamente, este possível será a cada sessão outro, mas sempre um novo *possível* a cada dia. Não somos capazes de mais do que isso. E reconhecer que mesmo antes havia limites é um bom começo para se reconhecer os novos limites. Nem tudo era possível ao corpo idealizado do passado, mas matizar tal ideia será resultado de um trabalho psicológico feito no cotidiano, pois é ali, quando se tem uma rua para atravessar, onde tais questões ganham maior dramaticidade. Antes

era fácil, com certeza. Antes se tropeçava também, com certeza. Entre duas certezas, uma dúvida pode ser útil: e hoje, como será? E no próximo mês, como seria? Às certezas desalentadas da desesperança, típicas do início do tratamento, tentamos criar dúvidas que permitam algum movimento. Neste domínio inúmeras atitudes são comuns aos alunos-acompanhantes. Há aqueles que querem organizar tarefas e desafios físicos aos pacientes, assumindo as vezes de um incentivador contínuo, e outros que se assustam com limites até então inimagináveis. Entre uma disposição maníaca em negar a dor psíquica e uma entrada no desânimo de só reconhecer os limites físicos, há de se construir uma disposição em encontrar uma pessoa, antes de mais nada. Para isso o próximo item é fundamental para instruir os novos acompanhantes.

“Agarre-se à sua humanidade”. A segunda visita recebida por nosso personagem é de Pierre Roussin. A princípio sequer Jean-Dominique lembra-se dele. A memória é facilitada pelo tema que o leva ali. O visitante sentira-se impelido a ir compartilhar com Jean-Do a experiência vivida durante os quatro anos em que fora mantido preso durante um sequestro. Ligados inicialmente por um acaso, a vida daqueles dois homens esbarrava-se novamente. Ele vai compartilhar sua experiência por acreditar que não há muita diferença entre o sequestro que sofreu e a vida atual de Jean-Dominique, pois os dois foram tomados como reféns por forças contrárias às suas vontades, das quais não podiam se libertar voluntariamente.

Encerrado em seu cárcere por mais de quatro anos, fechado em sua “tumba”, Pierre exercia um ato no qual se reconhecia: revisitava diariamente seu conhecimento sobre vinhos, recitando a classificação dos Bordeaux de 1855! Realizar esse *recital do eu* através de suas lembranças, constituía não somente um escape daquela condição de cárcere, mas uma manutenção reparadora de sua identidade por meio de um de seus principais elementos constitutivos e defensivos: suas representações.

Cuidadoso, ávido por retribuir a boa vontade anterior de Jean-Dominique para com ele, Pierre vai até lá para oferecer-lhe uma sugestão: “agarre-se à sua humanidade e sobreviverá!”.

Fabio Herrmann (1998) defende a hipótese de que nosso psiquismo faz uso das representações como recurso capaz de criar “uma pausa” capaz de proteger o homem da experiência de “contágio” com os demais, o que levaria a uma dissolução da identidade. Em determinados momentos todos nós interromperíamos nossa “mistura” com o mundo, repetindo este “recital do eu” com o qual nos identificamos e que, por isso mesmo, refaz nossa identidade.

Neste ponto temos um dos mais importantes elementos de trabalho na constituição de nossa clínica. É aqui que a escuta, como uma propriedade dos *ats* imbuídos da disposição psicanalítica, faz-se necessária. É neste ponto que a ida de um acompanhante à casa dos seus pacientes deixa de ser “uma visita” – que é como os alunos definem os primeiros encontros – para se tornar um atendimento de cunho psicológico. Muitas vezes, é pela disposição em ouvir e estar com o outro realizando esta clínica, seja em casa ou caminhando por uma praça, que o acompanhante poderá reter “a humanidade” de cada paciente, que se materializa não em grandes, mas geralmente em pequenos e significativos feitos. Um gosto, uma história, uma lembrança, uma mágoa, um sonho, escutamos pequenos índices reveladores de com quem estamos e o que esta pessoa perdeu, ou imaginou ter perdido, em função da patologia física. Para que ele se agarre, muitas vezes somos nós quem primeiro deve identificar esta “humanidade”, apresentando-a com interpretações, se necessário, mas principalmente com o vigor sutil do vínculo transferencial que traz à tona estes mesmos índices vivos de humanidade, que agora se tornam compartilhados. Dispor-se a escutar é dar a chance para que o outro revise seus outros *eus* (MINERBO, 2008), aqueles às vezes não considerados pelos familiares, mas que estão lá e requerem acolhida. Conseguir realizar tal acolhida se dá por uma disposição que Figueiredo (2008), ao retomar em Freud os parâmetros técnicos da psicanálise, sintetiza nomeando-a como uma “presença reservada”. Diz-nos o autor:

Cremos que se abre o espaço para uma forma muito especial de *presença*: trata-se de uma presença que comporta uma certa *ausência*, uma ausência convidativa, um convite, no caso, que se constitui como *disponibilidade* e *confiabilidade*. Trata-se de *uma presença reservada* (FIGUEIREDO, 2008, p. 24, itálicos do autor).

A primeira vontade: *Je veux mourir*. Eu quero morrer. Ao encontrar suporte nas letras soletradas por Henriette, Jean-Dominique enuncia sua vontade de morrer. A dificuldade desta cena está em acompanhar o drama vivido pela fonoaudióloga que inventou um procedimento para materializar os pensamentos de nosso escafandrista, mas não estava preparada para lidar com o seu conteúdo. “Empenhada em ter sucesso” com o caso mais difícil que já lhe confiaram naquele hospital, ocupada emocionalmente com a vida daquele paciente ilustre, era-lhe “grosseira e obscena” a vontade de morrer. Quem agora lhe dava palavras, recusava-se a ouvi-las, incapaz que era de oferecer uma escuta adequada. É neste ponto que se torna mais clara a necessidade da presença de um psicólogo atuando junto àquele caso e, penso eu, em vários outros nos quais prioritariamente apresentam-se

as demandas físicas. No filme, assim como no livro, não é descrito, mas apenas citado que houve um trabalho psicológico oferecido a Jean-Dominique, mas não temos detalhes para avaliar seu teor.

Em outro encontro, após desculpar-se por sua reação intempestiva, Henriette recupera o fôlego para continuar o atendimento, recebendo um “obrigado” por parte de Jean-Do. Forma-se uma dupla de trabalho que já se encontra fora do quarto, treinando o alfabeto soletrado que o ajudará em uma mudança de posição subjetiva.

O jornalista, o redator-chefe, dá-se conta de que sua memória e imaginação não estão paralisadas, podendo com elas construir uma ligação com o mundo sem as marcas da autopiedade e distanciamento. O filme é literal: surgem imagens de borboletas emergindo de seus casulos, abrindo as asas em um universo que agora reconhecemos aéreo. Do escafandro, através do vínculo que resgata a potência constitutiva-representacional das palavras, surgem lembranças do rei Midas, de uma praia distante, do beijo em várias mulheres, com isso emergindo um novo *eu* a partir dos recursos com os quais aquele homem se define, se reconhece. Não esqueçamos, Jean-Dominique é um homem das letras e, novamente, pelo vínculo, *suas* letras ganham vigor reconstitutivo por acolherem e recriarem uma nova voz a ele. A borboleta toma forma e vemos seu voo no ambiente colorido das flores e também nas memórias de um homem orgulhoso de sua história. “Este sou eu”, diz, e vemos as imagens: um homem junto àqueles que acompanham e testemunham sua vida, tal como agora, ainda que o número destas pessoas tenha se reduzido e restringido basicamente à equipe de profissionais que cuidam dele.

É desta restrição inicial, daqueles que cuidam dele, que são construídas as possibilidades para que Jean-Dominique retome projetos anteriores, adaptando-os a suas novas condições e interesses. O homem de letras, que planejava reescrever o *Conde de Monte Cristo*, contata através da fonaudióloga sua editora. O interesse por escrever um livro mantém-se, mas precisa de recursos diferenciados para ser realizado. Sua voz, composta lentamente a partir do ditado de um outro, vai narrar as aventuras de um novo personagem. O desejo, plástico como é, escolhe um novo objeto, de Dumas a ele próprio. Surge um novo herói cujos “dramas imóveis” comporão a narrativa inédita de um paciente com “síndrome do encarceramento”.

Vemos nesta descrição uma importante movimentação psíquica: o trabalho de luto. Relembremos algumas passagens de “Luto e melancolia”, para compreendermos melhor este momento. Freud (1917/2011) define o luto como

[...] a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal etc. [daí decorrendo um] estado de ânimo doloroso, a perda de interesse pelo mundo externo – na medida em que este não faz lembrar o morto –, a perda da capacidade de escolher um novo objeto de amor

– em substituição ao pranteado – e o afastamento de toda e qualquer atividade que não tiver relação com a memória do morto (FREUD, 1917/2011, p. 47).

No caso do nosso paciente, a perda sentida dirige-se tanto às capacidades físicas anteriores, quanto à representação a elas ligada: o reconhecimento da própria identidade. Quem sou eu se não posso sequer falar?

Em função da perda sofrida, Jean-Dominique não pode sequer tentar o novo letramento proposto pela fonoaudióloga, pois não é que tal atividade o colocaria em contato novamente com sua condição anterior. Ao contrário, tentar falar pelo recurso das piscadelas só o afasta do objeto perdido: a fala automática, vocalizada. Daí ter sido tão difícil as primeiras tentativas. Ele ainda não estava pronto para abrir mão de sua perda.

A superação da condição enlutada viria com a exigência feita pela realidade de que a libido seja retirada das antigas relações com o objeto perdido – o que não é feito sem uma demanda de tempo e sofrimento, afinal, não “o homem não abandona de bom grado uma posição da libido, mesmo quando um substituto já se lhe acena” (p. 49). Sendo vencedor o apelo da realidade, paulatinamente e com grande dispêndio de energia, ocorre um desligamento da libido do objeto perdido, ficando o ego “novamente livre e desinibido” (p. 51), tal como vimos ocorrer com Jean-Dominique. Ele desliga-se do ressentimento vitimizador da perda de suas capacidades físicas, reinveste libidinalmente o ego e religa-se a novos objetos, passando à constituição de uma linguagem própria capaz de enunciar sua história. Ele está pronto para um outro trabalho, após concluir o de luto.

O receio inicial da fonoaudióloga, quanto à vontade do paciente morrer, só deveria ganhar maior força se o mecanismo descoberto pelo estudo da melancolia tivesse se realizado, qual seja: se o ego estivesse identificado com o objeto perdido e se o investimento antes direcionado a ela retornasse para o próprio ego, agora visto como um objeto, para o qual a hostilidade sádica se voltará. Nos termos freudianos:

Agora a análise da melancolia nos ensina que o ego só pode matar a si próprio se puder, por meio do retorno do investimento de objeto, tratar-se como um objeto, se puder dirigir contra si a hostilidade que vale para o objeto e que representa a reação primordial do ego contra os objetos do mundo externo (FREUD, 1917/2011, p. 69).

Diz a fonoaudióloga à editora: “asseguro-lhe que ele está em condições de realizar este projeto”, basta que se criem recursos adaptados para isso, afinal ele se exprime “de uma certa maneira”. Um

vínculo novo deveria ser formado para que as condições de trabalho fossem dadas àquele homem. Alguém paciente, com tempo de sobra, diz ela, seria imprescindível. Alguém capaz de se adaptar e entrar no ritmo de trabalho de Jean-Dominique. Um analista? Um acompanhante terapêutico? Sim. Não. Uma nova personagem ganha cena: Claude Mendibil.

Inicialmente, o olhar desta espécie de secretária é de incredulidade, até tomar a forma de uma surpresa quando ela acompanha pela primeira vez o ritmo de comunicação conseguido por Henriette e Jean-Do. Vemos no olhar do escritor uma disposição e uma confiança até então inexistentes. Ele marca para a manhã seguinte o início daquele trabalho, cuja rotina seria: após ser despertado às cinco da manhã pelas enfermeiras, ele pensaria no texto a ser ditado até as 8 horas, quando Claude poderia chegar para recolher sua narrativa. Diz ele que revisava mentalmente e de modo exaustivo sua produção antes de ditá-la, excluindo qualquer palavra desnecessária e compondo sem tempo para dúvidas o que deveria ser transmitido lentamente pela escolha de letra por letra. Vê-los trabalhar, acompanhados no filme pelo ritmo doce e lento de um piano, fornece imagens novas: é Jean-Dominique quem descreve sua vida cotidiana, que inclui o mergulhador das profundezas. No entanto, agora, não há somente um traje pesado e um rosto gritando atrás da máscara, mas um escafandrista em águas mais claras, tendo atrás de si um tubo que o liga à superfície da experiência compartilhada, de onde vem um oxigênio que permite respirar, criar, trabalhar. Claude Mandibil é este tubo e por ele corre o ar das palavras, levando e trazendo consigo novas paisagens, novas disposições de ânimo, de alma.

É por meio de tal ar que novas imagens autorrepresentadoras surgem: ele, em uma cadeira de rodas, sozinho, contempla o mar revolto ao seu redor, revelando a história do hospital marítimo em que se encontra. De escafandrista a náufrago temos certo deslocamento e é desta condição que passa a enviar-nos suas “notas de uma viagem imóvel nas margens da solidão”. De hospital destinado a receber crianças tuberculosas, agora Berk-sur-mer recebe “um batalhão de pessoas emudecidas e rígidas”, em torno das quais ele e Claude circulam com uma potência narrativa que confere ao olho aberto de Jean-Do uma capacidade descritiva original e sensível.

Do olhar deste homem de letras e imagens, contemplamos a descrição poética de um hospital que tem em seu horizonte o mar e uma cidade de poucos habitantes. Da solidão emergem sinais que nos conduzem rumo ao terreno inóspito e desconhecido da patologia neurológica, com seus rigores e limites às vezes intransponíveis. Essa ampliação de limites através da escrita ocorre justamente quando vemos a presença desta nova dupla percorrendo espaços inéditos durante a realização de seu trabalho. As letras correm no ar livre do que aquele vínculo comporta, e a escolha por conversarem fora do hospital enriquece a narrativa com imagens capazes de dar ao nosso escritor

elementos não só do espaço em que está, mas também de sua paisagem emocional, capaz de reconhecer um farol litorâneo como um “grande símbolo fraternal” a velar por todos ali, não só os marinheiros, mas também os doentes postos “nos confins da vida”.

Após cinco horas de trabalho é-lhe repetido seu texto, cujo valor ele o mede segundo suas referências identitárias, moldadas por uma crítica superegoica clara, mas não severa a ponto de impedi-lo de continuar. Ao contrário, ao saber-se inferior a Balzac, reencontra a necessidade da literatura em sua vida, orientando aos seus cuidadores, aos seus visitantes, que leiam para ele. O conselho de Pierre Roussin parece ter dado certo. Acompanhado, cuidado, Jean-Do agarra-se à sua humanidade, passando a reconhecer, a realizar e a demandar necessidades outras, particulares. Pedir que leiam para ele revela que tanto quanto de fisioterapia para os músculos faciais, também seus músculos literários precisam ser estimulados! Ele é isto. Também.

O enigma reside nisto: meu corpo é ao mesmo tempo vidente e visível. (...) Ele se vê vidente, toca-se tateante, é visível e sensível por si mesmo. É um si, não por transparência, como o pensamento, (...) mas um si por confusão, por narcisismo, por inerência daquele que vê naquilo que ele vê, daquele que toca naquilo que ele toca, do senciante no sentido (MERLEAU-PONTY, 1984,p. 88-89).

Em “O olho e o espírito”, a mão que se toca e se reconhece na reciprocidade senciante e sensível de Merleau-Ponty (1984), adquire agora um novo sentido: nosso psiquismo, ao manipular o mundo de suas representações, compondo um texto escrito ou uma imagem associativa, faz-se percebido, reconhece-se enquanto cria o que será compartilhado em análise. O psiquismo se reconhece enquanto se produz em fala, em atos analíticos e fisioterápicos – pois esta interdisciplinaridade nos toca aqui. Pela inerência, pelo “recruzamento” (MERLEAU-PONTY, 1984, p. 89), que cria a “unidade dos sentidos”, podemos pensar que um exercício de reabilitação pode ser considerado agora como capaz de estabelecer uma rede múltipla de significações com o próprio corpo, tomado em sua potência como “forma originária e primeira de conhecimento” (CARMO, 2004, p. 41). Esta ideia nos permite reconhecer a ambiguidade corpórea como ferramenta terapêutica operada de diferentes modos por cada mão que a estimula. O fisioterapeuta, ao manipular o corpo, dá margem a diálogos do sujeito consigo mesmo, imaginando-se deste e de outro modo ao fim e ao meio dos exercícios, oscilando do passado idealizado ao futuro impreciso mas, quiçá, esperançoso. Também o acompanhante terapêutico, ao manipular (pelo convite transferencial) as paisagens concretas e imaginárias do paciente, está auxiliando na constituição de um novo corpo presente e virtual do sujeito com quem dialoga e caminha, por exemplo. Narrar-se é descobrir-se pelo reconhecimento daquilo que somos nós mesmos, mas já o tínhamos

esquecido, seja pelas brumas claras da memória ou pelo fechamento de processos psíquicos mais espessos, como o recalque, por exemplo, esta força capaz de expulsar do reconhecimento egoico ideias que lhe sejam incompatíveis e causem desprazer, Freud (1895) “Estudos sobre histeria”. Se as histéricas sofrem de reminiscências, a cura pela palavra lhes provê, junto à recordação do fato traumático, também novos recursos capazes de superar as dissociações psíquicas responsáveis pelas conversões corporais, conferindo novos destinos aos impulsos recalcados. Esta cura de nosso esquecimento, esta superação de um corpo que padece em função dos limites psíquicos, apresenta este entrecruzamento de que nos fala Merleau-Ponty (1984), permitindo a compreensão de que vencer barreiras psíquicas defensivas leva o paciente ao trabalho de tocar-se, representar-se, resistir, fazer-se em atos *falhos e certos* que têm idêntico valor: estamos sempre a descobrir-nos, enquanto nos fazemos representados, o que leva a uma ampliação de nossos recursos. Nos exercícios físicos, esticar um braço, ter o corpo manipulado, constitui também um diálogo que pode ter na escuta analítica uma oportunidade futura para reconhecer o que de outro, de medo, de angústia, de fantasias, de dor, há no músculo que não se move ou na perna que dá sinais de melhora. Melhora do quê? Do movimento, do ânimo, da vontade, da confiança no trabalho? Há, em todos os gestos feitos durante esta clínica multidisciplinar de recuperação, todo um rio silencioso de fantasias que pode ser escutado, se nos dispusermos a isto. Neste trabalho, em que de outro em outro, de corpo a fala, de fala a gesto temos a reversibilidade inerente à existência humana, fazemo-nos unos com partes de nós mesmos até então dispersadas de nosso psiquismo pela ação de circuitos defensivos que podem ter caráter neurótico ou não-neurótico¹⁸, mas que impedem nosso crescimento psíquico. Convém lembrar que a unicidade citada não é a de uma integração totalizadora do psiquismo ou do corpo, mas antes resguarda a conveniência da ideia do que se une para formar isto: a verdade de uma unidade corpo-psíquica nova *a cada sessão*, seja ela de fisioterapia, AT ou análise. Cura-se o esquecimento pelo método mesmo de pacientemente se lembrar de que mais há no drama relembrado/reescrito de nossa vida psíquica-corporal cotidiana. Esta história que se

¹⁸ Utilizo aqui a distinção psicopatológica sugerida por Minerbo (2009) entre neurose e não-neurose, explicitando diferentes formas de constituição do eu e distintos recursos defensivos que são para esta autora os fatores clínicos que mais diferenciam estas duas formas de organização psíquica. Na neurose a angústia de castração pode ser simbolizada como inerente à condição humana, tendo no recalque a principal defesa capaz de separar o afeto de sua representação. Na não-neurose a angústia de castração não é simbolizada e tolerada, mas toma forma como angústia de aniquilamento e de fragmentação, dando origem a outros processos defensivos tais como cisão, identificação projetiva patológica, negação, idealização de objeto, reparação maníaca e recusa.

forma, na análise, entrelaça necessariamente a história de vida de nosso paciente, sob a conhecida forma teórica da “neurose de transferência”. Isto pode ser visto em “Recordar, repetir e elaborar”, onde lemos que pela transferência “se cria uma zona intermediária entre a doença e a vida, através da qual se efetua a transição de uma para a outra” (FREUD, 1914/2010, p. 206). Há uma outra reversibilidade necessária aqui: enquanto constituem-se constantemente as duplas de trabalho, constitui-se também uma nova história de vida do paciente, tendo na transferência o elemento de ligação entre uma e outra (análise e vida), conferindo densidade emocional àquilo que se diz, se revive, se exercita.

Lembranças do pai. Reencontro com os filhos. Ao lembrar-se de seu pai e do carinho recebido no dia em que barbeou esse senhor de 92 anos, Jean-Dominique recobra a falta que lhe faz o vínculo com seus filhos. Com certo drama e humor, é no Dia dos Pais que Théophile, Celeste e Hortense encontram Jean-Do sentado em sua cadeira na praia de Berck. Levados pela mãe, tentam criar um convívio que resgate a história daquela família, sob o olhar assustado de nosso escritor a considerar que mesmo “a caricatura ou pitada de pai” ainda seja um pai. Neste encontro delicado, vemos o choro discreto do filho mais velho, a alegria infantil das filhas e a autoridade adquirida por Céline após o AVC. Com o livro de visitas nas mãos, ela pode inquirir se a amante veio visitá-lo, constatando ela mesma a resposta que gostaria de ouvir. Se antes Jean-Do decidiu partir, deixando a esposa Céline, agora sua posição não lhe garante tanta autonomia, especialmente pela distância mantida por Inés, a amante, ao saber da presença da família ao lado dele. O adoecimento, com seu quê regressivo, a objetificação, a passividade e o reconhecimento social do valor das relações estabelecidas fazem da permanência em Berck um assujeitamento às vontades familiares.

Esta é uma situação bastante comum no trabalho desenvolvido com os pacientes neurológicos. O lugar paterno, materno, filial, profissional, e quaisquer outros antes estabelecidos perdem sua prevalência em face à condição de paciente. Muitas vezes objetificado nos tratamentos médicos, que veem apenas o membro a ser reestabelecido, esquecendo-se do sujeito ali envolvido, também a família modifica sua relação com o seu membro adoecido. Uso as mesmas palavras com o propósito de apresentar que objetifica-se o paciente, tratando somente as necessidades do órgão deficitário, talvez para não lidar com o sofrimento de uma parte de si ter sido tão repentinamente “perdida”. É mais fácil cuidar das dores de um braço do que da dor de quase se ter perdido um pai, um irmão, uma mãe. Mas, ao deslocar tanto esta dor, acaba-se por perder a *função* que aquela pessoa

exercia antes. Vai-se o respeito e o cuidado para com o pai, ficam os cuidados físicos para com seus membros. E a pessoa adoecida na família silencia-se, geralmente, perdendo sua função e falando apenas enquanto dor e necessidade físicas. O *at*, nesta clínica, diferentemente do que é próprio na clínica das psicoses, não tem diante de si um sintoma cuja história pode reconhecer como longa e própria àquele grupo familiar¹⁹ (AULAGNIER, 1990). Com pacientes neurológicos a objetificação e destituição psíquica do sujeito adoecido é um sintoma “adquirido” recentemente e é útil como forma de lidar com a dor presente em tais casos e suas consequências de longa duração. Obviamente que as antigas relações afetivas daquele grupo terminam por dar formas específicas à objetificação de que tratamos, mas não queremos perder de vista o caráter às vezes inédito de tal modo de vínculo. Em algumas situações, a família também precisará ser objeto de algum tipo de intervenção, visando cuidar desta destituição padecida pelo paciente. A esse respeito, o caso Paula, adiante, nos dará uma ideia mais clara.

No filme, o diálogo não repete letra por letra a escolha que as piscadelas indicam. O tempo se acelera, as frases são formadas em uma velocidade maior do que quando se utiliza aquela linguagem alternativa. Exercitando o que é possível, surge uma brincadeira entre pai e filhos: força. Mesmo sob o reconhecimento triste dos limites de sua experiência paterna, por ser incapaz de tocar nos seus filhos, abriu-se a via lúdica naquele encontro familiar, dando chances para que ele pudesse reconhecer que “mesmo como um zumbi” ainda era o pai daquelas crianças.

Este ponto remete a uma importante questão junto aos alunos – transmitir a ideia winnicottiana de que, em algumas situações, o primeiro trabalho psicanalítico com certos pacientes é recuperar a capacidade deles em brincar. Diz-nos Winnicott, em seu texto “O brincar – uma exposição teórica”:

A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica da pessoa e a experiência de controle de objetos reais. (...) Quando um paciente não pode brincar, o psicoterapeuta tem de atender a esse sintoma principal, antes de interpretar fragmentos de conduta (WINNICOTT, 1975b, p. 71)

²⁰

¹⁹ Para Piera Aulagnier, no artigo “O conflito psicótico” (1990), a constituição de um sujeito tem origem desde a relação da mãe com o “corpo imaginado” do bebê antes mesmo de seu nascimento. No caso da psicose, esta relação assume outra forma, sendo o bebê não um corpo completo e imaginado, investido libidinalmente, mas um “órgão acrescentado”, um “objeto orgânico” carregado pela mãe que passa a investir narcisicamente sua “produção endógena, como algo que vem acrescentar-se ao corpo próprio” (AULAGNIER, 1990, p. 18).

²⁰ Vale lembrar, no mesmo texto, a consideração de que para Winnicott (1975a), Freud inventou a forma mais sofisticada de brincar do século XX: a psicanálise.

Com essa proposta, esse autor ressalta a realização psíquica desempenhada no ato de brincar, em que há uma comunicação estabelecida com o outro, criando uma experiência compartilhada em torno de um objeto que se faz ao mesmo tempo objetivo e subjetivo entre aqueles que brincam. Esta capacidade de comunicação e criação conjunta seria um princípio elementar para a possibilidade de se realizar um trabalho psicanalítico de qualquer ordem e com quaisquer pacientes, sejam adultos ou crianças. Na brincadeira se estabeleceria uma “experiência ilusória” (WINNICOTT, 1975a) necessária para a participação cultural e o pertencimento aos grupos, criando ainda recursos para que a subjetividade se expresse na manipulação dos objetos disponíveis, sejam estes uma palavra do terapeuta ou um baralho com que se pode jogar²¹. Se lembrarmos o artigo de Winograd; Sollero-de-Campos e Drummond (2008), ao qual nos referimos anteriormente, poderíamos dizer que pelo brincar se recuperaria o sentido de “reciprocidade” social afetado pela doença neurológica?

Transmitir esta ideia é uma tarefa teórica complexa, exigindo ainda uma disposição dos alunos em experimentá-la em sua atividade clínica, isto é, reconhecendo como um trabalho psicológico poder brincar com pacientes e familiares quando isto se mostrar adequado e possível naquele encontro. Romera (comunicação pessoal), apresenta a ideia de que “para ela, brincar seria quase uma imposição diante da impossibilidade vivida pelos pacientes”²². Um exemplo desta prática foi o atendimento do Sr. Pedro que, junto à aluna Carla, começou a reunir as pedras de dominó, deixando para trás três anos de sono e paralisia após o AVC. Do silêncio no quarto, da cama feita de clausura e desistência, ressurgiu o gosto rememorado por aquele jogo deixado de lado. Inicialmente com a *at*, depois com a neta, o jogo reabre a memória e o interesse por visitar a antiga praça onde os amigos aposentados se encontravam diariamente para as partidas de dominó. Os anos passados e a idade avançada levaram os companheiros para outros destinos, deixando a praça ocupada por desconhecidos que não se mostraram receptivos. Da frustração passou-se a uma busca pelo próprio quintal.

²¹ Ao descrever os objetos e fenômenos transicionais, Winnicott (1975b, p. 15, grifos retirados) diz que está estudando “a substância da ilusão”, aquilo que é permitido aos bebês, é próprio à experiência adulta no contato com a arte e a religião e constituiria a base de formação dos grupos em torno de suas experiências ilusórias similares.

²² Comentário feito durante o exame de qualificação, relativo ao percurso desta investigação de doutorado e realizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em 13/08/12.

Ali, o lúdico teve lugar. Deste início, até saídas outras, um bom trabalho foi realizado, tendo sempre no quintal o porto seguro onde ele podia se reencontrar mediado pela acompanhante e pelas pedras de comunicação que se juntavam para haver jogo. Palombini²³ (comunicação pessoal) compartilhou o modo como passou a lidar com esta mesma dificuldade, a de ajudar os alunos a compreender a importância do brincar em sua atividade como *ats*. Uma de suas alunas havia feito um curso de *clown* e se ofereceu para dar uma pequena demonstração aos colegas. Desta abertura esporádica, surgiu um conteúdo a ser oferecido nas demais turmas de estagiários: a experiência lúdica do *clown* passou a compor a formação dos alunos de AT na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A transferência amorosa. Como sabemos, criar e ser suporte de uma narrativa que compõe-se pelo vínculo conosco, é um fator aglutinador de várias experiências emocionais. Em pequenos sinais reconhecemos que este endereçamento dos pacientes a nós não nos poupa de sermos incluídos em algumas das produções psíquicas engendradas.

A questão é não nos acreditarmos tão importantes, preveniu Freud em “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise” (1912/2010), confundindo transferência com realidade, pois, ao fazermos isso, perde-se uma boa oportunidade de trabalho com o material assim comunicado-experenciado. É assim que entendemos os olhos cerrados de Jean-Do, deixando vagar fantasias amorosas nas quais Claude é posta representando um novo papel. A refeição devaneada realiza-se em um bom restaurante. Os pratos convêm à matéria transferencial em voga: o desejo sexual. Ostras e frutos do mar são servidos para Jean-Dominique, mas ele chama Claude para sentar-se ao seu lado, colocando-lhe na boca camarões mergulhados em molhos de excitação, até tomar forma o que já reconhecemos logo de início: o apaixonamento transferencial por sua secretária (que tomamos como analista).

Este fato, diz-nos Freud (1915/2010), em seu trabalho “Observações sobre o amor de transferência”, não deve assustar-nos, analistas, pois saberíamos que nosso trabalho envolve “as energias mais explosivas e que necessita da cautela e escrupulosidade de um químico” (p. 227). Compete-nos, em tais situações, assumir uma postura não encontrada na vida comum, a de, ao mesmo tempo,

[...] não nos afastarmos da transferência amorosa, não afugentá-la ou estragá-la para a paciente; e também abster-nos, de modo igualmente firme, de corresponder a ela. Conservamos a transferência amorosa, mas a tratamos como algo irreal, como uma situação a ser atravessada na terapia (FREUD, 1915/2010, p. 220).

²³ Comentário feito durante o exame de qualificação, relativo ao percurso desta investigação de doutorado e realizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em 13/08/12.

Ocorrer tal apaixonamento não era de se assustar, uma vez que a sexualidade humana, tal com a entende a psicanálise, tem formas de satisfazer-se para além do ato genital, e faz da palavra um de seus meios mais significativos de realização e despertamento. Ao cuidar, ao escutar, ao oferecer-se como suporte das narrativas de Jean-Dominique, por aquele efeito já citado de unicidade formada ao reconhecer-se outro através do vínculo e da fala, Claude Mendibil não tem como evitar ser posta em lugares psíquicos também outros, uma vez que tais posições foram despertadas justamente por seu trabalho. Sabedores de que não somente o amor é uma posição visitada, esteja claro, é esta uma experiência emocional pertinente ao vínculo terapêutico, e dela dão testemunho todos os que já se aventuraram na tarefa de silenciar-se, abrindo-se para receber de forma afetiva e inteligente o que o outro tem a transferir, digo, a reviver, digo, a dizer, digo, a integrar, digo... que transferência é então uma forma de reviver e integrar aspectos de nossa vida psíquica através da fala escutada psicanaliticamente.

Da abertura a este dizer-se infundável o mais acontece: a recuperação de um nome. No devaneio cinematográfico, aqui encarado como recurso revelador das fantasias sexuais de Jean-Dominique (recuperadas pelo suporte necessário de Claude), surge uma declaração de amor inusitada. Após colocarem na boca um do outro iguarias afrodisíacas, o beijo toma forma e a paixão é assim dita por ela: “é como se tivesse escutado ontem seu nome pela primeira vez”. Aqui, o amor enuncia-se pelo reconhecimento de um nome, o nome próprio, que foi escutado por Claude, não há dúvida, mas não no dia anterior, mas no efeito gerado por sua contínua presença junto a Jean-Do.

Ao trabalhar com ele, tornando-se suporte da transferência, ela é posta na fantasia do escritor a enunciar a forma do amor: reconhecer-se, saber-se quem é. E este saber é dito, em fato subjetivo, não por Claude, mas pelo próprio Jean-Dominique que devaneia, sendo Claude uma representação deslocada dele mesmo. O que temos não é a precariedade de um enamoramento de tipo narcísico. É a complexidade de um autorreconhecimento que passa pela paixão transferencial para tomar forma, recuperando para o *eu* uma dimensão de experiência cindida após o AVC. O homem Jean-Dominique recupera-se ao encontrar alguém capaz de ouvir seu nome dito de diversas formas. Escutando seus relatos de pai, de paciente, de redator chefe, de filho etc., inúmeras posições representacionais emergem, ultrapassando a estreiteza do escafandrista, cuja pregnância emocional carregava todas as outras facetas possíveis do *eu* para o fundo da solidão desesperançada.

Equívoca e viva pela emoção (HERRMANN, F., 1991), a palavra transferencial confere ao nosso personagem a possibilidade de encontrar-se diverso. Nas palavras do autor temos:

Para o psicanalista, que presta atenção à fantasia, o material do paciente aparece na forma de uma equívoca rede de significados possíveis, apenas ao visível ao preço de pôr de parte a convenção redutora, campo da conversa cotidiana, esta

sim, reino do sentido único, que tenta esquivar-se ao equívoco (HERRMANN, 1991, p. 80).

Neste encontro pelo equívoco, o editor da revista ELLE, ouvindo agora de si mesmo, deslocado, seu nome recém-enunciado: Jean-Dominique, o homem. Claude não apaixona-se por ele mas, na transferência, permite que ele reconheça-se sexualizado, apaixonado, apaixonante e o que mais a imaginação de cada um puder agora posicionar no reconhecimento da sexualidade que toma forma por estas palavras. Se Jean-Do de fato enamora-se por Claude é questão de menor importância, pois ao escutar seu nome restituído em potência sexual, o privilégio da paixão passará por quem o escuta, mas não se restringirá a ela. Ele ainda falará com Inés, mas por ora, deixemos os dois juntos no restaurante fantasiado, concedendo-nos a oportunidade de ver a ilustração de um vínculo transferencial a pleno efeito.

A meu ver, a transferência constitui-se como uma das ideias cuja relação com a experiência de atendimento é das mais difíceis de transmitir aos estudantes, merecendo um aprofundamento futuro em nossa pesquisa. Talvez no AT seja ainda mais tumultuado o reconhecimento prático da transferência, pois os alunos se veem mais expostos como pessoas nessa prática do que no consultório. Eles têm uma dúvida: será que o modo como são tratados pelos pacientes é resultado da transferência ou é apenas parte do cotidiano daquela família com quem passam a conviver enquanto trabalham? Reconhecer as falas, a mesa posta ou tirada, os gestos, as sugestões do paciente para as saídas, etc., como sendo fruto do campo transferencial esbarra na dúvida de que talvez aquilo tudo seja assim mesmo, uma característica do paciente e sua família antes mesmo deles entrarem em suas casas para acompanhar.

Pela possibilidade que temos de organizar nosso consultório, que os estagiários experimentaram e têm exemplos durante a graduação, e pela postura de reserva que assumimos nesse espaço, a transferência pode mais facilmente ser reconhecida ali. Expostos no cotidiano, obrigados a se posicionar “em certa medida” como “pessoas reais”, aceitando ou recusando um café, por exemplo, torna-se difícil delimitar a natureza transferencial das experiências vividas durante o trabalho em AT.

Vale a ressalva de que mesmo no *setting* tradicional há artigos que apontam a modificação no uso técnico da reserva analítica. Roosevelt Cassorla (1998) adverte para o uso criterioso da reserva analítica, sugerindo que certos pacientes

requerem em alguma medida que o analista se posicione como “pessoa real” para assim prosseguir com o atendimento. No acompanhamento terapêutico há a necessidade de se posicionar em certos momentos, mas com a justa medida de não tornar o trabalho uma experiência de realização dos gostos pessoais do terapeuta. Este risco, já apresentado por Cenamo, Prates e Silva e Barreto (1991) deve ser levado em conta, constituindo um difícil aprendizado para os alunos. O que seria esta medida de apresentação pessoal? Como avaliar os momentos em que uma expor-se traz benefícios ao trabalho?

Entender e operar com a transferência exige não somente uma compreensão teórica da letra freudiana a respeito deste conceito, mas também o despertar para o reconhecimento de que somos feitos outros pelos pacientes enquanto estamos com eles. Durante os atendimentos não podemos precisar de modo inequívoco que posição transferencial somos convidados emocional e inconscientemente a ocupar. E tampouco algumas destas posições são confortáveis. Uma aluna, por exemplo, deu uma lição de moral cotidiana a seu paciente quando soube de sua “presença” em seus sonhos eróticos. A *at*, estudante séria, empenhada na melhora de seu paciente, foi-lhe difícil aceitar e compreender-se sob os rigores de um vínculo em que sua moral não era útil mas, ao contrário, contraproducente. Dizer ao paciente que ela era sua terapeuta, não sendo adequado que tivesse aquele tipo de sonho com ela, fê-la perder a chance de compreender a natureza do vínculo que se formava entre ela e seu paciente, que era noivo, mas que desde o acidente se via distante da noiva. Em supervisão não temos chance, e nem é este o objetivo, de retomar a leitura de textos básicos de psicanálise, cabendo a indicação de referências úteis para cada estagiário e seu caso, como aqui, em que “Observações sobre o amor de transferência” foi indicado. Caberia a ela encontrar as palavras de Freud, que recomendam acolher a transferência amorosa como forma de se “revelar a escolha infantil de objeto e as fantasias que em torno dela [da paixão transferencial] se tecem” (FREUD, 1915, p. 223). A respeito da transferência no acompanhamento terapêutico teremos oportunidade de compreendê-la melhor quanto tratarmos da formação dos acompanhantes e abordarmos especificamente este ponto.

É por meio das palavras recolhidas que saberemos das agruras vividas por Jean-Do na “longa travessia do deserto” chamada domingo. Com a equipe hospitalar reduzida ao mínimo, sem visitas,

os pacientes ficavam sozinhos à espera da segunda-feira de ocupação. No filme que acompanhamos, no entanto, um dos domingos é interrompido pela ida a uma missa. Levado por sua fisioterapeuta, encontramos o agora paciente sendo conduzido à igreja a despeito de sua descrença irônica, que o faz oferecer o olho cerrado ao deus capaz de curá-lo. Sem opção, conforma-se em receber a benção do padre que não entende os códigos de suas piscadelas, tomando por seu interesse o que traduz Marie – a fisioterapeuta de boa fé e excesso de vontade.

Aqui, o trabalho de escuta do acompanhante terapêutico deve impedir que este possa conduzir seus pacientes em função de sua vontade apenas. Geralmente trabalhamos com pessoas que, por vários motivos, tiveram sua voz reduzida apenas à potência denunciadora do sintoma, cuja linguagem, não entendida pela família, termina por não gerar autonomia e valor próprio. Buscamos desenvolver tais capacidades, tendo como horizonte ético a produção de uma autonomia que torne nossa presença não mais necessária ao paciente e sua família. Uma descrição deste alcance e compromisso ético encontra-se no caso trabalhado por Berger (1997), em seu artigo “Acompanhamento terapêutico: invenções”, que precisa desconstruir junto à família a ideia de que ela “sempre estaria ali” acompanhando sua paciente, apontando os recursos existentes para que novos grupos fossem buscados sem a ajuda da acompanhante. O horizonte ético do AT é produzir autonomia, um momento em que “uma existência singular ganha possibilidade de vida no mundo” (BERGER, 1997, p. 81).

A dificuldade de falar ao telefone. A emoção de um pai que não consegue ouvir a voz do seu filho. A insuficiência das palavras para transmitir a dor vivida por pacientes e familiares que têm seu vínculo brutalmente alterado. Reconstitui-se algo capaz de gerar novas representações, é fato, mas isto também permitirá experiências novas em que os limites serão reconhecidos em carne e espírito por quem agora os enfrenta, não os evita. Situações novas, como um telefonema, uma correspondência, trarão desafios inéditos a todos os envolvidos na tarefa de cuidar, tratar, conviver, amar os afetados pelos acidentes vasculares.

Neste dia a dia contínuo, novas camadas representacionais revestirão a pele de nosso *eu*, sendo este um outro modo de enunciar o papel desempenhado pelas representações a contornar o eu, tal como visto no “O escudo de Aquiles: sobre a função defensiva da representação” (HERRMANN, F., 1998a). Se, dentre tais representações há um escafandro, não é possível ignorar seu retorno esporádico (e talvez inevitável), dando as formas possíveis ao eu em seu interior: recolhimento e silêncio. Caberá utilizá-lo com o peso de vestir uma roupa cerzida com tristeza e isolamento, mas sabendo-a uma

dentre outras vestes possíveis. Cada uma a seu justo e possível tempo. Para fazer tal transição é que a cura psicanalítica tem lugar, encaminhando “o desejo às formas de satisfação apenas possíveis, para que as aprecie, e o sujeito a representações possíveis de identidade e realidade” (HERRMANN, F., 1991, p. 204).

As saídas. Sabemos que este nosso texto versa sobre a clínica psicanalítica de pacientes neurológicos e, espero eu, começamos a contemplar a necessidade de tal clínica e algumas de suas singularidades, já que reconhecemos no trabalho de uma pacienciosa secretária características de uma análise. No acompanhamento terapêutico o enquadre técnico é outro e tem seu distintivo na utilização do cotidiano como local de intervenção, seja ele um barco, uma rua, uma padaria ou praia.

Vimos que Claude e Jean-Dominique conversam em locais variados, notamos a intensidade do vínculo transferencial surgido neste encontro, e agora cabem-nos algumas questões a respeito disso. Uma delas é: a intensidade transferencial, com suas cores amoroso-sexuais se intensificaram em função da presença de Claude/terapeuta no cotidiano de Jean-Do? Transferência é transferência não importa o lugar? Sim, sem dúvida, trata-se de um fenômeno próprio à interação humana, tal como explica Freud (1910), em sua *Cinco lições de psicanálise*, mas que se intensifica e ganha utilização clínica no interior dos consultórios, uma vez que nestes locais adotamos uma postura de reserva a nosso respeito para justamente criarmos melhores condições para que o paciente transfira a nós o que lhe vai pelo espírito.

Sem esquecermos que nossa terapeuta *avant la lettre* não utiliza as regras fundamentais do trabalho analítico (atenção flutuante e associação livre), podemos reconhecer uma outra diferença determinante no tratamento que vemos conduzido por ela: a terapeuta-secretária está imersa no cotidiano do paciente, chega a propor-lhe saídas para mudarem de ambiente, realiza sua escuta em locais os mais variados e colhe proveitos justamente por tal expediente, uma vez que saindo do quarto/consultório eles podem encontrar o mundo que os desafia e convida a pensarem. É fora do espaço tradicional de trabalho que encontram a *cine città*, o farol, a praia e que se recupera a lembrança do momento do AVC. É nos espaços abertos, não organizados pela mão terapêutica, que se pode realizar uma outra modalidade clínica que é justamente nossa intenção discutir, questionando como acompanhantes terapêuticos podem realizar sua clínica psicanalítica com tais pessoas.

As saídas são benéficas, não há dúvida, mas no Acompanhamento Terapêutico os próprios espaços são elementos atuantes no fazer clínico, ora auxiliando, ora limitando nossa atividade, como visto no trabalho de Eliane Berger (1997). Em seu artigo “Acompanhamento Terapêutico: invenções” é

descrito o acompanhamento de uma menina com Síndrome de Down que durou dos oito meses de idade até os cinco anos. Quando Flávia, a paciente, tinha por volta dos quatro anos, a *at* nota um paulatino distanciamento das amigas de sua paciente, à medida em que vão crescendo. Como a síndrome determina limites para as brincadeiras, capacidade motora e pensamento simbólico, as demais meninas não querem mais brincar com Flávia, pois ela ainda mantinha o registro concreto das atividades. Neste caso e até a superação da necessidade de ficarem no parque do prédio, vinculadas àquelas crianças, há um empobrecimento do trabalho, uma vez que a dupla at-paciente passa a não querer mais descer até o parque. O espaço é um *locus* interventor no trabalho dos *ats*.

Um exemplo da presença atuante do cotidiano no ofício dos acompanhantes pode ser visto quando Claude resolve levar Jean-Dominique para um passeio de barco. Lá, ela o presenteia com uma edição antiga do Conde de Monte Cristo, de Dumas, oferecendo-se ainda por ler um capítulo. Nesta leitura, nosso escritor reconhece sua semelhança com Noirtier, personagem de seu mestre literário, sabendo-se, tal como ele, próximo da morte. Sim, eu sei, coincidências assim são produzidas em obras artísticas e não esqueço que analiso um filme com direito a certas licenças poéticas. Talvez esta seja uma delas, já que a projeção caminha para seu desfecho e talvez tenha utilizado este recurso para antecipar o fim do nosso herói. Mesmo reconhecendo tais limites, mantenho aqui a perspectiva que me interessa.

Muitas vezes é no cotidiano que podemos encontrar as palavras justas, as representações impensadas, as interpretações mais eficazes para fazer nossos acompanhados recuperarem sua capacidade de pensar, realizando o que Freud (1937), em “Construções em análise”, definiu como a busca por permitir a continuidade do processo associativo de nossos pacientes a partir do trabalho. Para ele,

Se, nas descrições da técnica analítica se fala tão pouco sobre ‘construções’, isso se deve ao fato de que, em troca, se fala nas ‘interpretações’ e em seus efeitos. Mas acho que ‘construção’ é de longe a descrição mais apropriada. 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 (FREUD, 1937/1996, p. 279).

Em uma passagem anterior, o autor se pergunta quanto à tarefa desempenhada pelo analista neste trabalho. Para ele

Sua tarefa é a de completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, *construí-lo*. A ocasião e o modo como transmite suas construções à pessoa que está sendo analisada, bem como, as explicações com que as faz acompanhar, constituem o vínculo entre as duas partes do trabalho de análise, entre o seu próprio papel e o do paciente (FREUD, 1937/1996, p. 279).

No artigo “Parábolas freudianas: as narcísicas feridas e o arqueólogo”, Loffredo (2006) considera que a

[...] noção de construção ajuda, portanto, a delimitar com mais precisão os limites do trabalho interpretativo, ao criar algo que não estava presente no registro mnêmico do analisando, tendo como suporte a experiência analítica e testando sua veracidade no material transferencial (LOFFREDO, 2006, p. 296).

A “construção” ganha força no acúmulo do material trazido ao longo das sessões, produzindo seu efeito desvelador em sua ancoragem dupla: na história da análise e na transferência que lhe dá veracidade emocional.

Com o procedimento de construção abre-se uma interessante possibilidade de pensarmos o trabalho do acompanhante terapêutico, uma vez que a “reconstrução da história” do paciente poderia contar com elementos retirados do contato não só associativo, mas participativo em meio ao cotidiano. Nossa presença, pela força do vínculo transferencial, que abre perspectivas de retorno da história subjetiva, poderia favorecer a ligação entre um fato isolado, compartilhado durante o AT, e a história do paciente. As memórias dispersas e depositadas nas paredes do tempo, empilhadas sobre os móveis, poderiam saltar à lembrança, seja pela associação do paciente, seja por uma pergunta ingênua do *at*. Algo como questionar a história de um bibelô na estante, dando vazão a uma construção/reconstrução por parte do paciente. Sem uma intenção declarada de produzir uma associação, perguntas despreziosas podem levar o paciente a contar aspectos de sua vida há muito esquecidos. Os “traços mnêmicos” reunidos na construção seriam recolhidos no cotidiano, cabendo percebermos quando tal efeito se produzir, dando-nos chance de formar a história de uma vida dos cacos de lembrança que aos poucos se reúnem. Neste sentido, poderíamos ter uma “construção interpretativa”.

Não observamos no percurso da obra de Fabio Herrmann essa diferenciação explícita entre interpretação e construção, e tendemos a entender que o procedimento de construção não está contido na definição de interpretação em sua obra. Mesmo que não seja meu objetivo tratar dessa questão nesse momento. É conveniente salientar, no entanto, o alcance dessa diferenciação mais explícita na clínica do AT, desde que seu *setting* ampliado favoreceria a operação das construções, conforme definidas por Freud em “Construções em análise”²⁴.

A escuta analítica, assim como a interpretação advinda desta, capaz de selecionar em meio ao supostamente irrelevante um elemento que permita pensar, está mantida no AT e tem na massa bruta do cotidiano um de seus principais elementos para consideração. É neste sentido, por exemplo,

²⁴ Essas ideias foram veiculadas por Loffredo, A. M., em comunicação pessoal, que também entende há necessidade de uma investigação específica sobre o tema.

que entendemos o trabalho de Almeida (2006) que, ao comentar a viagem feita com sua paciente psicótica ao exterior, nota a importância dada por ela em reencontrar *nos locais que visitava* uma possível presença anterior dos pais ali. Perguntar-se se os pais estiveram ali, em uma dada paisagem, era um modo de, através do concreto, ser realizado um trabalho de “suplência” capaz de descolá-la “da presença maciça e concreta dos pais. Ao mesmo tempo, mais condições ela cria para poder aproximar-se deles sem sentir-se aniquilada por suas presenças” (ALMEIDA, 2006, p. 102).

No barco, após cumprimentar identificatoriamente a Noirtier, voltando a seu escafandro que afunda (em águas mais claras), com tubo de oxigênio visível, uma diferença se mostra. Jean-Dominique reconhece que está mergulhando junto com Claude. Ela está agarrada a ele, que sente arrastando-a consigo para as profundezas daquela identificação realizada justamente pela oferta que lhe fez a terapeuta. É assim mesmo. Uma oferta, não um presenteamento. Uma oferta para que se visite *em companhia transferencial* de as profundezas das imagens que vão pela alma de todos nós. Assim se poderia definir o ofício analítico, seja em que barco for onde se realize.

Navegamos junto a nosso paciente, isto é certo, com o bote salva-vidas de uma capacidade para oferecer-se a este vínculo com “metade da alma”, como disse Fabio Herrmann (1997)²⁵, enquanto outra metade mantém-se pensando, pronta a submergir, emergir, como se queira, com outra representação em deslize, oferecendo ao paciente possibilidades em movimento que desafiam a ultrapassar a estagnação repetitiva do sintomático. Representações surgem e, quando “tomadas em consideração”, podem ser utilizadas no trabalho analítico, fazendo com que às vezes, por exemplo, ofereçamos ao nosso paciente superficial uma bigorna para enredar-se com o lamaçal não reconhecido de sua vida. Ou justamente o contrário, a leveza de um sopro, como a sugestão dada a Jean-Dominique de que, mesmo identificando-se com Noirtier, afundando na certeza da morte próxima, ele também é uma “borboleta”, cujo frescor bate asas no humor de sua narrativa.

Para não nos alongarmos em imagens, neste diálogo com o filme de Schnabel (2007), resta deixar claro que para onde o paciente for, estaremos meio junto a ele, levados pela força do vínculo transferencial, mas ligados à possibilidade interpretativa que traz à tona novas representações, novas associações, que encaminham o vínculo rumo aos efeitos terapêuticos surgidos pelo reconhecimento psíquico sustentado pela transferência.

²⁵ Fabio Herrmann (1991, p. 168) chegou a sugerir que na condução de seu trabalho o analista deve assumir movimentos similares ao “nado de peito”, ora imergindo no material do paciente, esquecendo-se até do que é ser analista, ora emergindo após o trabalho de uma interpretação, quando pode “enxergar panoramicamente a análise que conduz, do ponto de vista da nova posição alcançada”.

Naquele momento, junto a Claude, navegando, a simplicidade pungente de ver-se chamado de “borboleta” faz nosso escafandrista emergir planejando o próximo livro que aquela dupla de trabalho fará. Com seu humor, vemos uma brincadeira veraz com as palavras. Sugere ele que o próximo escrito seja sobre um “corredor de maratona”, pois quem sabe assim não se tornaria um? Sabemos que as palavras são mágicas e não fazemos pouco caso da intenção de nosso escritor. Para além da ironia, suas palavras resguardam uma verdade: no vínculo de que tratamos, quem disse que não somos e nos tornamos vários? Afinal, por efeitos mágicos, com a justa provocação a Lévi-Strauss (1985), em seu “O feiticeiro e sua magia” que trata o analista como uma espécie de feiticeiro a depender da crença dos homens da tribo, o analista consegue operar curas fabulosas, transformando, pela força da palavra imantada de afetos transferidos, um escafandrista suicida em uma borboleta literária, passando por um homem que, enquanto devora ostras de fantasia, recobra seu vigor sexual/identitário ao ter seu nome reconhecido. Claro que para operar seu ofício, ou melhor, sua cura pela palavra, cabe ao analista bem escutar e interpretar no vínculo transferencial. Artes mágicas? Não. Arte da interpretação, diria Fabio Herrmann (1997).

Ao utilizar o termo “arte da interpretação”, Fabio Herrmann (1997) quer distinguir o feitiço psicanalítico interpretativo da fala explicativa com o qual às vezes se confunde. A interpretação é nomeada como arte em aproximação à “arte da fuga” de J. S. Bach, que cria uma obra musical em que distintas vozes e linhas melódicas podem ser executadas simultaneamente através de vários contrapontos. A arte da interpretação estaria na escuta destas outras vozes simultâneas, as fantasias do paciente, capazes de revelar seu “desenho do desejo”. O efeito psicanalítico estaria em tentar “agarrar” tais fantasias, imergindo nelas para que possam fazer falar o que se comunica de forma indireta – o desejo. Diferentemente de explicações sobre o processo analítico²⁶, com uso de conceitos ou referências à história do paciente, a arte da interpretação dá-se, na maioria das vezes, quase em silêncio e nesta disposição do analista em “retirar-se” concretamente para oferecer um lugar e um tempo em que tais fantasias (e suas emoções) possam acontecer e revelar seu sentido.

Demonstrando a eficácia que o cuidado psicanalítico pode produzir, vemos no final do filme um Jean-Dominique bem vestido, como compete a um editor de moda, recebendo a notícia de que será possível construir uma casa adaptada a suas necessidades, tão logo deixe o hospital de Berck. O que parecia ter se estabilizado em uma rotina sem perspectivas futuras, mas com ganhos extraordinários em relação ao início leitoso e impreciso das primeiras imagens, abre-se de modo insuspeitado. O desejo, esta moeda volátil a investir sobre os objetos, conferindo valor a eles por ligações cujas cores

²⁶ Nas palavras do autor, “[...] a sentença interpretativa (ou explicação) apela para as forças racionais, já que passa necessariamente pela compreensão consciente” (HERRMANN, F., 1997, p. 91) e não é o motor do tratamento, pois ocorre quando o processo interpretativo, capaz de desvelar e produzir sentidos, já teve fim.

conscientes têm mil outras matizes inconscientes, não se detém e está sempre a nos surpreender. O fim de uma análise, o que ela reserva? Não se sabe, dela nada se deve esperar, segundo o terapeuta, para que não a conduza aos seus interesses ou ideais²⁷.

Nossa tarefa seria a de cuidar desta “matriz inconsciente das emoções”, o desejo, como o define Fabio Herrmann (1997). Diz ele:

Não conhecemos o desejo em si mesmo, nenhum homem é proprietário de si próprio, mas na operação psicanalítica (...) ele surge negativamente, como matriz produtora de emoções, cuja organização simbólica pode ser deduzida a partir da constância de certas regras de seu produto. (HERRMANN, F., 1991, p. 149).

A partir desta ideia, conclui-se que não somente o ansiado, o querido, o objeto de nosso interesse e vontade, mas também o indesejável, o não quisto, o desagradável, são fruto do desejo. Tal matriz inconsciente é passível de reconhecimento ao dar forma aos sentimentos determinados com que nos ligamos a estes objetos, sejam eles concretos, relações interpessoais ou fatos da cultura. Na análise, criamos as condições necessárias para que o paciente cuide do seu desejo, experimentando investimentos novos rumo à realização das possibilidades de cada um. Curar, tal como definido no livro “Clínica psicanalítica: a arte da interpretação”, seria permitir que as potencialidades de cada sujeito possam se realizar, sem definirmos positivamente quais potencialidades são essas, quais as adequadas ou inadequadas, pois isto seria já limitar a pessoa com quem trabalhamos. Curado, cuidado, Jean-Dominique pode seguir adiante. Tem o plano de um livro futuro e organiza sua vida fora do ambiente hospitalar, criando as adaptações necessárias à sua condição atual. Resta saber quem será sua companheira nas aventuras que lhe guardam a vida e que lhe permitem seus recursos, cuja reserva mais rica, bem sabemos, é psíquica e encontra-se revigorada em grande monta.

Eis que toca o telefone e esta questão se põe, se resolve: Inés. A cena é simples, mas capaz de uma intensa força dramática não planejada, como convém à vida. Céline, “a mãe de seus filhos”, está junto a ele quando o telefone toca no quarto do hospital. Ela o atende com o seu desejo, claro, ou seja, com a força das emoções que dão forma à sua presença junto ao ex-marido. Ela não o abandona, ela o quer de volta. Tais emoções (cuja força capaz de determinar ações é inconsciente) enunciam, apresentam-se nas palavras que utiliza para atender a quem chama: “Casa de Jean-Dominique Bauby!” Do outro lado da linha a amante quer falar com seu antigo namorado. Não

²⁷ Esta ideia é retomada junto aos estagiários fazendo referência às considerações éticas próprias à prática clínica apresentadas na disciplina Ética Profissional e Cidadania, da qual eu era um dos professores, que é obrigatória e oferecida no semestre anterior à entrada nos estágios profissionalizantes. Nesta disciplina, os alunos tomam conhecimento das advertências feitas por Calligaris (2004) a respeito de uma clínica que valoriza e desenvolve a alteridade dos pacientes, em contraponto a propostas adaptativas e preconceituosas que “definem” virtudes a serem estimuladas por parte dos terapeutas em seus pacientes.

temos maiores detalhes sobre essa relação, apenas indícios anteriores dados pelo ciúme da mesma Céline: “ela não era o amor da sua vida? E não veio te visitar?”

A situação é delicada. Como a amante pode dizer o que sente se, ao lado dele, encontra-se a (ex)esposa? Como Jean-Dominique poderá comunicar-se sem a presença de alguém que transmita sua mensagem através dos códigos soletrados? Quem ele irá manter no quarto, a ex-esposa sempre ao seu lado, ou a amante que não o visitou sequer uma vez ao longo dos vários meses de tratamento?

Céline mantém-se firme em seu desejo. Isto é, em suas emoções – que dão forma aos seus atos. Não deixará o quarto. Inés deverá falar com ela ali. E fala. As emoções, em um corpo que é psíquico, tomam nova forma em um detalhe: pela primeira vez ouvimos um ruído gutural, impreciso, aquém de qualquer palavra, mas emitido por nosso personagem. Inés pede para Céline ausentar-se um minuto. Precisa falar a sós, pelo viva-voz, com seu amor. Ela diz que não o deixará, pois não há outra pessoa ali para intermediar a conversa. A tensão cresce e a resposta à pergunta que fizemos acima ganha resposta. Jean-Dominique dita sua vontade, pedindo um minuto sozinho a Céline. Onde há *eu*, é concebível que um limite se forme na relação com o outro. E este limite é constituído pelo uso dos recursos do próprio *eu* em ação. A voz, a palavra, o gesto – recursos egoicos, diria Freud (1911) em “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”, operam reconhecendo a realidade com suas exigências, concebendo estratégias que se inscrevem no tempo e no espaço, tolerando a frustração daquilo que não pode ser satisfeito de maneira imediata, até que sejam produzidas as condições favoráveis para que o desejo se realize. O conflito neurótico, tal como trabalhado em “Neurose e psicose” (FREUD, 1924), ganha forma e o *eu* é convocado a agir, responsabilizando-se por uma ação cuja força é emocional. Jean-Do impõe um limite. “Um minuto Céline”, que ele sabe o que quer e já tem meios para enunciar e sustentar o seu desejo.

Os espasmos aumentam. O corpo salta na cama ao ouvir a voz da mulher amada. Novo som gutural responde a seu chamado. Inés pede desculpas, pois não conseguira abrir mão de sua idealização. Esperava seu homem tal como o conhecera e amara. Aguardava por ele, recusando-se a ver quem ali se tratava. Ela sabia que a família acercava-se dele, mas pergunta: “você quer que eu vá até aí?” Para responder a essa pergunta será necessária a presença de Céline. De olhos marejados, a ex-esposa vê-se obrigada a enunciar a vontade de seu ex-marido a Inés. E o *eu* posiciona-se. Jean-Dominique responde à pergunta da amante.

O retorno a Paris. Após meses em Berck, “o marinheiro” afasta-se da praia, deixando para trás não só a experiência hospitalar mas, por sua condição atual, outras memórias de sua vida. Quem é ele

agora? Passa diante da sede de seu antigo trabalho, reconhece certos lugares. As saídas conferem um ganho extra: o mundo, suporte de grande parte de nossas memórias, justamente por ser em meio a ele que elas se realizam, oferece recursos para que a dúvida a respeito de como ocorrera seu AVC se solucione. Ele vê um carro idêntico ao seu e vem à tona, de chofre, a lembrança daquele primeiro momento, a cena que ilustramos no início deste trabalho.

Esta é uma das características do AT e uma aposta na potência clínica que os espaços cotidianos podem trazer: ao sairmos com os pacientes, ao coabitarmos seus espaços de vida, teremos chance de encontrar ou até mesmo esbarrar com memórias, traumas, prazeres, toda uma história de vida que tem na cidade seu palco constitutivo. Sem que possamos controlar estes encontros, o inusitado torna-se um elemento pertinente nesta clínica em que os alunos estão ingressando.

Esta característica adquire tal destaque no trabalho de Cabral (2007) que, para ela, o

[...] contexto social ou a experiência urbana produzem efeitos sobre o sujeito acompanhado que redimensionam o tratamento a tal ponto que permitem levantar a hipótese de que, analogamente à associação livre para o método psicanalítico, o acaso possa ser tomado como regra fundamental (CABRAL, 2007, p. 214).

Alguns alunos se assustam com esta característica e solicitam a companhia de um colega para iniciarem os atendimentos. Outros ficam encantados com este uso do cotidiano e o tomam materialmente como recurso de intervenção, como aquela aluna, Vilma, que, na busca por criar um meio de demonstrar ao seu paciente a repetição sintomática de seus percursos, imprimiu e marcou em mapas do Google os trajetos idênticos que fazia com seu paciente todos os sábados de atendimento.

Em suas vastas histórias, aquele senhor manifestava a vontade de ir ao seu antigo comércio, local de trabalho por muitos anos, reencontrando os vários amigos deixados por lá. Dizia ainda que gostaria de rever a ex-esposa, visitar o bairro morou por décadas, antes de vir residir com a filha, que se dispôs a cuidar do pai após seu AVC. Fisicamente, aquele senhor cheio de projetos era capaz de realizá-los, mas algum conflito impedia-o de retomar os passos em direção àqueles locais onde não se imaginava aceito depois do acidente vascular.

Para ele, seus planos tinham uma pré-condição: recuperar-se completamente das sequelas, especialmente de uma lentidão nos passos. Logo vê-se que o trabalho requerido, além de físico, tinha no trato ao conflito psíquico, sob a chancela da neurose, uma importância determinante.

Desejosa de cuidar de seu paciente, mas apressada pelo tempo curto do semestre e a imaturidade dos recém-chegados ao trabalho analítico, a aluna julga que imprimir o conflito, materializando-o na forma de um mapa, permitiria sua dissolução. Ora, aos recursos tecnológicos do nosso tempo é fácil reconstruir o caminho tortuoso e idêntico de um sofrimento a caminhar pelas mesmas ruas. Difícil é tolerar e compartilhar transferencialmente deste conflito, fazendo também a acompanhante os mesmos passos de seu acompanhado. Pelo menos até que não o mapa, mas a palavra, suportada na transferência, pudesse gerar seus efeitos analíticos.

Até lá, o paciente pediu para ficar com as impressões do *Google Street View*, pois ali podia vislumbrar à distância seu desejo: o espaço em que gostaria de ir, antigo comércio, ainda estava de pé – palavra do Google. Ou melhor, foto. Quem sabe noutro semestre ele poderia ir até lá... Sem conseguir os efeitos de uma “revelação de análise”, nossa aluna teve uma boa lição da força do sintoma e sua organização defensiva, que ainda se valeu das fotos para mais postergar e repetir.

Após deixar Paris em direção ao interior, onde pegaria Theophile para um final de semana juntos, vemos um tranquilo e orgulhoso Jean-Dominique dirigindo seu carro novo pelas ruas da cidade luz até chegar à casa de Céline. Com abraços amorosos, pai e filho saem juntos. A conversa segue entre eles. O final de semana promete. O eu, o corpo, o absurdo insuspeitado. Seguem todos juntos.

Este *insuspeitado* poderia ser entendido apenas como o acidente vascular ocorrido a um homem jovem, 42 anos, fora do grupo de risco para doenças relacionadas, mas não se esgota a isto. O absurdo, disse-nos Fabio Herrmann (1985), tem sua presença encoberta por regras tácitas presentes em nosso cotidiano, regras inconscientes capazes de turvar a percepção da condição limite em que vivemos a cada segundo, seja pelo risco inerente à vida, seja pelas relações que compomos todos juntos dando forma ao dia-a-dia e suas convenções, interdições, rigores sociais, pensamentos, emoções, etc. O absurdo encoberto pela rotina não se revela apenas pelo AVC, mas por todas as

ações capazes de romper os campos limitadores da consciência, fazendo-nos ver o que até então se mantinha velado²⁸.

“O Escafandro e a borboleta” é uma revelação do absurdo ao expor os limites arbitrários e inconscientes do que reconhecemos como linguagem, sexualidade, trabalho, reabilitação física e o que mais pudemos aqui considerar permitindo-nos uma experiência de pensamento que abre possibilidades estimulantes. Por esta realização, descobrimos que escrever um livro com a pálpebra é possível e, mais do que isso, que esta obra pode ser transformada em outra, um filme, criando um novo suporte capaz de trazer e suscitar novas ideias a partir de um trabalho interpretativo que faz da película uma ilustração para o trabalho do AT com pacientes neurológicos. Realizando o “trabalho da obra” (CARMO, 2004), isto é, interpretando um material em suas dimensões objetiva e subjetiva, temos a criação de um pensamento novo, ancorado no material conhecido, permitindo surgir a partir do filme algo que ali não estava explícito, mas que se fez possível.

“O escafandro e a borboleta” permite-nos ver que absurda é a vida, se a imaginamos já conhecida. Do absurdo relevado faz-se mais vida, sem pretensão a que ele se reduza. Não há onipotência em nosso trabalho de psicólogos e *ats*, mas a insistência de fazer o *eu* caber-se e animar seu corpo de desejo em um processo contínuo feito junto ao vínculo capaz de transformar um escafandrista em borboleta, em filme, em sonho, em tese, em reticências...

²⁸ No texto “Acompanhando a loucura – interpretações do cotidiano” procurei apresentar a possibilidade de utilizarmos o Acompanhamento Terapêutico como recurso interpretativo para o cotidiano (SANTOS, 2010).

REVISITANDO O SR. G. – Clínica e supervisão se encontram

É comum, após um primeiro contato com certa proposta de trabalho, dela reter uma ideia central que, mesmo reducionista, permita uma definição e a torne compreensível em poucas palavras. Pois bem, talvez isso aconteça com os alunos quando têm um primeiro encontro com a clínica do acompanhamento terapêutico, levando-os a definir a essência desta proposta de trabalho como a realização de saídas e ações junto ao paciente em seu cotidiano exterior à casa ou local de tratamento. Esta ideia não está errada, como já dito anteriormente, e tem como retaguarda a primeira definição de AT, praticamente nestes termos, feita por Porto e Sereno (1991), naquele que é o primeiro livro brasileiro dedicado ao acompanhamento. Com isso constrói-se rapidamente a ideia de que a inserção e circulação social das pessoas com quem trabalhamos está prejudicada em seu aspecto concreto, como se a mera saída fosse o objetivo principal do acompanhamento.

Talvez a fantasia de alguns alunos, especialmente quando tratamos de pacientes neurológicos, seja a deque eles não realizem qualquer circulação, estando confinados apenas aos espaços residencial ou fisioterápico. Isto está próximo à realidade encontrada, mas levanta uma restrição aos alcances de nosso trabalho: não apenas os espaços estão limitados, mas talvez principalmente o uso que se faz deles. Isto nos interessa enquanto acompanhantes, o modo como este espaço é vivido²⁹. E para notar esta particularidade um recurso é fundamental: a escuta analítica.

Neste tópico, fazendo uso de um caso já apresentado anteriormente (SANTOS, 2009), abordaremos como a questão da escuta analítica é trabalhada em supervisão, buscando reconhecer no trabalho do acompanhante um dos elementos distintivos da psicanálise: a capacidade de escuta da lógica emocional do paciente (HERRMANN, F., 2001), tal como ela pode ser apreendida no vínculo transferencial estabelecido. De modo distinto à prática analítica, no AT, o profissional pode lançar mão de recursos não disponíveis ao analista, como criar ações em meio ao cotidiano compartilhado, estendendo o campo de trabalho a qualquer espaço em que a dupla esteja ou possa ir. O propósito de algumas destas ações é produzir um efeito clínico capaz de levar o paciente a uma compreensão ou rompimento dos padrões emocionais repetitivos até então experienciados, o que fez surgir o conceito de *ações interpretativas* (PORTO; SERENO, 1991), com o qual os acompanhantes buscam

²⁹ Leonel Dozza de Mendonça (2002) adverte para que não se considere a potência antipsiquiátrica do AT apenas por realizar sua clínica fora dos espaços hospitalares. Para ele, a lógica psiquiátrica que segrega, pune, vigia e desconsidera a alteridade constitui nosso espaço social, deixando a prática do acompanhamento à mercê de sua força. Assim, realizar uma clínica que se queira antipsiquiátrica exige mais do que apenas sair do espaço psiquiátrico concreto.

compreender um dos recursos técnicos próprios ao AT, tendo a psicanálise como referencial clínico padrão. Nas palavras destes autores, temos:

O acompanhante interpreta o sujeito nos momentos onde a concretização da montagem dessa cena se interrompe e exige sua intervenção através de ações, que possibilitem saídas libertadoras ao fluxo de sua construção. [...] Muitas vezes a 'interpretação' se faz através de um gesto que completa ativamente o que está sendo feito (PORTO; SERENO, 1991, p. 29).

Com o caso que agora apresentarei, tenho como propósito expor de que modo a prática da supervisão pode auxiliar o estagiário na formação de um pensamento clínico orientado psicanaliticamente, tendo foco nas ações interpretativas empregadas no tratamento do Sr. G. Vamos ao caso.

Tal como no estudo do caso do Sr. Bauby, utilizarei o mesmo procedimento de escrita, inspirando-me na ideia da articulação entre estilo e método de investigação em psicanálise presente desde o início das pesquisas freudianas, como demonstra Loffredo (2002), em "Sobre a escrita do relato clínico freudiano",

[...] é possível considerar que a escritura freudiana estaria vinculada ao próprio exercício da psicanálise, sendo que no estilo de sua transmissão, amparado nos procedimentos genético e dogmático, estaria em operação, em algum grau, o próprio método de produção do saber psicanalítico (LOFFREDO, 2002, p. 179).

Manterei a narrativa do caso, tal como depreendida dos relatórios do estagiário, ocupando as margens normais do texto. Relembro que um recuo maior à direita trará o trabalho realizado em supervisão, enquanto outro recuo, um pouco menor e também à direita, deixará entrever as considerações psicanalíticas utilizadas no caso, fazendo ver, creio eu, a imbricação necessária e mutuamente constituinte entre prática clínica, supervisão e pensamento teórico. A cada encontro um pensamento e um autor se fazia necessário, e a cada encontro uma orientação era passada. Não segurei supervisão por supervisão, mas retirei certos momentos do caso para explicitar a tarefa que era constituir simultaneamente a formação de um acompanhante terapêutico junto a um pensamento psicanalítico apropriado às situações vividas.

Aprendendo a escuta e a política da cura

Ao chegar para seu primeiro atendimento, após o contato inicial na clínica de fisioterapia, o estagiário Rodrigo teve a impressão de que não havia trabalho de acompanhamento a ser feito. O seu paciente, o sr. G³⁰, estava finalizando seu tratamento fisioterápico após ter recuperado grande parte dos movimentos de sua mão e perna direitas, prejudicadas por um AVC ocorrido há quatro de seus quarenta e poucos anos.

Rodrigo, como nomearemos doravante nosso *at*, foi encontrar o paciente em sua residência, que era o mesmo local de seu trabalho, a mercearia construída na garagem de casa. Era ali que o sr. G. encontrava os clientes e vizinhos do bairro. Cheio de histórias, contou que nascera no nordeste, mas desde muito jovem se dirigiu para várias regiões do Brasil em busca de trabalho. Foi seringueiro, sobreviveu a algumas malárias, mudou-se para o centro-oeste, trabalhou em fazendas, mudou-se depois para o sudeste, conhecendo Minas Gerais e Rio de Janeiro, até chegar a São Paulo, onde encontrou sua esposa, teve seu filho e fixou residência. Homem de muitas aventuras, tinha com o seu bairro uma ligação especial. Mudara-se para lá há alguns anos, sendo um dos primeiros moradores de uma região pobre, sem infraestrutura e distante do centro da cidade. Próximo a uma área ainda preservada de Mata Atlântica, criou sua mercearia, onde ficava ouvindo música clássica e recebia seus fregueses – os vizinhos que vieram em seguida e reconheciam nele uma espécie de líder comunitário pelas funções que desempenhava. Talvez ele tivesse encontrado de fato seu lugar em São Paulo, pois, ao lado da família, tinha uma mata às costas de casa, podendo em poucos passos retornar às suas experiências desbravadoras, sempre que fosse até o “poço d’água” onde podia nadar ou pescar.

Encontrar um homem assim, com tantos interesses e histórias, e tendo em mente aquelas ideias restritivas do alcance do acompanhamento terapêutico, fizeram nosso estagiário pensar que não haveria trabalho a ser feito por ele. Em seu regresso à supervisão foi taxativo, pedindo um outro paciente pois o sr. G. não precisaria de um *at*. Ele andava, mantinha laços sociais, trabalhava, tinha família e amigos. O que fazer por ele? A resposta foi um convite a recontar aquele primeiro encontro, não mais se fixando na questão de ser ele ou não um paciente para AT. Voltar, falar do ambiente, descrever o sr. G. para além daquela objetificação fora

³⁰ Inicial não relativa ao nome real do paciente. Alguns dados foram alterados visando manter o sigilo profissional.

a intervenção necessária para fazê-lo escutar-se, reconhecendo o que fora percebido mas deixado de lado em função daquela definição apressada de ser o paciente inadequado para nossa proposta.

Dois autores ajudam a compreender este momento: Figueiredo (2008), com sua ideia de “reserva implicada”, já citado, e Fabio Herrmann (1997) que, no capítulo “A moldura da clínica”, do livro “Clínica psicanalítica: a arte da interpretação”, considera a preocupação excessiva com o enquadre de atendimento fruto do deslocamento da angústia do terapeuta em realizar o mais difícil – encontrar-se com seu paciente, criando condições para a análise. Orientar o aluno para primeiramente implicar-se no caso, com a devida reserva, evitando deslocar para o enquadre a angústia que sentiu diante de um homem com tamanha história de vida, foi o primeiro passo para que Rodrigo conseguisse perceber o sr. G. em outro registro. Angústia essa que tomava forma no reconhecimento contratransferencial de alguém com “muita força e história de vida”, o que talvez amedrontasse o psicoterapeuta em início de formação.

Em outras palavras, orientei-o a manter a **atenção flutuante**, a postura psicanalítica por excelência, que resguarda um paradoxo estimulante: manter-se atento àquilo que o paciente diz sem fixar-se em assunto específico algum.

Em suas *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise* Freud (1912/2010) orienta que o analista tente manter para si o mesmo princípio da associação livre para o paciente. Isto é, o profissional deve tomar cuidado para não assumir nenhuma postura que o impeça de ter livre acesso ao seu inconsciente durante o trabalho analítico. Assim, tomar notas, preocupar-se com orientações educacionais, recolher exemplos para pesquisa científica, trocar confidências com o paciente, discutir textos teóricos, etc., nenhuma destas ações permitiria o livre acesso do terapeuta a seus conteúdos mentais, tomando o material do paciente com o fim único de ser interpretado e trazer à tona conteúdos inconscientes. A melhor postura seria “apenas em não querer notar nada em especial, e oferecer a tudo o que se ouve a mesa ‘atenção flutuante’, segundo a expressão que usei” (FREUD, 1912/2010, p. 149).

Deixar-se flutuar em meio às sensações, ideias, imagens pessoais, mas mantendo-se próximo ao paciente. Nem fixar-se demais, nem distanciar-se demais. As duas coisas e ao mesmo tempo. E a história recontada trouxe outros matizes. Ensinar o estagiário a escutar

não requeria ter acesso ao material escrito da sessão ou algum registro que o valha, ainda que isto ajude na comunicação da experiência vivida. O importante é sim convidá-lo a permanecer mais em contato com o efeito gerado por aquele encontro em sua subjetividade. Fazendo uso da memória e seus recursos psíquicos, que tem na impressão afetiva um de seus elementos úteis, o ambiente e as conversas foram reapresentadas, deixando entrever o efeito emocional que deixaram no terapeuta. Ele se impressionara com a força e vitalidade de seu paciente antes do AVC, pois tinha uma história de vida das mais ricas e interessantes.

Considerar aquele encontro sem opiniões prévias ou critérios de avaliação objetivos, trouxe à tona o impacto emocional na pele sensível do terapeuta, assustado com a possibilidade de não ser capaz de atender alguém que se mostrava, a seu ver, tão bem. No entanto, ao apresentar com um pouco mais de cuidado os detalhes ali notados e desconsiderados, aquele paciente definira sua vida de um modo no mínimo curioso: ele dissera ser um “cavalo pastando sob o sol” à espera da morte. Esta definição, que bem poderia ser o reconhecimento de sua condição atual, especialmente limitada pelo AVC, resguardava uma verdade subjetiva – o modo como ele se representava, sendo este um dos elementos componentes de sua identidade. Haveria algo a ser feito, tomando-se esta definição em consideração?

Ajudar o aluno a escutar, atende pela retomada aos elementos dissonantes presentes seja no discurso ou no ambiente do paciente, além de considerar o que foi produzido a partir deste contato no universo mental e emocional do terapeuta. Nossa atenção, como acompanhantes, tem um privilégio não disponível aos analistas: estamos nós no ambiente do paciente, em seus espaços de vida, e, mantendo nossa atenção livre para flutuar também por este espaço, talvez possamos reconhecer algo a mais que possa estimular nosso processo associativo, formando uma compreensão do paciente que ultrapassa aquilo que ele nos diz ou mostra intencionalmente. Um passeio flutuante? Um “diagnóstico transferencial” (HERRMANN, F., 1997) que leva em conta o ambiente?

O ensino aqui é a da “atitude daquele que pretende manter uma permeabilidade ao método, operando por ruptura de campo, pode ser sintetizada, como sabemos, em dois movimentos interligados: *deixar que surja e tomar em consideração*” (HERRMANN, F., 1991, p. 180). O autor entende este conceito como dois movimentos entrelaçados,

decompostos a partir da técnica fundamental da “atenção flutuante”, como definido por Freud (1912/2010).

A intenção é convidar os analistas para manterem uma abertura empática e receptiva àquilo que seus pacientes comunicam, seja verbal ou corporalmente, sem privilegiar de início qualquer tema, por mais “psicanalítico” que ele possa parecer, como os sonhos ou a sexualidade, por exemplo³¹. Ao tomar forma para o analista um determinado sentido que lhe desperte o interesse, deve tomar em consideração esta produção surgida no campo transferencial, convidando o paciente a ocupar-se um pouco mais deste elemento selecionado. Enquanto isso, ele próprio se deixa surpreender por aquilo que ganhou destaque em meio a todo o material trazido pelo paciente. Não raro, o “considerado”, ao ser destacado do restante, põe em relevo e faz ver melhor o que antes fora dito ou ainda está por surgir.

No caso do AT, esta consideração pode alcançar outros aspectos do que é vivido pelo profissional: também o ambiente, em suas múltiplas possibilidades, pode ser tomado em consideração, fazendo-o falar em questões não necessariamente expostas pelo próprio paciente por meio da palavra. No caso em questão, a fala do paciente nos coloca uma dúvida: como um “cavalo no pasto” poderia gostar de música erudita? A presença daquela música destoava do discurso adaptado, restritivo e conformado do paciente. Se apreendermos aquela representação inicial em uma lógica emocional, isto é, se considerarmos a verdade do que foi comunicado pelo paciente, um novo sentido pode ser entrevisto naquela conformação: sua casa, sua mercearia, sua igreja, sua fisioterapia seriam espécies de “currais” onde mantinha-se fixo, reproduzindo a vida como um trabalho contínuo e sem expectativas diferentes do que a espera pela morte. Em seu horizonte limitado pelos antolhos formados por um desejo enrijecido e sequelas concretas do AVC, temos a origem de relações que se tornam estereotipadas, mantendo o cotidiano domiciliar sempre idêntico. Esta nova produção de sentido, criada na supervisão, faz operar uma abertura compreensiva que lança novos olhares para o sr. G. e toda sua família, pois a esposa e o filho, fixados na cozinha e na sala de TV, também estariam em baias contíguas, próximos mas distantes do paciente, cada um restrito às possibilidades de movimento permitidas no interior daquela relação estabelecida entre eles.

³¹ Uma citação de Fabio Herrmann pode ser útil para compreendermos sua maneira de selecionar um tema de trabalho: “Há teorias e estilos a determinar os campos de apreensão mais frequentes do analista – pessoalmente, prefiro análises discretamente poéticas, sem o sabor carregado de *estar em análise* que dão os temperos teóricos; mas esse é só um estilo entre outros (HERRMANN, F., 1991, p. 26)

Como se vê, estávamos a operar, em supervisão, no ensino da Psicanálise sob a chave metodológica da Teoria dos Campos, que tem no par conceitual campo-relação seu fundamento para compreender a ação interpretativa. Ao interpretar, o analista rompe o campo inconsciente de sentido que determinada as relações estabelecidas em seu interior. Muitas vezes tais rupturas se dão de modo não intencional por parte do terapeuta, o que faz Minerbo (2008) sugerir que o processo interpretativo, denominado por Fabio Herrmann como “ruptura de campo”, não tenha a feição de algo abrupto ou violento, tal como sugerido pelo termo *ruptura*. Para esta autora, a interpretação

[...] que levará à ruptura de campo consiste em palavras, no mais das vezes retiradas do próprio discurso do paciente, que produzem um redirecionamento na conversa, uma mudança de rota, um desvio sutil para outro campo (MINERBO, 2008, p. 301).

Esta ruptura ainda não é visível em nosso caso até aqui, mas o sistema campo-relação permite uma compreensão inicial do paciente em direção aos sentidos surgidos exclusivamente através do vínculo da dupla de trabalho: ao Rodrigo surgia um homem que se tornara cavalo, reduzido aos pastos do trabalho e da fisioterapia, esquecendo-se que era um aventureiro com gosto por música erudita. Deste diagnóstico transferencial, esta forma de “pôr em evidência a absoluta especificidade da vida do paciente, seu sentido vivo”, como diz Fabio Herrmann (1997, p. 57) em “Clínica psicanalítica: a arte da interpretação”, temos a possibilidade de um trabalho de acompanhamento terapêutico com viés psicanalítico em curso.

Depois de tomada em consideração *aquela* música *naquele* ambiente e atentando-se para os efeitos na alma do terapeuta do vigor das histórias vividas e narradas pelo sr. G, havia um trabalho a ser conduzido: fazer aquelas dissonâncias serem novamente escutadas como cordas de uma vida que se enrijeceu e restringiu. Para a composição desta abordagem clínica, definida como uma espécie de “dedilhar da alma alheia” (HERRMANN, F., 1997, p. 90), nada melhor do que um vínculo inusitado – o psicanalítico, que faz este reencontro, esta rememoração daquilo que o paciente tinha esquecido sobre si mesmo. Para nós, em função do diagnóstico transferencial, estávamos trabalhando com uma patologia bastante restritiva, mas com bom prognóstico, algo que se podia nomear como o caso do “Sr. Aventureiro, que se tornou um Cavalo, Erudito”.

Este modo de escrita que cria um aposto no que deveria ser um nome, talvez composto, tem o propósito de demarcar o caráter fragmentado dos campos de sentido inconscientes responsáveis por relações específicas do Sr G. consigo mesmo e com o outro. É como se

tivéssemos um aventureiro, um cavalo no pasto e um erudito, todos como resultado da apreensão transferencial do Sr G. por parte de Rodrigo. Manter as vírgulas, cindindo o nome composto, permite ver a reversibilidade possível que se quer produzir com nossa intervenção. Se tudo der certo, que o paciente se saiba novamente aventureiro, se perceba animalizado, e faça valer um gosto por erudição que certamente não condiz com a restrição objetiva-emocional em que vive. Esta transitividade é possível aqui também. Por isso as vírgulas. Fossem ponto-e-vírgulas os limites identitários seriam mais rígidos. Travessões e o caso demandaria um tanto mais...

Nesta compreensão inicial, discutida junto aos alunos, temos uma posição teórica que orienta não a descobrir conteúdos latentes no discurso do paciente, mas a investigar a aparência em superfície das soluções dadas por cada pessoa aos seus conflitos. Que conflitos seriam esses, quais suas formas afetivo-ideativas, seus dramas emocionais, ainda não sabíamos ao certo. O que tínhamos era sim um caso pela frente, cabendo ao acompanhante manter-se ali, disponível à transferência, para recolher no discurso, no vínculo e no cotidiano do sr. G. os acessos a outros aspectos de sua vida psíquica. O que uma conversa sobre música poderia trazer? E uma caminhada pelo bairro, como quem não quer nada, apenas retirar nosso sujeito de sua baía, digo, balcão de trabalho? Estas foram algumas sugestões para o segundo encontro do *at*, que percebeu quanto trabalho tinha pela frente junto ao, agora, seu paciente.

No atendimento seguinte os assuntos tiveram seu início a partir do interesse pela música. De mero fundo, ela se tornou figura, constituindo um elemento de vínculo entre os dois, que falavam sobre seus gostos musicais. Foi assim que Rodrigo soube que seu paciente apreciava música clássica, mas nunca vira um concerto. Foi assim que o sr. G. soube do interesse por jazz do estagiário e foi juntos que combinaram de no próximo encontro cada um levar para o outro uma amostra de suas preferências. Os interesses eram apresentados e naquele acompanhamento surgiu uma demanda da dupla pelo compartilhamento de objetos que revelassem aspectos pessoais de seus donos. Mas isso pode? Um *at* pode gravar um CD com suas músicas prediletas e entregar ao seu paciente? E pode receber igual oferta em troca?

Dúvidas como essas são comuns e incomodam aos futuros acompanhantes: qual o limite de proximidade com o paciente? Até que ponto podemos participar do seu cotidiano e nos mostrar durante o trabalho? Onde fica a neutralidade do terapeuta no AT?

Estas questões trazem maior angústia aos alunos por se tratarem de atitudes do terapeuta que divergem do referencial técnico psicanalítico padrão. Este tema será discutido com maior cuidado à frente, mas cabe aqui alguns apontamentos. Constitui-se em uma tarefa que toma boa parte das aulas e supervisões sobre AT criar uma nova referência de neutralidade para nosso trabalho, uma vez que este profissional participa da realidade do paciente e não teria sentido tentar manter uma postura de abstinência tal como proposta por Freud (1912/2010) em consultório, com pacientes neuróticos. Ao contrário, é um contrassenso se esquivar de mostrar-se um pouco, responder a certas perguntas, uma vez que estamos expostos e participamos do cotidiano junto ao paciente. Tal como apresentando por Cenamo, Prates e Silva e Barreto (1991), a neutralidade adequada no AT é a de não fazer o acompanhamento atender aos desejos do acompanhante. Vamos a um restaurante, por exemplo, porque o paciente escolheu isto. Não houve uma condução do trabalho em função do nosso interesse. Mas, lá chegando, podemos dizer se gostamos ou não de certo prato. Ao iniciarem o vínculo em questão, ao partilharem um gosto dedicado e *espontâneo* por música, não havia por que o estagiário recusar-se a uma troca de referências. Um interesse mútuo se constituía e ganhava suporte. Apenas isso – e tudo isso estava em jogo. Claro que apenas o CD não seria o suficiente para formar ali uma dupla de trabalho. A transferência já se estabelecia e tomara uma estranha forma: no primeiro encontro, com bastante intensidade, o paciente contou sua história ressaltando seus feitos aventureiros pelos estados do país. Trocar um CD era apenas uma faceta a mais desse aspecto transferencial. Ademais, e se este objeto não fosse dado, o que se ganharia com isso? Favoreceria a transferência, *no acompanhamento terapêutico*, recusar-se a esta apresentação de um gosto pessoal³²?

A questão aqui é ajudar os alunos a pensar nos ganhos e prejuízos possíveis na constituição do vínculo quando certas situações convocam “a pessoa real” (CASSORLA, 1998) do profissional.

Naquele, e em outros atendimentos, a conversa incursionou uma vez mais pelas histórias do passado e Rodrigo se fez de curioso, pedindo ao sr. G. para conhecer o bairro tão falado. Onde ficava a igreja? Em uma tarde, aproveitaram o bom tempo e saíram para caminhar. Com isso, uma primeira

³² A propósito, eles trocaram os CDs, tendo cada um gravado suas músicas preferidas para o outro.

mudança se fez em seu ambiente, pois alguém deveria tomar seu lugar na mercearia. O filho adolescente relutou e a esposa assumiu a posição atrás do balcão. Andando pelo bairro, o “rapaz”, como era chamado no ambiente doméstico, deu lugar ao “doutor”, pois assim nosso estagiário foi apresentado aos vizinhos. Operando suas artes vinculares, o doutor conheceu a igreja e viu a entrada da mata, que há quatro anos, desde o AVC, não era visitada pelo sr. G.. Combinaram de ir até lá um dia e, para isso, um vizinho foi convidado. O interesse estava vivo. Seria em um sábado futuro. Lembrando do tempo de atendimento, pouco menos de dois meses até que o semestre letivo tivesse fim, e com ele o estágio, estabeleceram que antes do encerramento a mata seria visitada.

Até chegarem ao dia desse acompanhamento tão especial, os sábados se passaram entre conversas na mercearia, assuntos cotidianos, tendo sempre na surpresa do sr. G. um início característico. A cada sábado o estagiário estava lá, no horário combinado, mas isto surpreendia ao nosso paciente, que duvidava se Rodrigo chegaria num dia de chuva, em outro de greve dos ônibus e em outro, com uma tarde de sol franco. Se suporia ele tão desinteressante assim? Ou estaria ele, na medida de sua ansiedade, esperando por uma falta, enquanto a espera mesma por isso denunciava uma presença marcante do *at*?

Sem sabermos destas particularidades, o dia combinado para a ida à mata chegou e lá estava nosso doutor encontrando seu paciente para a esperada aventura. Foram até a casa do vizinho, deixando uma vez mais a mercearia aos cuidados da esposa, que fez mil recomendações de cuidado e outros quereres bem intencionados ao marido. Com alguma decepção receberam a negativa do amigo. Ele não poderia ir. Talvez no próximo sábado...

E agora, o que fazer? Rodrigo propõe que caminhem um pouco para pensar, dando chance às pernas de encontrarem solução para aquele conflito entre desejo e realidade. Como solucioná-lo? Talvez algum terapeuta desavisado tomasse a decisão no lugar do nosso receoso paciente, seja afirmando para irem só os dois, seja desaconselhando a empreitada em dupla. Nenhuma restrição de ordem médica ou fisioterápica existia que impedisse o paciente de prosseguir.

Diante daquela situação o que nosso estagiário fez foi digno de boa nota psicanalítica. Esperou. Deixou surgir e tomou em consideração. Saíram pelo bairro pensando em silêncio, distraído-se com a paisagem. Depois de algum tempo, descuidados, eis que param para decidirem. Estava ficando tarde: iriam sozinhos ou voltariam, pergunta o sr. G.? Rodrigo apenas levanta os olhos ao seu redor e responde: nós já estamos na entrada. A decisão já tinha sido tomada pelo paciente, que apenas demorara a perceber sua própria resposta. Sem aconselhamento, sem pressa, com vagar e contendo a vontade de acelerar a solução do conflito (FREUD, 1914/2010), Rodrigo deixou ao paciente a

responsabilidade por decidir os caminhos a seguir. Como acompanhante, coube a ele a escuta analítica atenta aos passos que nos interessa: aqueles que sinalizam o desejo do paciente, dando tempo a que seus recursos psíquicos se mobilizassem em torno do conflito ali vivido. Depois de um acompanhamento analítico tão preciso só um caminho era possível. Entraram.

Uma recomendação importante e tranquilizadora de Freud sobre o processo analítico pode ser lida no texto “Recordar, repetir e elaborar”, onde encontramos:

O médico nada tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem um curso que não pode ser evitado, e tampouco acelerado. Atendo-se a essa compreensão, ele se poupará muitas vezes a ilusão de haver fracassado, quando na realidade segue a linha correta no tratamento (FREUD, 1914/2010, p. 209).

Naquele espaço, nosso acompanhante teve uma grata surpresa. O sr. G. demonstrava uma destreza surpreendente, parecendo ser ele o saudável, enquanto o moço da cidade grande precisava de ajuda e indicações de onde pisar para apoiar-se e também auxiliar nosso aventureiro em recuperação – e aqui já não sei diferenciar se recuperação física ou psíquica. Há como separá-las? Interessa essa separação?³³

A dupla de trabalho seguiu bem seu caminho, tendo como passagem uma fala excepcional de nosso paciente, pois demonstrava o trânsito psíquico que aquele percurso produzia nele. Virando-se para o estagiário-doutor o sr. G. disse que aquilo ali poderia ser apenas um passeio para Rodrigo, mas para ele *estar ali tinha a ver com toda a sua vida*. Revisitando aquele espaço, pôde-se realizar uma das tarefas do acompanhamento terapêutico, tal como entendido por Safra (2006) em “*Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico*”: a oferta de um lugar possibilitado pela transferência e marcado pelo reconhecimento da singularidade do paciente.

Ali, um novo sujeito psíquico assumira as rédeas daquela empreitada. E estava visível em como ele dava ânimo àquele corpo, fazendo talvez o seu espírito revigorar-se em meio às recordações efetivas que deixavam distante o cambaleante paciente neurológico. Dispostos e com cuidado, a dupla fez *a volta completa*, chegando até o poço onde antes o sr. G. pescava. Dali só restava voltar, após um breve descanso, para, quase duas horas depois, encontrarem a esposa na porta da mercearia, entre

³³ A respeito da inseparabilidade entre corpo e mente, uma proposição bastante clara e simples pode ser reconhecida no seguinte trecho da obra “As cidades invisíveis”, de Italo Calvino:

Marco Polo descreve uma ponte, pedra por pedra.

– Mas qual é a pedra que sustenta a ponte? – pergunta Kublai Khan.

– A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra – responde Marco –, mas pela curva do arco que estas formam.

Kublai Khan permanece em silêncio, refletindo. Depois acrescenta:

– Por que falar das pedras? Só o arco me interessa.

Polo responde:

– Sem pedras o arco não existe (CALVINO, 1990, p. 79).

brava e contente, mas sabedora de por onde aquela dupla andara: *Vocês deram a volta completa, não foi? Eu sabia*. Ela devia saber mesmo. Algo de volta em seu marido estava visível.

Em supervisão procuramos reconhecer os efeitos da clínica do acompanhamento terapêutico a partir da cena narrada por Rodrigo. As saídas não são feitas apenas em função de um estado de isolamento físico ou algo do tipo. As saídas buscam resgatar e conectar o paciente com a trilha de seus desejos e história, trilha essa que sofre impedimentos de várias ordens e extensões. Fabio Herrmann (1997) diz que no tratamento à neurose buscamos tomar em consideração aquelas questões referidas aos “nós dos desejos” que impedem o paciente de ter acesso aos recursos psíquicos que se tornaram limitados em função de um campo inconsciente de sentido.

Foi justamente um destes nós que se rompeu quando nosso paciente passou a sair de seu “curral” acompanhado do *at*. Foi isso o que se rompeu mais fortemente quando a esposa reconheceu seu esposo ao vê-lo retornar do encontro que teve com toda a sua história. Ir até a mata fora uma ruptura de campo, entendido aqui como uma determinação inconsciente de sentido, pois não havia outro motivo além de psíquico para ele sequer ter pensado em ir até aqueles locais nos últimos quatro anos. Lembrem-se que ele só esperava pela morte e não mais por aquele encontro consigo e seus outros *eus* com espaços próprios. Espaço físico ou psíquico?

O limite, vivido na relação do sr. G. com sua história, suas memórias e seus desejos, era de ordem psíquica, não racional, não dependente da vontade. Isto é, era da ordem do inconsciente.

Neste ponto temos a marca distintiva da clínica do acompanhamento terapêutico pensado psicanaliticamente. Toda essa descoberta e todo esse processo de ruptura dos campos limitadores do viver do paciente foram realizados, em grande parte, pela ação de concretamente irem aos espaços de vida do paciente. Espaços estes que haviam sido deixados de lado pelo nó do desejo surgido em decorrência marcante do AVC, mas que podiam ser desatados não só pela recuperação de sua condição física. Antes disso, ou ainda, até para contribuir ainda mais com tal recuperação, era necessário resgatar as possibilidades deste sujeito, tendo como suporte as saídas pela sua história concreta, utilizando-se do vínculo transferencial do *at* que visita esta história concreta tornando-a uma vez mais vivida e compartilhada.

Há um fator marcante na clínica do AT, o fato das paisagens psíquicas poderem ser revisitadas e ressignificadas pelo paciente em companhia do seu *at*, o que confere uma intensidade a tais experiências distinta daquela possível à narração de fatos ou fantasias ao analista em seu consultório. Sem juízo de valor, uma marca distintiva inquestionável é esta do AT³⁴.

Vale ressaltar que antes das saídas se tornarem possíveis, outro feito foi fundamental: foi para Rodrigo, aquele “rapaz” que todos os sábados ia até sua casa, que o Sr. G. contou suas histórias. A ele atribuiu confiança necessária para narrar-se, envolvendo-se emocionalmente neste vínculo de expectativas e anseios. Será que ele virá? perguntava-se. Ao chegar, histórias com a especificidade do vínculo transferencial estabelecido eram contadas, trazendo à tona aquelas representações aventureiras.

Cabe ainda uma outra consideração, feita a *posteriori*, mas que revela uma possibilidade de tomarmos os autores psicanalíticos que temos citado como leitores do que fazemos no acompanhamento. Ao estabelecermos relações entre o que foi feito aqui e o que foi pensado na seara do consultório, mais do que encontrar um solo de justificativa para nossa prática, penso que descobrimos grande parte do sentido do que fazemos. É assim que temos a chance de aprendermos conosco mesmos, revisitando-nos enquanto vamos nos fazendo outros ao relermos nossas referências de pensamento, tomando-as em outro contexto. Foi por este exercício que pude entender os movimentos vividos pela dupla naquela ida à mata, muito bem conduzida pelo Rodrigo, referindo-me ao pensamento psicanalítico de Winnicott (2000), quando este autor estabelece uma relação entre a sessão analítica e a oferta da espátula aos bebês em seu consultório. Explico.

Depois de compreender o movimento dos bebês em três momentos distintos: a hesitação, a manipulação lúdica e a separação de objeto, Winnicott (2000) termina por comparar estes movimentos com aquilo que ocorre na psicoterapia de adultos. Nestas, assim como com os infantes, o analista oferece um objeto passível de manipulação pelo sujeito (a espátula, a interpretação), cabendo respeitar o tempo de hesitação necessária a cada pessoa para que esta dê conta de assumir a posse deste objeto, manipulando-a em seguida ao seu modo. Antecipar a posse da espátula ou forçar uma associação a partir daquilo que interpretamos, seria para Winnicott (2000) uma espécie de violência

³⁴ Um exemplo da distinta forma com que o acompanhante terapêutico cuida de questões neuróticas em relação ao psicanalista em seu consultório pode ser visto em Santos (2006).

para com o paciente. Algo contraproducente seja com os pequenos ou os grandes. Nosso estagiário, diante da dúvida do paciente em ir ou não à mata, fez isto: esperou, suportou o tempo de hesitação necessário para que o objeto fosse assumido e manipulado. Decorrido esse tempo, eles puderam enfim usufruir do objeto fazendo-o múltiplo como é próprio à experiência do brincar. Entre objetivo e subjetivo, aquele espaço não era mais apenas a mata no quintal do sr. G., era “toda a sua vida”, e se não temos notícia das associações que ele fez durante o caminho, podemos supor que as paisagens visitadas durante aquelas quase duas horas de caminhada ultrapassaram o território da periferia de São Paulo. Por onde ele foi não sabemos, mas certamente não podemos ser idiotas, como diria o psicanalista inglês, em supor que era *de fato* e *somente* na mata vizinha o terreno em que a dupla se movia. Tal como uma “aula sobre o objeto”, como descreve Winnicott (1941/2000, p. 129) em “A observação de bebês em uma situação padronizada”, a volta se completou. À dupla analítica uma nova ligação de objeto poderia ser feita a partir da completude daquela experiência. Nesse texto “a aula” diz respeito à oportunidade dada à criança de que “uma experiência ocorra em toda a sua extensão” (p. 129), referindo-se à hesitação, manuseio e descarte da espátula. Completar a experiência teria efeitos terapêuticos e abriria chance para que o processo analítico continuasse com uma nova interpretação (para o adulto), ou um novo objeto (para o bebê), fossem pensados ou manipulados. No caso do AT, findada a “volta completa”, uma nova saída estava sendo gestada em meio ao que era possível àquela dupla constituir, entre reencontrar, descobrir e inventar, sob o signo da transferência.

Os efeitos daquela ida à mata devem ter repercutido durante a semana, pois no encontro seguinte o paciente disse ter comentado com todos os vizinhos sobre a “volta completa” que fizeram. Mas havia mais. Como estava chegando o fim do estágio, surgiu a ideia de resgatar um interesse demonstrado no início dos atendimentos: a música. Saindo que estava detrás do balcão, “retomando outros espaços como modo de vincular-se”³⁵, a partir do reconhecimento de seus interesses, por que não ir assistirem a um concerto de música clássica? Como seria irem no domingo até a Sala São Paulo?

³⁵ A respeito da relação entre espaço e constituição psíquica é interessante ler o trabalho de Pankow (1988), especialmente o capítulo em que a autora analisa o livro *Dom Casmurro*, de Machado de Assis. Para ela, a descrição espacial feita por Machado apresenta a solução psíquica *concreta* criada por Bentinho para lidar com seus conflitos edípicos. Na disposição dos objetos em seu escritório, que tem próximas as fotos de sua mãe e seu amigo; na proximidade entre a casa materna e da namorada; assim como em sua residência de homem casado, mas com trânsito livre para Escobar, a psicanalista reconhece a descrição espacial dos conflitos do personagem título, cuja solução edípica não o permitia distanciar-se das figuras dominantes e ambíguas de Capitu e Escobar, enquanto representantes materno e paterno. Ao fim, não restaria outra saída a não ser reconstruir a casa da infância, fazendo daquele local um “espaço apaziguador” onde tolerar a solidão.

Sem reservas prévias, ponderaram sobre a dificuldade de encontrarem ingressos, mas caso isso ocorresse, pensaram, estariam próximos à Pinacoteca... uma outra possibilidade surgiu, criada pela distensão do tempo de que nos dá conta as reticências! Não seria necessário explicar ou justificar a proposta, apenas deixar suspensa a potência contida nesta abertura de possibilidades diante de um limite concreto. No mundo daquela dupla já havia espaço para as reticências e, com elas, o que não sabemos passa a existir em *possibilidade*. Uma grande operação psíquica estava em curso.

Esta ideia é lançada ao paciente para que ele pensasse, podendo os detalhes serem acertados durante a semana. Os planos correm e ganham um acréscimo: e se a esposa também fosse? Esta sugestão foi trazida pelo paciente e se adequava muito bem ao momento vivido no atendimento. Aquela saída seria a última do semestre e, portanto, a última daquele trabalho, pois o mesmo teria alta da Fisioterapia. A esposa aceitou o convite e novos combinados foram feitos. Não seria necessário encontrar o paciente em sua residência, mas acompanhar os dois a partir da porta da Sala São Paulo. Uma autonomia era vislumbrada com essa ação. Lá chegando, a dúvida se concretizara – não havia ingressos. Sem problemas. Foram até a Pinacoteca o sr. G., sua esposa e Rodrigo. A máquina fotográfica levada pelo casal foi empunhada por nosso estagiário, que já foi rapaz, doutor, auxiliar de expedição e agora era fotógrafo. Tinha de ser. A transferência assim o pedia.

Ao caminharem pela Pinacoteca, observando os objetos expostos naquele prédio que até então não conheciam, algo mais também se expunha. Senhor e senhora G., abraçados, detinham seus passos para serem vistos/fotografados por Rodrigo. Ao registro dado pelas fotos, outro se somava – o testemunho do terapeuta. Ele tinha de estar de fora para que os dois estivessem *dentro* daquele encontro. Ele tinha de estar ali, acompanhando, para dar contorno àquela possibilidade, mantendo-a até mesmo com o uso de seu *setting* de trabalho, afinal era no horário do acompanhamento que aquele reencontro do casal se realizava.

Na Pinacoteca os olhos iam às pinturas, mas encontraram no trabalho de Rodin um índice mais claro para a consciência da distância em que todos ali estavam. Havia colocado o filho tomando conta da mercearia, longe da televisão, para que eles pudessem deixar suas vidas rotinizadas para usufruírem dos bens de cultura disponíveis. Dizia nosso aventureiro culto ser uma surpresa estar diante de Rodin. Sempre ali, mas nunca visto. Sem entrar nas questões sociais que criam um fosso entre a população e os bens culturais, outra distância se rompera: a do trabalhador/paciente desumanizado e reduzido à condição psíquica fixa de um campo inconsciente que o marcava sempre nos mesmos pastos da vida. Abria-se ali, mas já há algum tempo, uma nova possibilidade de vínculo e fruição do sr. G. com seus interesses. E convidar a esposa para participar daquela última saída tinha esse propósito, incluí-la neste processo de abertura psíquica para que a mesma tivesse também a sua

participação, visando dar continuidade, oxalá, nos ganhos conquistados mesmo após o fim do acompanhamento.

Depois de usufruírem da Pinacoteca, das fotos retiradas do casal, das fotos do trio e também da dupla de trabalho, o acompanhamento entre Rodrigo e o sr. G. teve fim, mas não por falta de trabalho, mas pelas exigências institucionais do término do semestre. Depois das despedidas e dos agradecimentos mútuos, por tudo o que um deu ao outro, um criou junto ao outro, teve encerramento este atendimento de pouco mais de dois meses, saindo de um lado um acompanhante com um bom início de formação, e de outro um senhor e sua esposa, contentes por aquilo que puderam experimentar juntos e que em nada lembrava aquela definição inicial de que ele era um... um... um o quê mesmo? Ali, só mesmo uma nova representação poderia ser utilizada, uma que estava contida em seu “diagnóstico transferencial” e que ganhava agora as cores de uma revivescência: ele era um aventureiro erudito, que teria histórias para contar da conquista da Pinacoteca e o encontro com um certo Rodin, tendo ao lado um acompanhante terapêutico que deu forma e registro a estas possibilidades. O cavalo, tal como o escafandro, poderia retornar, e retornaria, pois é uma representação com a qual fora estabelecida uma identificação, mas que não era exclusiva.

Aqui podemos fazer um adendo bastante útil: a consideração pouco comum à “política da cura”. Esta ideia, também aprendida junto a Fabio Herrmann (1997), apresenta a necessidade dos terapeutas fazerem “cálculos” na condução do processo terapêutico, visando a antecipar riscos e ganhos com uma ou outra ação realizada durante o trabalho. À ideia de cura, Herrmann soma outra que comumente não lhe é associada: a política, entendida em seu vetor de condução do tratamento. Como “arte do possível”, ele utiliza este conceito para demonstrar que para chegarmos à cura, ao cuidado do desejo do outro, estratégias devem ser tomadas visando tornar viável este cuidado.

De modo sutil e atento às particularidades de cada vínculo transferencial, entendendo o momento afetivo por que passa a dupla e o paciente, o terapeuta assume certas estratégias que tornam possível manter o vínculo, fazendo ajustes até mesmo no enquadre de trabalho, se necessário, para continuar o trabalho visando a cura. Há resistências por se vencer, empecilhos de ordem prática presentes no percurso do trabalho, certos recuos momentâneos visando ganhos futuros. E por tais ganhos futuros não temos uma tábua de valores aos quais queremos conduzir nossos pacientes, mas apenas o compromisso, diz Fabio Herrmann (1997, p. 195), de auxiliar o sujeito na

realização de suas possibilidades intrínsecas, “encaminhando o paciente a habitar com cuidado suas emoções, a reconhecer-lhes a lógica, a cuidar do que sente.”

De outro modo Figueiredo (2008, p. 27) comenta sobre a busca por uma “maior possibilidade de trânsito intrapsíquico, o que é a condição para os ganhos na luta contra a repressão e contra as cisões e dissociações”.

Essa ideia de política da cura é que norteou a troca de CDs anteriormente, foi uma aposta calculada de que aquela medida poderia trazer proximidade para com o paciente. Foi a consideração desta ideia que norteou a decisão por não convidar a esposa para o passeio na mata, mesmo sendo de sua vontade participar daquela saída. O cálculo feito seria de que, estando ela presente, o alcance da dupla seria menor, mantendo o sr. G. na condição de paciente neurológico que exige cuidados e receios por parte de sua cuidadora, a esposa. Talvez não restem dúvidas de que junto a ela a “volta completa” não se realizaria. Nunca teremos essa certeza, claro, mas um cálculo político fez-nos crer que aquela saída traria à tona as representações de aventureiro do sr. G. se estivesse presente apenas o depositário desta transferência: Rodrigo.

De outro modo, ao final do estágio e tendo por objetivo tentar manter as rupturas geradas durante o processo terapêutico, fez-se uma aposta de que presença da esposa traria dividendos ao tratamento em curso do sr. G.. Na impossibilidade formal de dar continuidade aos acompanhamentos, talvez a presença da esposa pudesse ser um elemento que manteria os benefícios já vividos pelo paciente, agora tendo-a também distante do curral-cozinha onde se encerrara ou fora encerrada. Este cálculo antecipou a distância a que seria posto necessariamente o acompanhante, sabendo-se de antemão que o vínculo com o paciente sofreria uma modificação, dando origem a um novo par terapeuta-paciente, na presença de um par que se mostrou bem amoroso, marido-esposa.

Calcular este efeito, sabendo de seus possíveis benefícios, preparou nosso estagiário para as novas posições que viria a ocupar na transferência. Percebeu-se posto de lado, sentiu certo desconforto, é verdade, mas pequeno e passageiro, pois estava certo de que suas contas foram bem feitas – aquele era o ganho final de seu trabalho, a restituição daquele par nas terras vastas da cultura, tendo um acompanhante-fotógrafo como suporte **necessário** para que aquele encontro tivesse lugar. As ideias de Porto e Sereno (1991) de que a posição dos acompanhantes sofre alterações durante seu

trabalho, oscilando entre ir à frente, ao lado e atrás de seus pacientes, justo quando de nós eles já precisam pouco, também foram úteis naquele dia, depois de já terem sido discutidas em sala de aula. Este era o caso, este fora o cálculo político da cura, que fizera esta aposta no convite à esposa para este último AT. O caso pôde ser bem encerrado.

Findado nosso estudo do Sr. G., em que se enfocou mais o papel da supervisão como elemento formador para os acompanhantes, passaremos agora ao último caso a nos fornecer material para análise sobre estes três domínios de estudo: o acompanhamento terapêutico de pacientes neurológicos, a formação dos acompanhantes e o referencial psicanalítico empregado em tal formação e prática. O caso a seguir será imediatamente lembrado pelos leitores, pois esteve em nossa introdução, e, penso eu, se mostrará bastante útil. Vamos a ele.

O CASO PAULA foi aquele que mais demorei para elaborar e conseguir trazê-lo problematizado. Seguidas vezes discuti com meus colegas e orientadora deste doutorado a forma de abordá-lo. Várias questões se colocavam em função do caráter específico deste atendimento, revelando uma gradação de intimidade e propriedade compartilhada dos casos trabalhados. Com o Jean-Dominique Bauby o acesso era direto, uma vez que a fonte é um bem cultural, o filme “O escafandro e a borboleta”. No caso do Sr. G. há o trabalho de um estagiário que, por dois meses, atendeu este paciente, sem que tenhamos maiores notícias dele. Foi um atendimento pontual, digamos assim. Com o caso Paula há outro envolvimento, tanto meu quanto dos alunos.

Este foi um dos primeiros casos encaminhados por nossa parceira na fisioterapia, tratando-se de uma paciente e uma família aos quais eram dedicados grandes esforços. Pessoalmente fiquei sensibilizado com a história daquela moça, cujo nome real era idêntico a uma pessoa da minha própria família. Aspectos constratransferenciais talvez tenham mobilizado um empenho diferente neste caso. Além disso, estive às voltas com Paula durante os cinco anos que duraram esta prática de estágio. Neste intervalo duas alunas acompanharam por poucas vezes, e em semestres distintos, a paciente. Mas em duas oportunidades, duas duplas de alunas acompanharam Paula por dois semestres seguidos cada uma, ainda que não de forma contínua.

De maneira esquemática temos que uma aluna atendeu Paula em 2007 por poucos encontros, uma vez que era o início do estágio. Uma dupla de alunas acompanhou Paula no 2º semestre de 2008 e 1º semestre de 2009. Outra aluna acompanhou Paula no 1º semestre de 2010, novamente por poucos encontros, pois sua paciente original desistiu dos atendimentos no meio do estágio. Finalmente, nos dois semestres de 2011 Paula foi atendida por uma outra dupla de alunas. Ainda que de modo intermitente, esta paciente tornou-se aquela que foi por mais tempo atendida em meu estágio, contando também com a experiência de continuidade por um ano de manutenção do mesmo vínculo entre alunas e paciente. Nos semestres em que não foi acompanhada, pois nenhum aluno se dispôs a realizar este trabalho (por sua dificuldade tanto de manejo quanto de acesso à residência), ainda assim tínhamos notícias de seu estado através da equipe de fisioterapia.

Todo esse quadro perfaz um caso com riqueza de detalhes e grande envolvimento com a história pessoal e familiar de Paula, tanto de minha parte, quanto de minhas alunas. Ou seja, temos uma história clínica aqui – o que diferencia este caso do filme analisado e do acompanhamento pontual descrito. Não somente pela quantidade de material disponível, mas principalmente por sua qualidade, uma vez que Paula era uma paciente com graves sequelas, o estudo deste caso era quase uma necessidade.

Uma nova situação coloca desafios igualmente novos. Eu estava às voltas com a tarefa de trabalhar uma história clínica que não tinha sido efetivamente atendida por mim. De modo específico, as duplas de alunas se dedicaram bastante a este atendimento, realizando um trabalho de grande pertinência e que, a meu ver, não deveria ficar encerrado como uma mera atividade obrigatória de estágio. Elas acompanharam Paula durante os meses de atividade letiva e eu supervisionei os atendimentos por quase cinco anos. Esta era a regra institucional, uma vez que a paciente estava vinculada ao ambulatório universitário e, com isso, ao professor responsável pelo estágio. Do ponto de vista ético-burocrático, Paula também estava sob minha responsabilidade, pois meu registro profissional validava o atendimento das alunas enquanto prática de formação em Psicologia.

Mas a questão clínica não se resolve apenas por fatores legalistas. O desafio é transmitir o calor dos atendimentos, suas idas e vindas, erros e acertos, a natureza do vínculo transferencial estabelecido e o necessário trabalho de supervisão deste caso longo e compartilhado entre diversos envolvidos. Como comunicar as entranhas clínicas de que participei e ajudei a dar forma? Há um vínculo contratransferencial de minha parte que se torna mais agudo aqui. Não só com a paciente, mas com toda sua história produzida ao longo dos atendimentos. No meio deste percurso, meu doutoramento assumiu como tema o ensino e a prática do AT, pensado psicanaliticamente, com pacientes neurológicos, fazendo do caso Paula o melhor de que disponho, uma vez que foi aquele mais longamente atendido.

Além disso, essa paciente era uma das mais graves no ambulatório de fisioterapia e, certamente, a mais difícil para a prática psicológica, dada sua condição clínica. Se conseguíssemos realizar um acompanhamento terapêutico com Paula, utilizando o referencial psicanalítico, então outros casos poderiam ser atendidos também. Esta é a razão mais forte para trazer um caso inicialmente tão pouco promissor a estas páginas.

O desafio é: como construir o caso? Manterei uma distância em relação à narrativa, recorrendo aos relatórios de estágio com certa exterioridade de leitor? Ou me misturarei à prática efetuada, trazendo para o leitor uma descrição viva do que foi feito em conjunto por alunas e supervisor? Na prática de supervisão psicanalítica o lugar do supervisor é sobre o campo da relação supervisionando-supervisor, na qual repercute o campo analista-paciente, uma vez que ele é o responsável pelo atendimento. Neste caso, como vimos, o responsável era eu, os estagiários permaneciam um tempo, sendo substituídos por outros. Eu e a paciente ficávamos nesta forma de cuidado à distância, tendo pelo meio a subjetividade e empenho dos alunos.

A forma que encontrei para tornar esta narrativa em um caso clínico, sob minha escrita, foi desenvolver ***um método específico de leitura***. Li e reli as quase duzentas páginas de relatórios produzidos naqueles dois anos de atendimento. Os relatórios deviam constar de duas partes: uma descrição da atividade feita e uma elaboração pessoal sobre cada atendimento, que poderia ser desde a proposição de um pensamento teórico associado ou a explicitação de aspectos transferenciais e contratransferenciais notados e vividos pelo aluno. À medida que lia os relatos clínicos comecei a selecionar determinadas passagens que considerei mais significativas, sem nenhuma classificação prévia de interesse ou categorias de análise. Destacava as condições da família atendida, as particularidades do vínculo com Paula, as intervenções das acompanhantes, os erros, os acertos, os efeitos gerados, os desafios, os impasses, os significados possíveis para cada episódio, articulações teóricas, aspectos emocionais envolvidos, etc.

Tais destaques foram depois transcritos em um outro texto, sem o recurso eletrônico de copiar e colar. Literalmente eu reescrevia trechos dos atendimentos à medida que ia me detendo nos destaques que realizei. Com minhas palavras, rerepresentava a cena, as intervenções, acrescentando comentários à margem do texto sobre o significado do que descrevia.

Durante esta lida com os registros de atendimento, me incomodou o fato de eu *precisar* reescrevê-los com minhas palavras. Por que isso? Lembrei-me da sugestão de Walter Benjamin (1995), lida no livro “Rua de mão única”, que diferencia o efeito na alma de quem copia ou apenas lê um texto. Obrigado a seguir as formações semânticas, como se caminhasse pelo “relevo” criado pelo autor, o copiador teria aberto em si perspectivas novas por embrenhar-se nas trilhas de quem ele vem a conhecer repetindo seus passos. Copiar um texto traz nova dimensão àquilo que se lê, pois realiza-se um *trabalho de escrita* associado ao trabalho de leitura durante a cópia, conhecendo-se o texto por nos embrenharmos nele, sabendo suas fendas, suas dificuldades, seus percalços e não mais “sobrevoando-o” com os olhos.

Esta ideia me deu certo alento, mas não me parecia suficiente para compreender meu trabalho com o texto, uma vez que eu não apenas copiava. Eu escrevia uma narrativa ao mesmo tempo própria e próxima àquela lida. E isto por dois motivos: a coerência intrínseca às cenas vividas e o conhecimento íntimo deste mesmo caso, que eu revisitava através dos relatórios. Não sei se revisitava ou revivia. Esta experiência de leitura e escrita trouxe à memória o conto de Jorge Luis Borges (2007, itálico do autor), “Pierre Menard, autor do *quixote*”, e aí sim pude compreender o que fazia e como seguir adiante.

Como defendeu Borges, no texto que citaremos daqui em diante, o propósito de seu amigo era *escrever* o Quixote e não fazer uma transcrição mecânica do mesmo. Para o escritor argentino, Menard teria realizado uma obra “invisível” das mais importantes do século XX: ele teria escrito o Dom Quixote tal e qual fora inicialmente feito por Cervantes no século XVII – o que afasta qualquer disparate de imaginar uma adaptação ou atualização da obra original à época de Menard. A ambição deste autor era “produzir páginas que coincidissem – palavra por palavra e linha por linha – com as de Miguel de Cervantes” (BORGES, 2007, p. 38). A origem de tal propósito viera de duas ideias obtidas por Menard em seus estudos: leu um texto que discursava sobre o tema da “*total identificação com um autor determinado*” e outros que produziam um anacronismo e uma conjugação de vários personagens literários em um só (BORGES, 2007, p. 38, *itálicos do autor*).

Até aí uma boa pista está dada a respeito da associação que me fez reler Borges e sua pertinência na compreensão da escrita (ou reescrita) que eu realizava, afinal havia uma *identificação total* minha tanto com o caso quanto com as acompanhantes. Além disso, reconheço no meu texto esta espécie de conjugação de personagens, pois a Paula que surgirá será fruto daquela trabalhada pelas alunas em seus relatórios e também por mim, que reescrevo este mesmo, outro, caso. Uma nova Paula, mas a mesma de outrora, pois não a inventei. Ela existe e foi atendida diretamente por minhas alunas e indiretamente por mim. Com isso, temos que o propósito de meu texto seria idêntico ao de Menard: criar algo que coincida ponto por ponto, fielmente, à Paula anteriormente escrita, mas agora sendo de minha autoria. Não posso criar movimentos distintos, respostas novas, retirá-la do contexto em que vivia e onde ocorreram os atendimentos. Mas, ao realizar esta empresa de *reescrita criativa do mesmo*, termino por fazê-la de minha autoria.

O método para chegar a tal objetivo foi descoberto por Menard ao longo de algumas tentativas. Primeiro ele julgou pertinente *ser* Miguel de Cervantes, aprendendo o espanhol do século XVII, retomando as lutas mouras e esquecendo a história europeia posterior ao período pelo qual se interessava. Chegou a certo sucesso no domínio da língua, mas terminou por considerar a tarefa, além de impossível, desinteressante, o que o fez mudar de direção. Isto é, mais desafiador do que ser “de alguma forma” Cervantes e escrever o Quixote, seria escrever o Quixote, tal como Cervantes, mas conservando as experiências que ele, Menard, possuía. Este foi o intento que terminou por realizar, mesmo sabendo tratar-se de uma tarefa impossível de terminar, pois para tanto ele precisaria ser imortal, conforme disse (BORGES, 2007).

Cabe ressaltar que todo o empenho feito por Menard, as milhares de páginas manuscritas e corrigidas por ele, nunca foram lidas por ninguém. Ele fez questão de queimar todas. Para reconhecer o trabalho do amigo só restou a Borges uma opção, que ele leva a cabo em algumas

oportunidades: imaginar que lê a obra do amigo quando tem em mãos o Quixote. Esta ideia fá-lo reconhecer a escrita de Menard em várias passagens do livro, assim como permite-lhe concordar com as ideias do amigo, comunicadas em carta, quando este diz que lhe era muito mais difícil escrever o Quixote do que o fora a Cervantes, pois este movia-se “pela inércia da linguagem e da invenção”, enquanto ele deveria “assumir o misterioso dever de reconstruir literalmente sua obra espontânea” (BORGES, 2007, p. 41).

Aqui temos minha situação descrita. O caso narrado pelas alunas em seus relatórios constituía a tarefa acadêmica de apresentar os registros de atendimentos, dando-lhes a leveza de quem escrevia para cumprir uma dentre outras tarefas semestrais com as quais estavam acostumadas. Claro que isto não lhe reduz o mérito do que produziram. O texto que redigiram era resultado da uma série de elementos: a compreensão teórica das estudantes em formação acadêmica, o tempo disponível para realizar aquela obrigação institucional, o envolvimento de cada uma com o caso e inúmeras outras variáveis presentes no trabalho de escrita. Como se vê, nossas posições são bem diferentes. Isto é, eu deverei escrever a Paula que existe, mas não me tornando estagiário, pois isto seria falso e enfadonho, mas utilizando minhas próprias experiências, acúmulo de conhecimento e interesses pessoais, assim como Menard faria com seu Quixote. Não há como ser Cervantes e nem excluir o saber histórico, pois somos afetados por tal acúmulo, citando, dentre os vários eventos ocorridos, por exemplo, o conhecimento de que houve o Quixote – para Menard; e que houve a supervisão do caso Paula, para mim. A escrita não se tornará ingênua e será marcada pelo percurso que eu tenho, ainda que retratando o que já ocorreu.

O trabalho de Menard não teve conclusão visível, diz Borges, ainda que para ele o Quixote terá sido sua obra mais importante. Trata-se, conclui, da criação de uma nova técnica de leitura: “a técnica do anacronismo deliberado e das atribuições errôneas”, capaz de dar novo fôlego “à respiração normal da inteligência”, composta por atos que não podem ser considerados anômalos, que são “pensar, analisar, inventar” (BORGES, 2007, p. 44). Este modo de leitura cria no texto uma superfície de sutileza que faz ver inúmeras camadas de sentido possíveis, inúmeras ambiguidades, ironias e aventuras onde havia apenas uma pacata autoria resignada. Ele sugere então imaginarmos autores distintos para livros já escritos. Para exemplificar, imaginemos “Crime e castigo” escrito por Freud. Mergulharíamos, compreenderíamos de outro modo este texto ao tomar cada uma de suas linhas escritas pelo criador da psicanálise. Quanto subtexto, quantas intenções psicanalíticas veladas, reconheceríamos nas palavras de Dostoiévski? Pensaríamos de outro modo o próprio Freud ao “lê-lo” no drama agonizante de Raskólnikof. E os casos clínicos, como ficariam? Como pensar sua autoria

a partir desta ideia de Menard? Ou melhor, a partir de Borges que faz surgir Menard, autor do *quixote*?

Em meu caso, após reler o trabalho deste escritor argentino que sempre me dá tanto, modifiquei meu trato ao registro das sessões. Terminei por produzir dois textos, que reduziram as duzentas páginas iniciais para pouco mais de quarenta, onde se encontravam o caso reescrito e comentado, mantendo a divisão inicial entre relatos de atendimentos e impressões das acompanhantes separadamente.

Em seguida retomei minhas anotações pessoais realizadas durante as supervisões, atendimento por atendimento, para acrescentar ao material das alunas os apontamentos que fiz durante o andamento do caso³⁶. Esse novo texto passou a conter então todas as sessões, das duas duplas, com os apontamentos das supervisões, formando um corpo de registro que unifica as apreensões dos envolvidos, mas sob minha organização. Acrescentar minhas anotações de supervisão foi como sobrepor uma nova camada de sentido ao material descrito pelas alunas. Certos aspectos contratransferenciais notados por mim e não transcritos nos relatórios, passagens esquecidas, intensidades às vezes não registradas no papel, assim como certos conflitos inevitáveis em um atendimento realizado em dupla, puderam ser trazidas ao caso, retomando o mais próximo possível aquilo que chamei de “entranhas clínicas”. O caso então, assim como no texto de Menard, teria um elemento biográfico a mais, alterando-lhe a autoria, mais do que a forma. Assim, ler o material que se seguirá pede uma consideração crítica a mais: é o caso Paula, tal como minhas alunas o trabalharam, mas minhas intenções, minha história, também lá estão.

Passar pelo conto de Borges (2007) me permitiu um novo debruçamento sobre o material clínico supervisionado, fazendo surgir uma narrativa que posso sentir como clínica. Talvez por isso, o modo de apresentação será distinto daquele utilizado nos casos anteriores. É este mesmo o empenho: respostas diferentes para problemáticas distintas. Vamos à história clínica.

O AVC hemorrágico sofrido por Paula aos dezesseis anos deixou-a com graves sequelas: paralisção quase completa dos dois lados do corpo (dupla hemiparesia cruzada), perda total da fala, perda de massa encefálica e afundamento craniano no lado direito, em função das cirurgias realizadas. Quando iniciamos seu atendimento, cinco anos já haviam se passado desde o acidente vascular, tendo havido uma recuperação em seu tônus muscular no tronco, pernas e braços, ainda que a

³⁶ Cabe ressaltar a diferença de registros existente entre os dois momentos de atendimento. Em 2008-2009 estávamos no início de nossa prática e eu sequer imaginava utilizar tal material em meu doutorado. Em 2011 a situação era outra. A prática de supervisão e os acompanhamentos com pacientes neurológicos já eram meu tema de estudo. Daí, produzi com maior esmero os registros das supervisões.

capacidade de controle desses membros se mostrasse limitada. Alguns de seus gestos eram atos reflexos e não se tinha certeza a respeito do controle voluntário e consciente de seus membros. A fala fora definitivamente perdida.

Do ponto de vista do atendimento psicológico não tínhamos perspectivas claras do que deveria ser feito, mas uma solicitação carinhosa por parte da professora da Fisioterapia para que pudéssemos atender aquela paciente e sua família nos moveu a tentar. A mãe de Paula demonstrava uma dedicação à filha que despertava na equipe um interesse por ajudar – ainda que todos reconhecessem os limites desse cuidado materno, especialmente no que se referia à higiene. Um caso difícil, várias sequelas, uma mãe dedicada, uma condição social precária. Estes eram os elementos iniciais que nos foram apresentados.

O primeiro contato com Paula se deu no ambulatório de saúde. As estagiárias chegaram e se apresentaram à mãe da paciente, que estava na sala de espera, como de praxe, esperando o término do atendimento fisioterápico. Dona Marta aceitou o trabalho de acompanhamento terapêutico e ficou conversando com as alunas Betânia e Thaís até a chegada para a filha. Assim como fazia com todos que se sentavam próximos a ela, sacou da bolsa um álbum de fotos onde se via a alegria, a beleza e a jovialidade de Paula, tal como era antes do AVC, cinco anos atrás. Como Paula era, não é mais. A experiência de continuidade, que nos permite reconhecer uma pessoa em sua identidade, ficou restrita ao tempo passado. A filha reconhecida era aquela registrada nas fotografias de outrora. Esta outra, quem seria? Ainda iríamos descobrir.

Ao terminar a fisioterapia encontramos Paula, que não é mais linda, jovem e alegre. Encontramos uma moça magra, de higiene precária, cabelos desgrenhados, mãos e pés ligeiramente retorcidos, dedos rígidos, incapaz de falar e com um afundamento proeminente no crânio. As estagiárias se apresentaram, falaram com ela e ofereceram seu trabalho. A mãe aceitou novamente e o horário de atendimento foi combinado. Havia uma esperança vaga por parte da equipe de fisioterapia de que a presença das psicólogas em formação levasse a família a cuidar melhor de Paula. Alguém iria conhecer sua casa e participar daquele cotidiano, sempre relatado pela mãe com bastante peso e sofrimento às fisioterapeutas. Tal sofrimento teria ouvidos mais preparados para ser recebido. Esta era a aposta – sem dúvida justa – feita por todos nós.

No primeiro atendimento uma percepção se formou. Paula estava em sua cadeira de rodas, colocada no meio da pequena sala, de uma casa também pequena, geminada com outras casas em um mesmo terreno, tendo um quintal em comum. Ela era a terceira filha de quatro irmãos, fruto de um casal que se mantinha junto a duras penas. A irmã mais velha estava com Paula na cena inicial que

descrevemos e ainda naquele tempo, cinco anos após o AVC, sentia-se culpada por não ter conseguido socorrê-la de modo mais rápido. Soubemos desse sentimento através da mãe, pois a filha, hoje casada, pouco ia à antiga casa e não falava com Paula. Aliás, ninguém falava com ela. O irmão mais velho participou pouco dos atendimentos, realizados em sua maioria nas tarde de sábado, enquanto o caçula, César, então com 18 anos, foi uma figura quase constante nos acompanhamentos. O pai, o senhor Marcos, esteve presente em poucas ocasiões, como se verá.

A marca do primeiro contato com aquela família gerou a percepção de uma dinâmica relacional que fazia de Paula um objeto dentre outros, uma cadeira posta no meio da sala. Os irmãos, os vizinhos, os familiares, todos com os quais as acompanhantes tiveram contato ao longo do tratamento, todos passavam por ela como se ela ali não estivesse. Sua cadeira era utilizada como suporte para roupa, um cabideiro improvisado, mesmo quando ela estava sentada ali. A televisão tinha seu canal mudado sem qualquer consulta por quem quer que fosse, não havendo interação ou consideração à sua presença diante da TV. Apenas a mãe assumia os cuidados diários com Paula. Todos os cuidados, sem exceção. Mudá-la de posição, trocá-la, alimentá-la, levá-la para a fisioterapia, tudo. Fazer transposições da cama à cadeira requeriam força e destreza, mas não contavam com braços masculinos para tanto. O pai queixava-se de que ficava estressado e todos, inclusive ele, diziam não saber cuidar. Esta tarefa era desempenhada por D. Marta. Se não fosse assim, disse o pai, “Paula morreria”.

A primeira impressão sentida pelas acompanhantes foi de que a paciente não fazia parte daquela família, era tratada como um objeto inanimado e não era reconhecida como sujeito possuidor de história, direitos, vontades, sonhos ou passado. Penetrar em tal situação gerou nas acompanhantes, ao longo de todo o caso, experiências emocionais descritas por elas como de choque, impacto, sofrimento, angústia, solidão, tristeza, raiva, frustração, paralisia, sufocamento e também, quando as intervenções davam resultado, extrema alegria, felicidade e satisfação pelo trabalho realizado.

A entrada das estagiárias levou-as a conhecer e sentir um ambiente cuja dinâmica relacional era marcada pelo silêncio, pelo distanciamento entre todos os familiares e por uma lógica cujo efeito tornava aquele local escuro, sem vida, produzindo efeitos paralisantes. Esta descrição do campo transferencial foi a mesma para as duas duplas de alunas, no início de seus atendimentos. Em supervisão entendíamos as relações estabelecidas entre as pessoas em função deste campo inconsciente: ou as pessoas se esquivavam de qualquer contato com Paula e as responsabilidades por seu tratamento ou tendiam a buscar saídas maníacas para tal situação, surgindo soluções mágicas para todos os problemas.

Estas posições distintas eram claramente marcadas pelo sono dos familiares, que ficavam dormindo atrás das portas fechadas dos quartos, não importava o horário dos atendimentos, e pela esquiva deles em buscar “rotas de fuga” pelos cômodos para não conversarem com as estagiárias. As saídas maníacas à dor vivida ali eram pensadas pelas estagiárias, de distintos modos e em diferentes situações. Tais pensamentos também eram uma resposta contratransferencial à condição de pobreza da família, que passava falta de vários bens necessários à vida de qualquer cidadão – o que suscitava certos projetos (não realizados) de cunho assistencialista por parte delas.

Dentre as saídas mágicas, vez por outra as acompanhantes se viam pensando, junto à mãe, se não poderiam escrever uma carta a algum programa de televisão solicitando desde a reforma na casa simples em que viviam, até pedindo a presença dos músicos prediletos de Paula, para quem sabe assim estimularem-na em sua recuperação. Ou então as próprias acompanhantes viam-se motivadas a buscar recursos financeiros para pintar a casa, abrir janelas na sala, trocar as lâmpadas por outras mais claras, ajudar na limpeza dos cômodos, pagar a conta de luz, tudo para conseguir modificar o ambiente mortíco que encontravam na casa de Paula.

De tais soluções mágicas a supervisão devia dar conta, convidando as estagiárias a compreender o sentido de tais fabulações e sua pertinência àquele campo de sentido em que estavam inseridas até a ponta de seus cabelos transferenciais. Tais ações, por mais bem intencionadas que pudessem ser, mostravam-se mais úteis como indicadores do vínculo estabelecido pelas alunas com os problemas vividos por Paula em sua família. Dando-nos o que pensar, antevia-se que tipo de mobilizações psíquicas eram convocadas para lidar com o sofrimento que há cinco anos abatera de modo quase irrepresentável todos ali: para a quase morte da filha idealizada e nomeada como a predileta, a mais bonita e alegre, defesas primitivas tomaram aquele grupo, criando uma negação de Paula como membro vivo daquela família. Além disso, esse sofrimento suscitou as atitudes de esquiva, distanciamento e irresponsabilidade para com os cuidados de nossa paciente.

Para compreender esta dinâmica familiar, a leitura do livro “A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura”, de Danièle Brun (1996), foi fundamental³⁷. Neste trabalho a autora investiga a fantasia inconsciente vivenciada por pais de crianças vítimas de câncer. Diante da notícia trágica da doença, com todos os riscos envolvidos na terapêutica, os pais passariam a lidar com fantasias de que seus filhos iriam morrer em função do câncer, sendo essa doença um elemento atualizador das fantasias infanticidas primitivas dos pais. O problema salientado no subtítulo do livro é claro: há um

³⁷ Agradeço a indicação desta obra às colegas Marília Vieira Marques e Ana Cristina Cintra Camargo, que me foi passada no grupo de pesquisa do Laboratório de Psicanálise e Análise do Discurso – LAPSI/PSA – USP, sob coordenação da profa. Dra. Ana Maria Loffredo.

risco psíquico quando ocorre a cura da doença, uma vez que as fantasias de morte anteriores não desapareceriam junto aos sintomas do câncer ou os efeitos colaterais do tratamento. Em alguns casos, mesmo vivos e curados, os pais continuariam a tratar seus filhos como potencialmente à beira da morte. Esse livro se mostrou um bom analisador da relação entre mãe e filha no caso aqui citado, ainda que tratemos de outra patologia. Sobrevivente ao AVC, Paula não teve sua nova condição atualizada pela família, sendo incapazes de inseri-la como era agora, na dinâmica do grupo. Tal como o potencial desejo de morte, vivido pelos pais das crianças vítimas de câncer, era uma presença contínua durante o tratamento, aqui também este elemento psíquico se mostrava claramente. Havia um vaticínio de morte, aliado a uma indisposição ao cuidado neste grupo, que tinha Paula em um quadro clínico estável, mas sem possibilidade de remissão dos sintomas. Quem ali estava preparado para sua sobrevivência com tantas sequelas?

Ao deixarem a casa da paciente nos encontros iniciais, tanto a primeira quanto a segunda dupla, as alunas sentiam um efeito de captura por este drama no qual estavam penetrando, levando-as a pesquisas sobre a condição médica da paciente, além de se colocarem no lugar daquela jovem que entre os quinze e dezesseis anos, teve sua vida completamente alterada. Tal intensidade era notada nos grupos de supervisão em que o caso de Paula era tratado. Todos os colegas se mostravam sensíveis e acolhedores à dupla de alunas, notando-se claramente que havia uma rede de suporte entre os alunos, que compartilhavam com seus colegas de turma um pouco daquilo com que se envolviam³⁸. Mais uma ressonância no campo pela contratransferência no grupo.

Cabia à supervisão, em parte, criar recursos para compreender o apelo transferencial, intensificado pela presença do estagiário em contato com a família do paciente, na casa deles, identificando as respostas contratransferenciais a tal apelo. Dentre as respostas, recolhemos anseios dos alunos por uma vida melhor para Paula até projetos de ação, desde os adequados até os de caráter maníaco.

Ainda que geralmente tenhamos encontrado respostas próprias ao trabalho do psicólogo, que instrumentaliza sua ação por meio da escuta aos conflitos com que lida, criando condições para o trato com os sintomas, também incorremos em erros cuja forma do *excesso de vontade* criou nas estagiárias desde uma irritação com os familiares até sonhos em que Paula tornava-se a filha de uma das alunas. Dentre as ações exercidas pelas estagiárias, em uma oportunidade elas presentearam a paciente com um CD de sua banda preferida, compraram um livro para leitura durante os atendimentos e utilizaram outros objetos, como o próprio celular para tocar músicas ou tirar fotos.

³⁸ Em parte foi tal intensidade compartilhada com os colegas que permitiu a continuidade do estágio no semestre seguinte. A regra institucional não garante tal continuidade, mas os colegas de classe das alunas reservavam para as mesmas uma presença no estágio, dando-lhes chance de continuarem seu atendimento sem a necessidade de disputar uma vaga no grupo de supervisão.

Teremos a oportunidade de compreender tal expediente como a busca por recursos adicionais de trabalho, como se verá, em resposta às múltiplas demandas percebidas e sentidas por parte das alunas no campo transferencial em que estavam. Grande parte destas ações foram criadas por elas espontaneamente.

A primeira intervenção que pensamos, e que foi o norte de todas as demais, seria resgatar a presença de Paula naquela casa, buscando fornecer-lhe contato com suas referências identitárias. Lembrando que os anos de fisioterapia já traziam resultados, as duplas tentavam estabelecer uma comunicação secundária com a paciente, nos moldes daquela que vimos no filme “O Escafandro e a Borboleta”. Uma piscadela; um movimento com o braço para sim; uma elevação da perna para demonstrar concordância... A cada dia um novo código era tentado, tendo respostas ora favoráveis ora desfavoráveis.

A dupla chegava na casa, dirigia-se a Paula, cumprimentava-a, perguntava por sua semana, dizia como tinha sido rapidamente a delas, estabelecendo-se uma interação que deixava as pessoas próximas intrigadas. Os irmãos, uma tia, uma vizinha, quem estava perto, observavam indagando com quem as estagiárias estavam falando. Em algumas situações as alunas se sentiam observadas como se fossem loucas, mas mantinham a interação. Souberam pela mãe quais eram os interesses de Paula: o grupo musical KLB; revistas de fofocas e celebridades; seu cachorro Rosquinha, ali ao lado. Sabendo de sua importância, as estagiárias deixavam-no por perto, especialmente Thaís, que gostava e brincava com ele em algumas oportunidades. Passaram a levar seus aparelhos de MP3 onde baixaram algumas músicas do KLB, que davam para Paula ouvir em fones de ouvido ou pequenas caixas de som. Compravam e liam as revistas de que ela gostava, mostrando em especial as fotos e notícias com seus antigos ídolos. Tais eram alguns dos objetos de trabalho que as alunas assumiram como encargo e recurso para cuidarem de Paula, mantendo-a em contato com objetos que poderiam ser investidos por uma pulsão de vida que os tornaria significativos (GREEN, 2010), mantendo assim o paradoxo descoberto por Winnicott (1975b) de que os objetos psíquicos são ao mesmo tempo encontrados e criados.

Ao abordar os conceitos de pulsão de vida e pulsão de morte no trabalho “Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante”, Green (2010, p. 99-100, itálicos do autor) apresenta a sugestão de que tais conceitos, devem ser referidos um em relação ao outro, admitindo-se “que o *objeto é o revelador das pulsões*”. Para este autor, a pulsão de vida asseguraria uma “função objetalizante” por produzir o “investimento significativo” aos objetos, que podem ser internos ou externos. A pulsão de morte, por outro lado, teria uma “função desobjetalizante pelo desligamento”, promovendo um desinvestimento psíquico.

Fazendo uma aproximação teórica com outro autor, Winnicott (1975b), ao apresentar seu conceito de objeto transicional, se vê tratando da “substância da ilusão”, uma vez que tal objeto tem sua existência marcada pelo paradoxo de ser simultaneamente um objeto externo e interno, que precisa ser ao mesmo tempo encontrado e concebido. Para tal objeto poder existir e cumprir sua função de inserir o homem na grupalidade dos símbolos compartilhados, o mesmo deve ser apresentado ao bebê pela mãe no momento em que ele está pronto para criá-lo.

Em outras palavras, ocorre uma sobreposição entre o que a mãe supre e o que a criança poderia conceber. [...] O bebê percebe o seio apenas na medida em que um seio poderia ser criado exatamente ali e naquele então (WINNICOTT, 1975b, p. 27).

Considerar tais perspectivas teóricas colocaria de outro modo a correção ou incorreção técnica de um acompanhante terapêutico comprar algo para seu paciente. Como poderíamos considerar o gesto não planejado de antemão de Betânia e Thaís que, ao irem a uma livraria comprarem revistas para lerem para Paula, encontram o livro Marley & Eu e decidem comprá-lo para sua paciente, com o propósito de acrescentarem um novo elemento na prática de leitura já desenvolvida com ela? Erro ou acerto? Oferecer um novo objeto, deixando para Paula a escolha de aceitá-lo ou não como um novo elemento de vínculo, seria uma intervenção psicanalítica? Um acompanhante orientando sua ação pela psicanálise poderia fazer isso?

Antes de dar tais respostas, nos demos conta de que ninguém na família fazia esse gesto. Sua mãe não a colocava para ver novela porque a novela que ela conhecia, de cinco anos atrás, obviamente já tinha acabado e ela não acompanharia a nova. Também não eram apresentadas músicas recentes do KLB ou de qualquer outra banda, pois o som da sala estava quebrado e os irmãos não emprestavam seus celulares para ela ouvir música. As estagiárias assumiam este cuidado, que nomeamos como uma “apresentação de objeto”, não somente retomando os objetos do passado, como reinserindo-a no tempo, criando relações com o que estava a sua volta, a partir de seus gostos iniciais.

Dentre os objetos apresentados, as músicas surtiam o maior efeito. Ela se agitava na cadeira e em alguns dias respondia coerentemente às perguntas das acompanhantes, que questionavam que faixa Paula mais gostava: a atual do KLB ou uma mais antiga. A pergunta se repetia e a mesma resposta também: as músicas capazes de movimentá-la eram as antigas, quando acompanhava e dançava ao som daquela banda juvenil. Momentos como esse, de comunicação efetiva, eram narrados pelas acompanhantes com um gosto extremo de realização. Tinham estabelecido uma comunicação evidente! Em algumas oportunidades os familiares testemunharam tais fatos, concordando com a percepção e exclamando: “e não é que ela está prestando atenção mesmo!” (sic). Em outros dias, convidados pelas alunas para acompanharem a comunicação estabelecida através de um braço ou

perna levantada conscientemente, a família não reconhecia ali uma intenção, duvidando da compreensão de Paula a respeito do que lhe cercava.

Tal postura, desalentadora, causava reações contratransferenciais de frustração e raiva nas acompanhantes. Tal *descompostura* da família se somava aos ditos recolhidos aqui e ali pelas acompanhantes. Diziam eles que aquilo que Paula fazia atualmente não era nada; que aquele sofrimento deveria acabar; que ela era um peso para a família; que iria morrer logo ou que era uma coitadinha. Tais comentários produziam nas acompanhantes um efeito capaz de descompor a unidade buscada com Paula, gerando ora um desânimo extremo com o andamento do trabalho e as perspectivas de vida da paciente, ora uma vontade de intervir na família, quase forçando-os a ver e se envolver com a presença viva de Paula, tal como elas reconheciam.

É verdade que nem sempre as respostas coerentes se mostravam, fazendo também as estagiárias descreverem os gestos de Paula com referência a uma “possibilidade”, a uma semelhança que elas deveriam intuir utilizando da contratransferência como elemento de comunicação. “Parece que ela está triste”; ela se mexeu “como se quisesse...”; seu gesto “me faz acreditar que...”.

Sabemos que uma das tarefas mais árduas no trabalho com pacientes com deficiências é manter um padrão de comunicação que não esmoreça por parte dos profissionais e familiares, reconhecendo a dificuldade dos últimos em insistir na comunicação quando as respostas esperadas não vêm – e não vêm há anos, cabe ressaltar. Esta disposição a manter a comunicação foi aprendida junto a Berger (1997), que ao acompanhar um bebê com síndrome de Down, percebe em seu próprio trabalho a dificuldade de insistir no estímulo quando as respostas do outro não correspondem às nossas expectativas. Em certos momentos, diz ela, cabe acolher as dificuldades demonstradas, ao mesmo tempo em que se mantém uma disposição para utilizar o que estiver à mão para sustentar o vínculo e a crença nas possibilidades do outro. Devemos nós insistir, mesmo que a família não note este padrão de respostas que às vezes conseguimos e de que temos a clara certeza emocional, ainda que esta venha sob a angústia da dúvida racional – afinal, não podemos afirmar o que Paula sentia ou queria dizer.

Entrar em contato com este padrão de resposta levou-nos a considerar o uso da contratransferência como elemento de comunicação, além da atenção aos sinais corporais mínimos que o outro demonstrava. Devemos fazer a ressalva de que o uso deste elemento de comunicação, a contratransferência, requer uma atenção às condições emocionais do terapeuta, aí considerando-se também o acesso a seu inconsciente, para poder valer-se com maior acuidade desta captação dos conteúdos primitivos e emocionais não elaborados pelo paciente, tornando-os ser úteis na

compreensão do que é vivido por ele de forma não nomeada (CASSORLA, 1998). As impressões acima descritas como de sufocamento e paralisia, por exemplo, foram elementos-chave utilizados pelas acompanhantes para compreender a dinâmica daquela família que há anos tem Paula em seu seio, mas tratando-a como uma não-presença.

Atentos a outros elementos de comunicação, aos sentidos que se dizem e se captam em sutilezas, é que surgiu a proposta de intervenção principal do primeiro semestre. Lendo as revistas de fofoca para Paula, na companhia também da mãe e uma tia, se descobriu um sintoma, digo, um fato. Horóscopo! Vamos lê-lo. A estagiária começou por ela. Meu signo é... e os astros dizem que... Seu signo é? E os astros disseram à mãe como seria sua semana. O signo de Paula é? E a mãe não se lembrava. Pergunta imediata, a data de aniversário dela é?... e a mãe não se lembrava com certeza... 11 ou 13? 11 ou 13? “Esqueci” (sic). Risos nervosos. Surpresa e silêncio nas acompanhantes. A mãe se levanta, pega o documento da filha e confirma: 13! O aniversário seria dali a um mês praticamente. O signo dela é... dizem as estagiárias, para depois anunciarem o destino de Paula.

Em supervisão pensamos na proposta de trabalho, que é sempre a mesma para todos os casos, embora tenha mil formas: cuidar da solução de compromisso, o sintoma, criado pelos pacientes como resposta possível a seus conflitos, permitindo-lhes uma compreensão e, talvez, uma superação dos limites impostos a suas vidas por tais produções, cuja força repetitiva é inconsciente. Neste percurso é necessário respeitar a duração e importância de tais sintomas, por entendê-los como um dos elementos de sustentação psíquica da pessoa, até aquele momento, para suportar os conflitos e angústias de que padecem. Como se depreende da situação em questão, segundo os astros ou não, sem os devidos cuidados o destino de uma vida pode ficar restrito à repetição sintomática. Com cuidados psicanalíticos, tentamos criar outros destinos possíveis. Então, buscando ampliar os recursos psíquicos sem pressa, pois “a comunidade humana tem tão pouca necessidade do *furor sanandi* [furor de curar] quanto de qualquer outro fanatismo” (FREUD, 1915b/2010, p. 227), elaboramos uma proposta simples para aquela família: ajudar a fazer o aniversário de Paula³⁹.

Após levarem esta sugestão à mãe, passando pela pergunta à paciente se ela gostaria de ter uma festa de aniversário, Betânia, Thaís e d. Marta reconheceram na agitação física de Paula uma concordância empolgada com a proposta. A mãe diz: “Desde o AVC eu nunca mais comemorei o aniversário dela” (sic). Algo desta ordem já fora entrevistado em outro índice da relação estabelecida

³⁹ Uma colega sugeriu alterar a redação para: “ajudar a fazer uma festa de aniversário para Paula”. Agradeço a ela a chance de precisar este ponto. Ainda que a construção sugerida pareça mais correta, do ponto de vista formal, do ponto de vista psicanalítico, que leva em consideração a “equivocidade da palavra” (HERRMANN, 1991, p. 78), fazer o aniversário é operar no registro da paralisia temporal vivida sintomaticamente. Fazer o tempo andar, fazer o aniversário acontecer, mais do que a festa – é este o sentido da intervenção proposta.

com Paula. O álbum com que a mãe apresentava sua filha estava parado no tempo passado. Sua filha era aquela retratada antes do AVC e não a que se via ali. A festa, pelo compartilhamento de um tempo comemorado junto, tivera seu fim no aniversário de 16 anos. A alegria da casa, a luz, as brincadeiras, tudo se fora. O tempo parou. E isto era concreto: 9:20. Durante todo o semestre as estagiárias notavam o relógio de parede marcando o mesmo perpétuo instante.

Se as representações têm uma função defensiva, capaz de criar um intervalo de diferenciação do sujeito em meio à possibilidade do *contágio* psíquico, em que se perderiam as referências identitárias pessoais (HERRMANN, F., 1998), então estávamos diante de uma representação defensiva de grande monta, em que a sustentação psíquica capaz de manter Paula viva para a mãe encontrava-se no passado e era concretizada no álbum de fotografias não atualizado. Dona Marta não cuidava da Paula, mas *daquele* corpo, mantendo-o, sem tanto zelo, com os cuidados básicos para sobreviver, enquanto adulava a memória da filha predileta, fotografada e guardada em sua bolsa.

Cabe ressaltar que a concretude das fotografias era o melhor índice de existência da filha, pois, interpelada pelas acompanhantes sobre como era Paula, a mãe é obrigada a dizer “que mal se lembra” (sic). A condição de existência de Paula era delicada, uma vez que não pode ser mantida somente na memória afetiva que rememora fatos passados, pois ela está ali, sentada na cadeira. Ela não pode ser pranteada e reconstituída através do trabalho de luto, pois não está morta. Tampouco aquela família conseguiu criar novas relações com ela, situando-a em dinâmica de cuidados que a inserissem no tempo e na história em movimento daquele grupo. Para os familiares, a solução encontrada para fugir daquele estado de paralisação foi sair de casa, dormir e não se deixar achar.

Esta rotina foi detalhada pela mãe. Segundo ela, o pai trabalhava bastante, chegava às 19 e dormia às 20h, para logo cedo sair de casa, até mesmo nos finais de semana. Não conseguia ficar próximo à filha. O casamento, já com seus problemas desde antes, teve com o AVC um elemento decisivo. A mãe assumiu como destino “cuidar da filha para sempre”, colocando-a para dormir em seu quarto – o que ocasionou a saída do pai para o sofá da sala. O sintoma e seus ganhos secundários... Os objetos em casa se quebravam e não eram consertados, o pó se acumulava nas frinchas do que tem corpo, sem encontrar quem o removesse. A luz, o ar, penetravam ralos por aquelas janelas mínimas. Como comemorar um aniversário, especialmente o de Paula? 11 ou 13? Quantos anos mesmo? Esta foi a pergunta do segundo aniversário realizado com a ajuda das futuras estagiárias, em 2011, e ninguém sabia a resposta, até a irmã mais velha, durante a festa, afirmar a idade de Paula, fazendo as contas em relação a ela própria.

Aí está, a compreensão da dinâmica conflitiva com que lidávamos. Uma objetificação defensiva da família reduzia a memória de Paula a um álbum de fotos do passado. Ali, viva, ninguém tinha recursos para dar-se com ela. Tarefa de acompanhantes terapêuticas com escuta psicanalítica.

Muito manejo teve de ser realizado desde a simples sugestão da festa até sua realização. Idas e vindas da família, concordâncias e discordâncias. A mãe desmarcou dois atendimentos, talvez criando um intervalo para que a condição psíquica daquele grupo desse brecha àquela possibilidade. Paula seria reintegrada no tempo, sendo comemorado um ano a mais seu de vida, por aquela família, tendo as acompanhantes como suporte necessário para tal realização. As alunas inicialmente queriam facilitar as coisas para a família, pensando na possibilidade de levarem bolos e salgados para a festa. Esta solução prática abreviaria o trabalho psíquico da família, que devia também se responsabilizar por aquele feito de integração de Paula. Constituir o tempo de espera e tolerância aos movimentos do sujeito era uma experiência formadora para as alunas e uma das facetas de nosso ofício.

Aos poucos o grupo familiar se mobilizou. Quem traria o que, quem seria convidado, quando seria... no dia e no horário do atendimento, para as estagiárias participarem. Afinal, a festa foi ideia delas, disse a mãe. As estagiárias levariam os salgados. A mãe faria o bolo. Você quer bolo Paula? E sua resposta foi inequívoca.

Na semana do aniversário uma chuva quase pôe a perder aquele trabalho de organizar a festa, isto é, aquele trabalho psíquico de mobilizar a família na reinclusão de Paula em seu seio. A casa tinha sido alagada e a mãe gastou o dinheiro disponível para fazer o bolo. Não poderia haver festa sem bolo, diz a mãe por telefone. As estagiárias sustentam o planejado. E se nós dermos o bolo no lugar dos salgados? Aí sim, diz d. Marta. Por coincidência, a mãe de uma das estagiárias trabalhava com *buffet* infantil. Encomendar um bolo era coisa simples. Presente das estagiárias. Foi um esforço em supervisão cuidar para que elas não dessem tudo, especialmente com a facilidade para uma delas em conseguir arranjos e suprimentos para festas. O aniversário deveria ser uma realização da família, ainda que contando com o suporte imprescindível das acompanhantes.

Lá chegando, havia sinais tímidos de festa na casa. A mesa e o som no quintal, Paula sendo arrumada pela mãe. Além do bolo, surgem salgados e refrigerantes trazidos pela família e vizinhos. Amigos antigos de Paula comparecem. A irmã e o pai não. As estagiárias decoraram a mesa com um varal de fotos do KLB, Paula sai e se agita de emoção. Vizinhos cumprimentam a aniversariante... Há quanto tempo não a viam... está melhor, dizem. Máquina fotográfica na mão das estagiárias e a mãe

exclama: vocês pensaram em tudo! Pensamos. Aquele registro do tempo psíquico em movimento não poderia faltar.

Todos reunidos e... como se faz mesmo? Ninguém consegue começar a cantar, notam as *ats*, que ficam sem jeito diante daquele campo inconsciente que impedia os pulmões de darem ar às palavras. Lá vão elas insuflar o “Parabéns pra você, nesta data querida, muitas felicidades, muitos anos de vida...” Bolo, fotos, agitação de Paula, choro comovido de d. Marta, participação de todos os presentes.

Na semana seguinte teve-se o fim do estágio naquele primeiro semestre de atendimento. Betânia e Thaís recebem o carinho e gratidão da mãe, do irmão, além dos sorrisos e agitação de Paula. A promessa de levarem as fotos reveladas fica para depois das férias.

Foi assim que o atendimento, pela mesma dupla, teve início no ano seguinte: entregando as fotos do aniversário e comentando novamente aquela experiência. A mãe ficou feliz em receber as mesmas estagiárias após os quase três meses de recesso acadêmico. Esta particularidade da clínica-escola não favorece a manutenção dos efeitos conseguidos ao longo do semestre. Três meses de atendimento, três meses de férias, e quase tudo volta a ser como antes. Em julho as férias são menores, mas alguma perda se mantém. É assim. Tal movimento faz com que a cada semestre uma nova dinâmica se estabeleça.

Ao longo do atendimento que se seguiu em 2009 a mãe da paciente assumiu cada vez mais lugar, fazendo uso do espaço do acompanhamento para trabalhar suas questões. Alguns atos deixavam isso claro: o horário do almoço passou a ser dado pouco antes ou durante os acompanhamentos, fazendo com que Paula dormisse em seguida; alguns atendimentos foram desmarcados em função dos interesses de d. Marta, que não deixou as *ats* irem até a casa sem sua presença; apropriou-se dos atendimentos para queixar-se da família; deixou de reconhecer os gestos da filha como portadores de significado. Tais movimentos foram pontuados em supervisão, mas de difícil manejo pelas estagiárias, pois não se sentiam capazes de não acolher a mãe em queixas com as quais concordavam, por exemplo. Além disso, como “cortá-la”, pedindo ainda que organizasse a rotina da casa de outra forma, mantendo Paula acordada para o acompanhamento? Como resultado dessa dinâmica, a paciente começou a ficar mais distante, dormindo e não se dispondo a estabelecer comunicação com as *ats*.

Em algumas ocasiões conseguiram retirá-la de casa, para ficar tomando sol no quintal ou dar uma volta pela rua, mas tais episódios foram raros. Nos dias frios era mais difícil ainda realizar qualquer atividade fora de casa. Enquanto isso, d. Marta falava da família e das obrigações que eles deixaram

para ela⁴⁰. Em tom de brincadeira as estagiárias tentaram chamar a atenção dos filhos para a sobrecarga de atividades sobre a mãe, dizendo um dia que saíam com d. Marta, deixando Paula para os irmãos cuidarem. Diante dessa “proposta”, o caçula respondeu que não aguentava “ficar preso em casa com Paula” (sic). A casa havia se tornado uma prisão na qual estavam encerradas mãe e filha, não os demais. E a mãe queria se libertar, falava em viajar e até se mudar de casa apenas com Paula. O pai planejava um retorno à Bahia, não importando a perda dos tratamentos da filha, pois, para ele, nenhum dava qualquer resultado. Em uma ocasião, ele disse que a filha morreria no dia do AVC. Dona Marta, ao contrário, queria ficar e continuar com todos os tratamentos, além de desejar voltar a estudar e fazer um supletivo – mas para isso alguém precisaria cuidar da filha.

No final do semestre foi essa notícia que as estagiárias receberam. Dona Marta se matriculara em um colégio, deixando o marido para cuidar compulsoriamente de Paula. Naqueles meses de poucas oportunidades de atenção efetiva com nossa paciente, tendo o *setting* sido um tanto invadido pelas demandas da mãe, viu-se uma alteração na relação delas: ao cuidar mais de si mesma, d. Marta deixava Paula de lado, buscando, como os outros, escapar daquela “prisão” de paralisia constituída sintomaticamente pela família. O problema é que Paula não poderia ir a lugar algum e dependia da mãe até para que os atendimentos a ela ocorressem com maior frequência e possibilidade de trabalho.

O término do vínculo entre essa primeira dupla de estagiárias e Paula foi marcado por uma certa decepção por parte das alunas. Contentes por tudo o que realizaram a ela no semestre anterior, neste segundo momento notaram o pouco acesso que tiveram, ficando enredadas nas demandas da mãe e na distância da família em continuar interagindo com Paula. Com um certo ar de desapontamento, perceberam a força das resistências familiares em promover alterações em sua dinâmica relacional, tendo conseguido trabalhar com as queixas da mãe, auxiliando-a na compreensão de seus projetos e nas possibilidades de modificar a dependência de todos ali em relação a ela. Ao deixar Paula para o marido cuidar, matriculando-se em um supletivo, d. Marta reverteu o jogo familiar que fazia de nossa paciente um peso aprisionador a cargo de quem ficasse em casa.

No entanto, a saída encontrada por ela não passou pela construção de novos acordos familiares, com uma transmissão de saber e compartilhamento de responsabilidades no cuidado com Paula. Com um uso do acompanhamento da filha, sem aceitar a indicação de psicoterapia, d. Marta privou Paula dos cuidados que podíamos oferecer, atuando no ambiente familiar a mesma dinâmica de que se sentia

⁴⁰ Ela foi encaminhada para atendimento individual na clínica de Psicologia da universidade, mas não aderiu a tal proposta.

vítima, deixando-a sem maiores cuidados. O trabalho naquele semestre terminava assim com a percepção de uma maior independência da mãe em relação a Paula e todos os demais, mas relegando nossa paciente a um silenciamento ainda maior, deixando-a sem acesso até mesmo às estagiárias que iam até sua casa para realizar os atendimentos. Essa situação foi comunicada à família, apontando a necessidade de se garantir a continuidade do trabalho com Paula, resguardando a constância dos atendimentos e o foco em suas necessidades. Com concordância da família sobre esses pontos, foi encerrado o semestre.

Como dito acima, após o atendimento feito por esta primeira dupla, passaram-se dois anos sem que Paula fosse novamente acompanhada de modo contínuo. Neste intervalo, os alunos do estágio não se dispuseram a realizar este acompanhamento, alegando a dificuldade em chegar à casa de Paula ou pelo receio de não conseguirem acompanhar alguém com tão poucos recursos, especialmente linguísticos⁴¹. Como a demanda de atendimento da fisioterapia ultrapassava o número de estagiários disponíveis, todos os alunos acompanhavam, sendo possível a eles escolher seu paciente.

Enfim, quase dois anos depois uma nova dupla se formou e com um empenho transferencial prévio por parte de uma das acompanhantes. A aluna Vanessa tinha ouvido o caso de Paula apresentado por Betânia em um grupo de formação de acompanhantes terapêuticos, externo à faculdade e do qual as duas faziam parte, ficando interessada em continuar aquele atendimento. Assim, quando ela ingressou no estágio já tinha claro que paciente gostaria de acompanhar: Paula. A entrada de Amanda se deu um pouco depois, em virtude da negativa dada por uma paciente da fisioterapia sobre a vontade de ter acompanhamento. Assim se formou essa dupla de trabalho que atendeu Paula e sua família durante todo o ano de 2011.

O início foi do vínculo foi idêntico ao anterior: apresentação na sala de espera do ambulatório e o já conhecido álbum de fotos. Com uma diferença, reconhecida silenciosamente por Vanessa: as fotos não terminavam mais no período anterior ao AVC. Havia as fotos da festa do último aniversário comemorado por Paula, em 2008, com a presença das estagiárias Betânia e Thaís também no álbum. O sopro do parabéns tivera algum efeito e ela já podia ser apresentada-representada pela mãe também no tempo posterior ao AVC.

A aceitação do estágio foi fácil por parte da família, pois tinham boas recordações do trabalho anterior. Mas um apoio importante fora perdido: Paula ficaria dois meses sem fisioterapia, pois o

⁴¹ Cabe ressaltar que esta era uma particularidade institucional. Em função dos deslocamentos exigidos, era facultado aos alunos uma escolha razoável dos pacientes a serem atendidos. Em alguns casos eu solicitava prioridade aos casos já atendidos, e geralmente era atendido. No entanto, o aspecto transferencial despertado pelo caso Paula, que eu apresentava aos alunos, não os movia a querer atender esta paciente. E isto era respeitado.

serviço da prefeitura que fazia seu transporte, o Atende, puniria a família por eles terem faltado dois meses. Aquele dia na fisioterapia seria o último antes desta parada, e ali ficamos sabendo que d. Marta viajara com a filha para a terra de seus pais, por dois meses, e nem ela ou qualquer membro da família comunicou o Atende deste fato, deixando a van esperando seguidamente na porta de casa sem qualquer aviso.

Este fato gerou um pedido por parte da equipe de fisioterapia às novas estagiárias: se elas poderiam auxiliar a mãe na execução dos exercícios que lhe foram ensinados, visando não haver maiores perdas nas aquisições conseguidas pela paciente. Poderíamos auxiliar, esta foi a resposta, e realmente as estagiárias colaboraram em alguns exercícios ao longo do semestre, ainda que a mãe não demonstrasse maiores preocupações com essa tarefa. As estagiárias não foram treinadas para repetir os exercícios fisioterápicos e nem teriam condições para tal. Apenas se dispuseram a seguir as orientações da mãe em algumas oportunidades do atendimento.

Nos primeiros acompanhamentos as alunas se tornaram porta-vozes desta orientação da equipe, convidando d. Marta a fazer um pouco de exercício com Paula. A receptividade a este convite sempre foi desanimado, fazendo com que também as alunas deixassem de lado esse empenho. À medida que o trabalho avançava, elas logo perceberam que havia outros movimentos a serem feitos no interior daquela casa, tão ou mais urgentes do que puxar ou esticar braços e pernas.

Como vimos, a estagiária Vanessa tinha um conhecimento prévio do caso, encantando-se com o trabalho desenvolvido pelas primeiras alunas. Além desse vínculo, Paula era o nome de sua filha, fazendo com que uma contratransferência de cuidado fosse estabelecida pela aluna com a paciente. Talvez pela preocupação em cuidar e movimentar Paula tenham feito a percepção da aluna se modificar sobre o ambiente, não o descrevendo com o mesmo impacto do que Amanda, quando esta iniciou os atendimentos conjuntos. Esta aluna, que não tinha um conhecimento prévio do caso, apenas tendo ouvido os primeiros relatos de Vanessa, descreveu a casa como ainda mais escura, suja e descuidada do que imaginava. Paula estava literalmente suja, magra e malcuidada. No quarto em que permanecia grande parte do dia, havia um odor de urina e suor difícil de suportar naquele cômodo pequeno, com pouca iluminação e ventilação. Os irmãos se mostravam ainda mais distantes, mesmo dormindo no quarto ao lado. Um sobrinho de Paula se juntava a uma outra criança, também pequena, que d. Marta cuidava para complementar sua renda.

As intervenções iniciais das alunas se dirigiram especialmente ao cuidado com o corpo de Paula. Além dos exercícios que tentavam fazer junto à mãe, notaram que as unhas grandes feriam a palma da mão, nos movimentos involuntários e fortes de Paula. Era preciso cortá-las e lixá-las... E se isso

seria feito, por que não pintá-las? O cabelo, geralmente desgrenhado e seco, poderia ser penteado de um jeito que causasse menos dor à paciente, que às vezes chorava enquanto sua mãe tentava penteá-la.

Amanda, que trabalhara durante um tempo em um salão de beleza, sabia como assumir esses cuidados. A comunicação com a paciente passou a ser feita a partir desta opção: se Paula quisesse o dia da beleza, deveria sinalizar sua vontade, assim como escolher a cor do esmalte que seria passado. Quando ela não escolhia a cor, apenas a unha era lixada, para não ferir sua mão. As alunas começaram a se fazer perguntas considerando a perspectiva da paciente, visando seu bem-estar em casa. Como ela passava grande parte do dia assistindo TV, deitada na cama, será que sua posição era a melhor? O sobrinho deitou ao lado da tia, a pedido das ats, para verificar isso. E a mãe percebeu que há anos o travesseiro de Paula não a deixava numa posição confortável para enxergar.

Em meio a essa observação do ambiente, Amanda pediu para ver o álbum de fotos inicialmente mostrado a Vanessa. Com ele em mãos, mas agora dentro da casa de Paula, buscou reconhecer os ângulos retratados. Era a mesma sala, os mesmos quadros, os mesmos objetos, mas parecia ser outra casa. Saltava aos olhos das estagiárias a escuridão, a pauperização, o descuido, a ausência de alegria, o amortecimento que tomava todo o ambiente. Nas fotos anteriores ao AVC viam-se brincadeiras, luminosidade, risos, viagens, todo um grupo familiar unido e alegre.

Em supervisão, ao relatarem essa experiência, salta aos olhos o sentido de que a família de Paula vive um “luto com corpo presente”, tornando-se todo o ambiente uma espécie de “velório para um corpo vivo”. Fazendo uso do conceito de Green (2010), e em meio a esse sentido constituído em grupo, percebemos as forças de desligamento próprias à pulsão de morte ali atuantes, visíveis nos descuidos de diversas ordens, desde os mais simples, como não assumir os cuidados de higiene essenciais a Paula, até ignorar a presença do serviço do Atende durante dois meses na porta de casa! Lembro que apenas a mãe e a filha tinha ido para o interior naquela longa viagem.

Além disso, na experiência das estagiárias durante o atendimento, produzia-se um estranho efeito, que nomeamos como um “abismo de indiferenciação do tempo”, capaz de fazer as alunas ficarem por 2 ou 3 horas na casa de Paula, sem se darem conta disso, enquanto o tempo médio de atendimento a que foram orientadas era de uma hora e meia. No interior daquele campo inconsciente de sentido a determinar as relações entre todos ali, o tempo não era medido em intervalos de horas que pudessem ser percebidas, mas acumulava-se em um silêncio de espera pela morte de Paula, enquanto o pó se acumulava e os móveis rangiam de imobilidade.

Tomar consciência deste estado de coisas mobilizou uma alteração na proposta de trabalho. Tentaríamos reunir a família para conversar sobre a percepção que tínhamos do estado silencioso e corrosivo de sofrimento em que se encontravam, buscando religar as forças pulsionais capazes de reinvestir aquele ambiente com uma potência outrora existente. Tínhamos em mãos um elemento de fácil visualização concreta, disponível a todos eles: as fotos. Ao mesmo tempo, as estagiárias passariam a ficar atentas ao relógio próprio: duas horas de acompanhamento e fim. Diferenciar-se, pautando-se pelo limite do tempo, já era uma intervenção, um elemento organizador da presença delas naquele ambiente.

Vanessa e Amanda conversaram com Paula, D. Marta e o irmão caçula, propondo este encontro. Tivemos a concordância deles, ainda que não assumissem a responsabilidade de entrar em contato com os demais. Os meios de comunicação internos ao grupo não garantiriam a presença em um evento inédito como aquele, foi o que disseram. Um convite vindo da mãe ou do irmão não teria efeito. As alunas então pegaram os telefones de todos e além deste recurso, no encontro seguinte, deixaram uma carta-convite endereçada a todos. Apenas a irmã não atendeu o telefone ou se manifestou a respeito do convite.

No dia marcado, um domingo à tarde, as estagiárias chegaram e encontraram apenas d. Marta e Paula. O caçula estava em casa, mas dormindo. O de sempre. Momentos depois um vulto move a cortina. O pai se escondia, para tentar dormir. Algum gesto o denunciou, não restando a ele outra alternativa além de se apresentar. Era a primeira vez que entrava em contato com qualquer estagiária. As alunas falam da proposta de conversarem e ele concorda, desde que Paula não participasse, pois não consegue falar em sua presença.

Homem forte, grosseiro e impositivo, logo desfila suas razões e contradições. É um bom pai, sendo a mãe ruim. Depois, a mãe é ótima e ele é quem tem limites. Estava certo ou errado? Pergunta, impondo medo às estagiárias. D. Marta, ao lado, não disse uma palavra. Elas tentaram fazê-lo ver a distância criada dentro de casa e o modo como cada um lidava com o sofrimento vivido ali. Para ele não havia nada de mais, apenas o mais novo dava trabalho, justamente por não estar trabalhando. Paula não entendia nada, não havia o que fazer. Estava certo ou estava errado? E quem era capaz de dizer o contrário? Ao fim, depois que ele falou sobre tudo, menos sobre sua filha e família, foi até o quarto, logo ao lado, e lá ele viu Paula se mexer agitada. Vanessa tenta mostrar que ela teria ouvido a conversa e ficado chateada, o que era inevitável, e ele não acredita. Aponta o tamanho da filha e diz: “Veja como ela é grande. Isso é um peso nas nossas costas. Um peso para a sua mãe” (sic). Na sequência a esta fala, Paula se vira para a parede e a acompanhante aponta a reação da filha para o pai, que desconversa. Ele não via nada de mais. Não reconhecia um gesto como sentido.

As estagiárias ficaram tomadas por uma raiva deste homem que não escuta ninguém, impõe medo aos outros e desconsidera a presença de Paula, tratando-a literalmente como um peso. Na semana seguinte ainda ouviram da mãe que a reunião não seguiu a direção que ela planejava: que as *ats* ajudassem a convencer o marido a deixá-la voltar a estudar. De fato, restabelecer elos de ligação que permitissem considerar a inserção vitalizada de Paula na família, ao mesmo tempo em que se pudesse pensar na condição de todos ali, ainda não estava ao nosso alcance. Cada um se escondia ou apenas considerava suas necessidades, o mesmo ficando evidente também em relação à d. Marta.

Como os irmãos não participaram, pensamos em marcar uma reunião futura somente com eles e em um outro lugar. Talvez na casa da irmã casada, que nunca aparecera. Fizemos novas cartas-convite para isso, mas desta vez sequer conseguimos contato telefônico com todos. A proposta de cuidar de Paula tomando a família como um dos pontos de intervenção não se mostrava promissor.

Em função disso e levando em conta a brevidade do semestre, deixamos de lado esta intenção de abordar a família e retomamos o foco para o cuidado estrito com Paula. As estagiárias foram mais incisivas no propósito de sair com ela de casa, passeando pelo quintal e pela rua. Contando com a aprovação da paciente, alguns passeios foram feitos, acompanhados do cachorro e da atenção da vizinhança. Este parecia ser o caminho. O único possível, mas que tinha um fator limitante: somente com as acompanhantes ela sairia de casa? Estes passeios eram registrados em fotografias tiradas pelas estagiárias e tinham uma marca inequívoca de alegria. Paula era capaz destas expressões emocionais. A intenção das fotos seria talvez ir para o álbum da mãe, talvez fazendo-o assim um registro em contínua composição.

O final do semestre, em uma destas saídas, as alunas pensaram em escrever uma carta endereçada aos irmãos e tomando Paula como autora. O intuito era simples: convidá-los a ficarem perto dela. A carta foi lida para a paciente, que deu sinais de aprovação para que fosse entregue aos irmãos. No último dia de acompanhamento além da entrega de tais cartas à mãe, também uma cópia do filme “O escafandro e a Borboleta” foi dado, para que todos pudessem ver o drama real de alguém cuja grave doença assemelhava-se com a de Paula, demonstrando como se poderia tentar resgatar “a humanidade” própria de quem estava ao lado, com outro tipo de “síndrome do encarceramento”. D. Marta e o filho caçula recebem estes presentes agradecendo pelo cuidado que tiveram e torcendo para que ao fim das férias de julho as mesmas estagiárias retornassem para continuar o trabalho.

Assim ocorreu. Continuei oferecendo estágio na mesma turma e as alunas estavam ali, prontas para estender o atendimento. Em agosto de 2011 então as mesmas alunas derão início ao último registro

que temos do acompanhamento terapêutico de Paula, uma vez que me retirei da universidade em que lecionava ao fim deste semestre letivo para cursar o doutoramento.

Amanda e Vanessa, ao chegarem na casa da paciente, encontram-na de um modo preocupante. Agora definitivamente sem acompanhamento fisioterápico no ambulatório em que era tratada⁴², Paula estava visivelmente mais magra, tendo perdido massa muscular. Tossia, demonstrava um desconforto contínuo, um estado de humor irritadiço, ao qual a mãe atribuía ora a uma possível dor de dente, ora a cólicas ou uma infecção urinária. Há quanto tempo ela não ia a um ginecologista, foi a pergunta que as duas estagiárias fizeram. Há sete ou oito anos, foi a resposta da mãe. Desde o AVC, nunca mais. Aquelas dores eram solucionadas pela mãe com doses de analgésicos que ela administrava.

Em supervisão formulamos a proposta de intervenção daquele semestre: levar Paula aos médicos necessários. Tal proposta foi apresentada à mãe de modo quase irretorquível. Ela precisava, e com urgência, ser vista por um médico, dispondo-se as acompanhantes a realizarem conjuntamente essa atividade. O acompanhamento foi alterado para um dia da semana, em que elas iriam a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima para agendarem os atendimentos de Paula. A mãe disse que era difícil chegar a uma UBS e, pior ainda, conseguir atendimento. No dia marcado, lá estavam as estagiárias, acompanhando e fazendo frente à resistência da mãe, que queria deixar aquela atividade para a próxima semana... Não! Iriam naquele dia. O semestre anterior de vínculo permitia posições mais assertivas como essa. Após uma certa demora, elas saíram para o longo trajeto... de cem metros! Em menos de dez minutos, conduzindo a cadeira de rodas pela rua, elas chegaram à UBS, para espanto das alunas. O que era difícil?

Uma vez lá, Amanda assumiu a tarefa de conversar com a secretária da unidade e encontrou uma recepção atenta e calorosa diante da precariedade evidente de Paula. A funcionária conseguiu um atendimento imediato para ela com um clínico geral, que diagnosticou o início de uma pneumonia e fez outros encaminhamentos (neurologista, assistente social e ginecologista). Tudo simples, rápido e eficiente, para novo espanto das alunas, que se davam conta, mais do que nunca, da força psíquica daquele campo inconsciente que objetalizava Paula na dependência de sua mãe, marcando a relação por um não reconhecimento de suas necessidades de sujeito.

⁴² Após a punição de dois meses dada pelo Atende, a fisioterapia foi retomada, mas sem o mesmo compromisso por parte da mãe e da família. Sucessivas faltas, além dos anos de atendimento, fizeram com que a equipe decidisse por não mais tratar de Paula. Esta decisão da fisioterapia levou em consideração o fato de outros pacientes aguardarem uma vaga para atendimento, alguns com lesões recentes – o que conferia prognósticos de recuperação mais favoráveis, fazendo de Paula um caso em que tudo o que se poderia fazer já fora feito. Caberia à família dar continuidade às atividades visando a manutenção dos ganhos obtidos pelo tratamento.

Vale ressaltar que uma acompanhante terapêutica participou da consulta junto com a paciente e sua mãe. Amanda entrou e coube a ela facilitar a comunicação com a médica, traduzindo algumas de suas perguntas e solicitando as informações que apenas D. Marta possuía. Este acolhimento também aos limites de compreensão dessa senhora simples foi de grande valia para o trabalho clínico ali.

A partir desta primeira consulta, os atendimentos médicos seguintes foram marcados levando em consideração os horários dos acompanhamentos, a pedido da mãe, por sentir que precisava desse apoio. Nas semanas seguintes teriam consultas em diferentes lugares do serviço público de saúde, organizando-se o AT em função desta agenda e deste projeto.

Ao contrário daquela primeira ida, quase empurrada, as demais foram tranquilas e demonstraram uma mudança de postura da mãe. Como os locais seriam outros, novos combinados foram feitos com as acompanhantes, para viabilizar aquela proposta. Elas se encontrariam ora num ponto de ônibus determinado, ora no próprio local de atendimento. D. Marta mostrava-se mais segura e participativa na conversa com os médicos, especialmente na consulta com o neurologista, em que ele manifestou claramente sua opinião contrária a novas intervenções cirúrgicas em Paula. A mãe tinha uma fantasia de que uma cirurgia reparadora do crânio teria efeitos funcionais e não apenas estéticos na filha. O médico disse claramente que nenhuma cirurgia faria Paula voltar a ser como antes, além de trazer riscos à sua vida. Diante da possibilidade de buscar uma nova cirurgia, as estagiárias orientaram-na para discutir uma questão tão séria quanto essa com todos os membros da família, especialmente o marido.

Nestes percursos pela cidade foi possível às acompanhantes experimentar a dura condição de quem precisa conduzir uma cadeira de rodas pela cidade de São Paulo. O transporte público sem infraestrutura (mas com boa dose de cooperação das pessoas) e as calçadas intransitáveis tornavam qualquer distância extenuante, mesmo tendo ali três pessoas para revezarem na condução da cadeira.

A única exceção foi quando, para cortarem caminho, entraram no Horto Florestal. Aquele era um local comum a Paula anteriormente. Jogava futebol lá. Os irmãos frequentavam aquele local. Passar por ali trouxe grande agitação em nossa paciente. Visivelmente emocionada, movia-se na cadeira, até que as acompanhantes decidiram parar ali, ficando um pouco mais no parque. Uma parada para a representação, diria Fabio Herrmann (1998), permite que uma descendência, uma história humana se apresente, como todos os seus mil detalhes de diferenciação e identidade. D. Marta contou histórias daquele local e sua importância para Paula, que era frequentadora assídua. Aos poucos, ouvindo a mãe, ela se acalmou e começou a sorrir. Erguendo o braço ela respondeu às estagiárias,

afirmando que gostava dali e estava com saudades do parque. Talvez enlevadas pelo resgate trazido por aquele encontro, e considerando o fim do ano próximo, as estagiárias sugeriram comemorar o aniversário de Paula ali. A ideia, lançada de chofre, seria pensada melhor. Até lá outras consultas e uma tomografia ainda seriam feitas, tendo-se seguidas conversas a respeito da realização ou não de uma nova cirurgia...

Em função da mudança nos dias de acompanhamento, por acaso as estagiárias passaram a encontrar o pai de Paula em casa. De início as conversas eram tensas e rápidas. Ocasões em que elas tentavam situá-lo a respeito das consultas feitas. Ele dizia saber de tudo o que se passava, mas de fato a comunicação entre ele e a esposa deixava a desejar. Um dia, entre generoso e desajeitado, ofereceu iogurtes às acompanhantes, que não tiveram como recusar. Elas viram Paula interessada, mas não foi oferecido a ela. As estagiárias apontaram isso ao pai, mas ele disse que nunca dava comida à filha. Ficava estressado e com medo dela engasgar. Ninguém fazia isso. Apenas a esposa. Não adiantava insistir.

E assim os atendimentos se seguiram, entre uma consulta e outra, intercalada com encontros mais amenos com o pai, até que a proximidade do aniversário de Paula trouxe aquela proposta à tona. Essa pergunta foi feita diretamente ao pai, que se animou. Fariam a festa, mas não no Horto. Daria muito trabalho. Com facilidade os combinados foram feitos. Seria na casa deles e as estagiárias deveriam comparecer sem falta!

De fato aquela foi uma festa da família. Primos, tios, amigos, várias pessoas estavam presentes. Inclusive a irmã. Pela primeira vez ela participava de uma atividade junto com as acompanhantes. Ela se mostrou muito grata a tudo o que Vanessa e Amanda estavam fazendo pela família e fez questão de tirar fotos ao lado delas e de Paula. Um clima festivo era compartilhado por todos. Todos contribuíram com algo, mas nenhum ingrediente despertava tanto interesse em nossa paciente quanto o bolo de aniversário feito pelo cunhado, que é confeitoiro. Ela passou a festa maravilhada com o bolo. No momento do parabéns a mesma dificuldade de três anos antes... Como se canta? Quem começa? E quando começaram a cantar a vela estava apagada, apontam as estagiárias. Com certo humor elas ajudam a sincronizar aqueles gestos tão enferrujados de comemorar a presença e o tempo que passam junto a Paula. Uma música, as palmas, o pequeno lume de luz aceso, uma chama que se sopra e deixa para trás o ano que passou.

Em meio à festa, mas atentas aos movimentos dirigidos à paciente, Vanessa e Amanda chamam a atenção do pai para o fato de que todos já estavam servidos de bolo, menos Paula, ao lado dele.

Talvez sem pensar, ele então toma coragem e dá a ela um pedaço de bolo na boca. Imediatamente ele diz que não sabe, fica nervoso, mas as estagiárias mostram a ele: veja, Paula está comendo...

Ao irem embora, a família se reúne para tirar fotos, sendo este movimento o resultado de um convite passado de um a outro, repetindo-se que “as psicólogas estavam chamando”. O fato foi que toda a família ficou reunida e as fotos tiradas naquele encontro estavam registradas em suas máquinas da família, sem depender das estagiárias para tal. Muitos abraços de despedida e gratidão em Amanda e Vanessa, antecipando o encerramento da semana seguinte.

No último encontro algumas fotos foram revistas, assim como o trajeto daquele semestre de trabalho. Da preocupação inicial aos cuidados com a saúde de Paula, terminando com uma festa de aniversário, muito havia sido produzido. O encontro que se tentou no semestre anterior acabou se realizando por outro motivo, mas de efeito mobilizador notório. A presença da irmã e de vários parentes, os preparativos fáceis, as tentativas do pai, a disposição da mãe em ir aos médicos e cuidar da filha, fizeram crer que aquele grupo experimentava um revigoramento em sua capacidade criativa e de envolvimento mútuo. A decisão familiar por não tentar uma nova operação demonstrava uma aceitação mais adequada do quadro clínico de Paula, cabendo assumir outros cuidados em relação à saúde dela. A condição neurológica não se alteraria muito. Com um gosto de satisfação e trabalho bem realizado, mais um ano de acompanhamento podia ser bem encerrado.

Para finalizarmos, talvez caiba ainda uma última consideração a respeito da pertinência analítica de nossa intervenção, fazendo mover posições inconscientes marcadas e determinantes das relações que se têm.

Após a primeira festa de aniversário de Paula de que participamos, em 2008, retomamos em supervisão os detalhes daquele momento. Se a mãe de uma das estagiárias era dona de um buffet de festas e a escolha do bolo fora feita por elas, que tema teriam escolhido? Surpreendida pela pergunta que fiz, Betânia respondeu: dentre as várias opções e sem pensar muito, encomendara à mãe um bolo com a Sininho, do Peter Pan. Mais preciso, impossível. Quem sabe pelas artes mágicas de uma fada, ou de duas acompanhantes terapêuticas, não se operaria o trabalho inverso àquele realizado inconscientemente pela família: trazer Paula de volta da Terra do Nunca em que se encontrava.

A partir destes três casos, um filme, uma vinheta e uma história clínica, passaremos à discussão de certos núcleos de significação constituídos pela minha leitura. Utilizando o recurso metodológico dito

anteriormente, foi a partir do recolhimento, no interior deste *corpus*, de pontos que me fizeram destaque, que desmanchei a unidade dos casos em elementos dispersos à espera que uma nova unidade de sentido se formasse. Sem categorias prévias, o trabalho de leitura daria forma a algo novo.

Cenas de acompanhamento, passagens de supervisão, comentários dos alunos, aspectos transferenciais, contratransferenciais citados, compreensões teóricas, dúvidas, erros, acertos, todo um leque de unidades dispersas passou por uma nova leitura, que aos poucos fez surgir uma nova organização, criando unidades de sentido mais complexas e distintas do que se via nos casos em particular. Surgiam as **categorias de análise**, se quiserem.

Foi seguindo uma lógica de significação que, a partir dos três casos, pontos de semelhança e diálogo surgiram e serão discutidos nas seguintes questões: 1) A formação de Acompanhantes Terapêuticos, 2) Particularidades no ensino de AT orientado psicanaliticamente 3) Acompanhamento Terapêutico de pacientes neurológicos: vicissitudes clínicas;

FORMAÇÃO

A FORMAÇÃO DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS será um dos temas discutidos, mas sob certos condicionantes. Meu *corpus* é específico: só tratei do ensino do AT a estudantes de graduação em Psicologia, utilizando um referencial psicanalítico nesta tarefa. É a respeito deste grupo que poderei elaborar as maiores considerações, ainda que outras questões possam ser depreendidas a partir deste ponto de partida específico.

De maneira esquemática, este tópico será dividido em três subitens: A) o AT como profissão ou função; B) a inserção do AT como estágio profissionalizante em Psicologia; C) particularidades no ensino de AT e psicanálise a estudantes de Psicologia.

AT: função ou profissão?

Esta questão não é propriamente formulada pelos alunos, uma vez que, na maioria dos casos, ao fazerem a disciplina ou o estágio de acompanhamento terapêutico, eles mal tinham ouvido falar a respeito desta clínica. Assim, não formulam perguntas sobre seu estatuto acadêmico ou legal, passando ao largo desta polêmica que, de fato, parece ser apenas brasileira – como apontam Maurício Hermann e Gabriel Pulice (2012), no debate que realizam no livro deste último “Fundamentos clínicos do Acompanhamento Terapêutico”. Na Espanha, México ou Uruguai, os acompanhantes criaram associações com inspiração no modelo e no propósito argentino de legalizar a profissão de acompanhante terapêutico (PULICE, 2012).

Ao terem um primeiro contato com esse tema, os alunos se surpreendem ao saber que o AT não é uma profissão regulamentada ou uma especialidade própria aos psicólogos, reconhecendo com espanto o caráter expansivo desta prática, realizada por terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e outras pessoas, como já dito anteriormente.

Enquanto alguns se assustam com os precários parâmetros do AT, outros veem justamente nisso a oportunidade de iniciarem uma atividade ligada à prática psicológica, com possibilidades de remuneração, e sem a exigência do término da graduação para isso. Inseridos no curso de Psicologia, é natural que alguns alunos almejem uma “reserva de mercado” do AT à sua própria seara,

defendendo possibilidades de emprego futuras. Para justamente evitar tais posturas, um conhecimento mais amplo a respeito desta prática, seus desafios e origens, é necessário.

Não haver registros, entidade de classe, currículo mínimo ou outras exigências legais para o exercício do AT, torna-se um atrativo a vários alunos. Não raro, após as aulas expositivas ou supervisões, alguns deles vinham se assegurar: então eu posso começar a ser um *at*? E como se começa?

Via de regra, minhas respostas são sempre as mesmas: repito a falta de parâmetros regulatórios para essa prática, pois ela é justamente isso, uma prática terapêutica e não uma profissão. No entanto, estamos já distantes da “cruzada épica das origens” do AT, para repetir a expressão de Mauer e Resnizky (2008, p. 21). Nosso campo de trabalho comporta uma grande quantidade de grupos de acompanhantes, de diversas orientações teóricas, dedicados cada vez mais a novos grupos de pacientes e oferecendo cursos de formação com focos e sustentações teóricas também variadas.

Somente na cidade de São Paulo há grupos de formação em AT orientados pela vertente psicanalítica (que são a maioria), fenomenológica, comportamental e psicodramatista. Isto sem esquecer grupos autônomos, sem uma identidade teórica definida, especialmente ligados a clínicas de reabilitação de dependentes químicos, que empregam como “acompanhantes terapêuticos” ex-usuários de drogas, pelo fato de se manterem abastêmios – sem qualquer formação ou compreensão teórica fundamentada sobre esta prática. O fato de terem superado a dependência já os habilitaria a conduzir um acompanhamento, sem a necessidade de qualquer preparação maior. Algumas clínicas têm equipes formadas assim, com um custo geralmente mais baixo do que aquele oferecido por acompanhantes com uma graduação já completa e um curso de AT também realizado.

A mesma informalidade é vista no acompanhamento de crianças com deficiência ou transtornos de desenvolvimento, quando se utiliza o AT como recurso para inserção no ensino regular. Como é um trabalho que demanda muitas horas e está em estreita proximidade com o universo pedagógico, há estudantes de pedagogia e pessoas bem intencionadas que se autorizam a serem *ats* em função do interesse na área ou disponibilidade de tempo. Com isso, esquecem-se da dinâmica conflitiva existente na relação escolar, não se atentando para outros fatores produtores da condição subjetiva de qualquer pessoa: suas identificações, o papel parental nestas identificações, o sentido do sintoma e sua pertinência a uma determinada história familiar, por exemplo.

Apenas me restringindo a este campo de trabalho, podemos reconhecer um risco de graves consequências neste “acompanhamento selvagem”: surgir a figura do “AT tutor escolar” que está ali para cumprir o ordenamento disciplinar da escola (e da família) em produzir um aluno melhor, em lugar de auxiliar na formação de um sujeito, cuja aprendizagem escolar é um dos fatores envolvidos.

Oferecer a atenção devida ao sentido do sintoma, considerando sua pertinência no contexto familiar e sabendo-o organizado sob uma lógica inconsciente, requer uma formação específica. Para dar um exemplo desta problemática, o caso Júlia, cujo acompanhamento foi relatado por Cenamo, Prates e Silva e Barreto (1991), pode ser emblemático. A seguir, faço uma breve apresentação deste caso, cuja leitura recomendo⁴³.

O início do acompanhamento se deu após um acaso vital para essa menina. Com dez anos, essa menina era vista pela família como mais lenta do que a irmã de dezoito, com dificuldades de fala e aprendizagem. Após um psicodiagnóstico, foi encaminhada para avaliação psicopedagógica, mas os pais a levaram para uma escola de crianças limítrofes. Acreditavam que sua filha não poderia acompanhar o ensino regular. Por sorte, a psicopedagoga responsável pela escola era aquela para quem Júlia tinha sido encaminhada. Esta profissional fez sua avaliação e reconheceu dificuldades emocionais, não cognitivas, em Júlia. Ela necessitava de psicoterapia. Como Júlia não quis atendimento em consultório, os pais receberam a indicação de uma acompanhante terapêutica, que poderia iniciar o cuidado de Júlia, desde que se ocupasse também das tarefas escolares – exigência de sua mãe.

Sem rechaçar essa demanda, mas dando tempo para que a mesma pudesse ser melhor formulada, especialmente após conhecer a menina, a acompanhante pôde constituir uma experiência de vínculo em que o lugar de Júlia como estudante-problema foi escutado, mas entendido no registro de uma menina desamparada. Percebendo o sentido do sintoma familiar e a importância vital para a mãe ajudar sua filha, pois não pudera fazer o mesmo pela mais velha, uma vez que trabalhava naquela época, a *at* vê a necessidade de se deslocar da demanda materna por substituí-la no estudo com Júlia. Era a mãe quem julgava, e talvez precisava, de sua filha com dificuldades para ter uma função de cuidado.

Paulatinamente Cenamo conseguiu alterar o *setting* inicial, que determinava a tarefa de estudar com Júlia em todos os acompanhamentos. Aos poucos ela passou do reforço escolar aos cuidados com o registro identificatório limitante dessa menina, que precisava *ser um problema* para que a mãe pudesse dela se ocupar. Sob esta relação, Júlia não podia ser criativa, brincalhona e nem expressar os conflitos próprios uma identificação feminina, uma vez que a ela só cabia o lugar de estudante mal arrumada e limitada.

⁴³ Ainda que o artigo tenha sido escrito pelos três autores, o acompanhamento de Júlia foi realizado apenas por Ana Clara Vieira Cenamo (Cenamo, Prates e Silva e Barreto, 1991).

Ao reconhecer estas outras demandas e abrir espaço com os pais e com a própria paciente, para que o drama escolar fosse deixado de lado, surge o cuidado com as necessidades subjetivas daquela menina, que precisava mais de uma companhia e de um modelo identificatório feminino do que de uma professora particular.

Um AT que assumisse a função de tutor escolar não faria esta mudança de perspectiva, colando-se aos ordenamentos incisivos daquela mãe, preocupada com as notas baixas da filha. Atendida a demanda legítima por reconhecimento e sustentação à identificação infantil e feminina, através de saídas que reconheciam e cuidavam de seu desejo (cinema, passeio de bicicleta, etc.), Júlia consegue sustentar seus estudos sozinha, tirando as boas notas de que era capaz. Isto só ocorreu pela escuta refinada do sintoma em sua pertinência familiar, alterando-se o estado de conflito através da *at*, em seus acompanhamentos semanais com a menina e com as reuniões mensais com os pais.

O risco ao qual quero chamar a atenção, caso não se dê valor à devida formação dos acompanhantes terapêuticos, é reincidentos na postura dos primeiros acompanhantes, conforme descrito por Ibrahim (1991), que repetiam no cotidiano a tutela comum aos espaços clínicos psiquiátricos. Surgiria um acompanhamento voltado para o adestramento escolar, a abstinência (vigiada) de drogas, a educação cívica (e moral?) dos loucos, ou uma “fisioterapização” do AT com pacientes neurológicos – algo como a prática de marchas sociais para incrementar a reabilitação física, sem preocupações com o sujeito complexo ali em tratamento.

Palombini *et al.* (2004, p. 87-88) aponta para os riscos de uma inserção de acompanhantes terapêuticos de modo indiscriminado e sem supervisão clínica adequada nos serviços de saúde mental: poderiam surgir intervenções assistencialistas de cunho “ortopédico” e desligadas de um reconhecimento do trabalho a ser feito com o outro, considerado em sua dinâmica subjetiva e histórica. Penso que a mesma ressalva deve ser feita com relação ao acompanhamento de outros públicos, especialmente se considerarmos como tais campos de trabalho não são atravessados por todo o repertório crítico produzido ao longo da reforma psiquiátrica.

Fujihira (2006) descreve essa situação a partir de sua experiência no acompanhamento de crianças com deficiências, em que o *at* assumiria o lugar de especialista em “gente deficiente”. Se isto ocorrer, diz ela, o acompanhante vai:

[...] ficar restrito a orientar, promover contato, dar explicações, pode [com isso] conseguir um bom desempenho de todos, mas não uma experiência de surpresa e abertura para a singularidade do outro, porque a técnica vai prevalecer (FUJIHIRA, 2006, p. 104).

Como se percebe, os acompanhantes que abrem novos campos de trabalho se veem diante de impasses e exigências que os primeiros *ats* já viveram, quando assumiram o desafio de, no interior de nossa sociedade administrada⁴⁴, fazer circular a loucura, sem o propósito de tutela ou adequação social. A respeito dos desafios em inserir a loucura em nosso meio social com sua alteridade respeitada, muito foi escrito e indico os trabalhos de Mendonça (2002), já citado, e o artigo de Palombini (2006), que comentarei a seguir.

Neste artigo, esta autora gaúcha situa o AT como um dispositivo clínico-político capaz de ser um analisador do movimento da reforma psiquiátrica, entendendo-se o alcance deste movimento não só como uma readequação dos dispositivos de tratamento da psicose, mas em sua dimensão social e micropolítica, em que, no cotidiano, se notaria os avanços ou retrocessos na luta ao “manicômio mental” que dá forma a vários atos sociais (PALOMBINI, 2006, p. 117).

O modo então, do estudante interessado em ser acompanhante terapêutico, enfrentar os desafios de realizar uma prática com a devida atenção às complexas variáveis subjetivas, familiares e sociais com as quais vai lidar, sem dar respostas adaptativas ou tutelares aos quais é convidado, é ter uma formação adequada e um compromisso com os parâmetros éticos próprios ao AT⁴⁵, que se constituiu no horizonte de luta contra a postura manicomial que organiza nossa sociedade administrada. Cabe dizer que tal postura pode ensejar atitudes de cunho tecnicista, seja no espaço cotidiano ou institucional, uma vez este “manicômio mental” deve ser reconhecido em todos nós, pois somos integrantes desta sociedade e com ela estabelecemos identificações de que mal temos consciência, em grande parte das vezes. Assim, realizar este trabalho de reconstituição subjetiva, fazendo do cotidiano um instrumento de intervenção, exige uma grande capacidade do *at* em se colocar “no avesso de si mesmo e também de sua cultura” (HERRMANN, 2001, p. 9), experimentando uma “vizinhança com a loucura” (PORTO; SERENO, 1991, p. 29), entendida aqui como ícone de uma alteridade radical à uniformidade administrada.

Conseguir formar e sustentar esta postura de trabalho será um desafio constante na prática dos acompanhantes, onde quer que estejam atuando. E o ganho obtido ultrapassará o benefício terapêutico próprio ao acompanhamento individual, pois a ideia aqui sugerida, pelas citações feitas,

⁴⁴ Frayze-Pereira aborda esta sociedade em seu “[...] horror ao diferente, que reprime a diversidade do real à uniformidade da ordem racional-científica, que funciona pelo princípio da equivalência abstrata entre seres que não têm denominador comum” (FRAYZE-PEREIRA, 2002b, p. 102). Uma sociedade assim só pode repudiar a presença de quem fuja a esta equivalência abstrata, seja por sua condição física ou psíquica destoantes desta “uniformidade”.

⁴⁵ Uma indicação de tais parâmetros pode ser vista no final do trabalho de Eliane Berger (1997): “O fim de um acompanhamento terapêutico aponta para este momento, no qual uma existência singular ganha possibilidade de vida no mundo. Quando conseguimos construir com o acompanhado e suas famílias (se possível), um campo legitimado no qual essa diferença possa aparecer para além da morte e da doença mental” (p. 81).

diz respeito à possibilidade de constituir o AT como um analisador da sociedade administrada em que estamos.

Vamos acompanhar essa ideia em seus constituintes. Colocar-se “no avesso de si mesmo e também de sua cultura” diz respeito à proposição de Fabio Herrmann (2001, p. 9) para que o analista lance mão do método interpretativo para investigar não apenas os fenômenos ocorridos em seu consultório, mas também a “psique do real”, as regras inconscientes que sustentam nossas relações, sejam elas com as demais pessoas ou com nossa cultura. Essa espécie de “exílio interior” a que seria lançado o analista disposto a tal serviço, seria um mal necessário para tentar reconhecer a estranheza que dá forma ao mundo, quando a este se lança um olhar também de estranheza. Ou seja, de não reconhecimento consensual - um olhar “fora da rotina”, lembrando que “rotina” é uma função psíquica responsável por naturalizar o mundo e reduzir a percepção de sentidos dissonantes, poupando-nos de pensá-lo a todo momento, conforme já visto (HERRMANN, F., 1985). Ocupar esta posição de exterioridade em relação a si e à cultura seria uma exigência para esta interpretação do cotidiano – algo que, convenhamos, requer um grande esforço.

No trabalho “Acompanhando a loucura: interpretações do cotidiano” (SANTOS, 2010), aponte a possibilidade de que essa análise ocorresse mais facilmente através do trabalho do *at*, uma vez que este profissional estabelece uma relação de “vizinhança com a loucura”, permitindo-lhe, inclusive “o gozo de ficar louco, com o alibi de que trabalha” (PORTO; SERENO, 1991, p. 27). Esta posição ímpar faz do acompanhante um observador-participante do choque entre a alteridade constituída pela dupla e nossa sociedade administrada, conseguindo meios de inserir, de modo criativo e respeitoso, este encontro no seio do cotidiano. Desta experiência, penso, poderemos retirar interpretações a respeito da organização psíquica cotidiana, vivida de forma inconsciente em nossas relações corriqueiras. No artigo citado (SANTOS, 2010, p. 52), narrei uma cena passada em um café, ao acompanhar uma paciente psicótica que literalmente passou para o lado de lá do balcão, para experimentar como seria trabalhar ali. A partir de minha reação de pedir-lhe um café, adotando uma postura (impensada) de extrema cordialidade e impostação, ela experimenta um pouco mais aquele lado de lá, o idealizado campo do trabalho, para em seguida retirar-se dali, uma vez que não lhe interessava operar uma máquina de café expresso. Os segundos passados, a teatralidade de meu gesto, incomum quando peço um café às atendentes, me permitiu elaborar uma interpretação desta “civildade servil-maquinal” que organiza nossos gestos no interior de espaços como aquele. O excesso, gestado pelo ato psicótico, fez ver a falta absurda do dia a dia, em que as falas e as pessoas correm como máquinas silenciosas sobre os trilhos da civildade servil.

Realizar esta potência heurística, junto à atividade terapêutica, é um dos elementos que me faz pensar na necessária formação do AT como uma profissão, cuja organização legal, se de fato houver, deverá contemplar a complexa origem deste dispositivo de tratamento e produção de conhecimento. Sem fazer do acompanhamento terapêutico um domínio seja da Psicologia ou da Psicanálise, concordo com Palombini (2006), que aponta uma necessária compreensão de subjetividade na formação dos profissionais desta prática, constituindo-se este saber como um, dentre outros, daqueles envolvidos na prática do AT, como a história, as ciências sociais, as artes, geografia, etc.

A concepção de subjetividade a que essa autora faz referência é a seguinte:

[...] primeiro, a ideia de que a subjetividade constitui-se na relação a uma alteridade; segundo, a ideia de que se trata de uma subjetividade não transparente a si mesma, que não se deixa apreender integralmente por um saber; uma subjetividade que guarda uma dimensão de resistência, inconsciente, que não se deixa capturar pelo poder do estado, os poderes da ciência, das tecnologias de saúde (PALOMBINI, 2006, p. 119).

Como se vê é uma compreensão da subjetividade que leva em conta o inconsciente que nos constitui e dá forma à grande parte de nossos gestos, ações e emoções. O cuidado fundamental com esta subjetividade, junto à disponibilidade de encontro à singularidade que é a pessoa acompanhada, requer uma formação teórica sólida e uma disposição do *at* a realizar esta clínica, aceitando ser acompanhado por seus pares – demais acompanhantes, supervisores e, oxalá, analista, para cuidar de suas dores pessoais e das dores inevitáveis a esta clínica tão próxima do absurdo e da exclusão.

Para conseguir realizar este trabalho, parece-me é útil desenvolver o que Morin (2006, p. 100), ao discutir o tema da compreensão, denomina “o bem pensar”. Esta ideia é trabalhada no livro “Os setes saberes necessários à educação do futuro”, e designa um modo de pensar “que permite apreender em conjunto o texto e o contexto, o ser e seu ambiente, o local e o global, o multidimensional, em suma, o complexo, isto é, as condições do comportamento humano”, evitando-se com isso o “espírito redutor”, que faz reconhecer o sujeito apenas em função de um de seus traços – como a drogadição ou a dificuldade escolar, para nos atermos aos exemplos citados acima.

Ter o pensamento complexo exigido nesta prática, além da abertura à subjetividade não transparente dos pacientes e do próprio terapeuta, seria beneficiado, a meu ver, pelo desenvolvimento intelectual passível de ocorrer em um curso superior, não importando para o AT se este curso é da área de ciências humanas, saúde, biológicas ou exatas. A partir de uma graduação em nível superior, um curso complementar em AT transmitiria aos futuros acompanhantes parâmetros éticos e um arcabouço teórico e técnico suficiente para se apropriar do acúmulo de conhecimento já

produzido em nosso meio, evitando-se os erros do passado e fazendo avançar esta prática clínica tão potente em seus aspectos terapêuticos e heurísticos. Sei que o ensino formal não é o melhor ou o único índice a ser tratado quando se considera uma profissão que requer a abertura à diferença, à alteridade que nossa sociedade rejeita de sutis maneiras. Mas, acredito, tampouco um nível escolar diferente deste oferece tal garantia. Defrontar-se com a necessidade de estudar e pensar academicamente não fará mal algum aos *ats* em formação.

Paulo Amarante (2003), no texto “A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica”, pode nos auxiliar na proposta do AT ser mantido fora do domínio de qualquer especialidade. Neste artigo ele apresenta a discussão epistemológica suscitada pela reforma psiquiátrica, que fez deslocar o lugar de saber de uma determinada ciência para a complexa matriz de cuidado que se busca produzir nos espaços antimanicomiais, em que o saber-poder da psiquiatria, por exemplo, é questionado pelo encontro com o sujeito sob cuidados de várias especialidades naqueles espaços. Ali, nos serviços substitutivos, o que se busca é o encontro com o sujeito e não com a doença. O AT, como fruto do corolário da reforma psiquiátrica, traz em sua constituição essa complexa e descentrada origem de formação-saber, além desta disposição ao encontro com o sujeito.

Antes, porém, de nos decidirmos por tomarmos o Acompanhamento Terapêutico enquanto uma profissão em desenvolvimento, levando em conta apenas aspectos relativos à capacidade de pensar de modo complexo e se produzir conhecimento – que adviria mais facilmente com uma formação acadêmica mais sólida dos acompanhantes –, consideremos os argumentos daqueles que defendem esta prática como exercício de uma função.

A meu ver, um dos motivos que podem levar à confusão a respeito do AT ser uma função ou profissão é o modo como consideramos as práticas pontuais de acompanhamento, sob a forma de saídas com os pacientes, visando realizar determinada ação momentânea ou buscar o cotidiano como recurso terapêutico.

Para exemplificar este ponto, tomemos as falas enunciadas na mesa de encerramento do Simpósio “Acompanhamento Terapêutico e Saúde Pública”, realizado nos dias 31 de agosto e 01 de setembro de 2012, na Universidade Metodista de São Paulo. Ali, uma gestora de um serviço de saúde mental disse que se fosse necessário ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) contratar um *at* para realizar saídas com os pacientes a dentistas ou para que fazer um documento, por exemplo, então os ideais da reforma psiquiátrica teriam fracassado, pois não se estaria realizando o princípio básico de constituir uma clínica no território do paciente, buscando sua inserção social.

Sou obrigado a concordar com a gestora de saúde mental que defendeu esta ideia. No entanto, penso que as saídas exemplificadas não configuram o trabalho de um acompanhante terapêutico. São demandas específicas, devendo serem realizadas e solucionadas de modo pontual por qualquer agente do serviço de saúde mental. Como um “analisador do alcance da reforma”, como disse Palombini (2006), seria interessante que a tarefa deste acompanhamento momentâneo fosse realizada ora por um psiquiatra, um enfermeiro, um assistente social, um psicólogo, ou qualquer outro trabalhador do serviço substitutivo de que faz parte, pois colocaria estes profissionais em contato com a realidade do paciente. Mas isto não configura um *projeto terapêutico* que requer um *at* para sua realização de modo continuado, entendendo-se a necessidade de constituição de um vínculo que instrumentalize o uso do cotidiano do paciente como ferramenta clínica.

Em minha opinião, estas necessárias e pontuais saídas com os pacientes, no espaço do CAPS, devem sim ocorrer e de modo circular, fazendo dos profissionais ali envolvidos os “operadores da atividade clínica”, como descreveu Amarante (2003). Para este teórico da reforma psiquiátrica, tais operadores superariam a condição de meros técnicos, responsáveis por fazer “tão somente clínica”, e ocupariam o lugar de “atores sociais”, “não apenas no âmbito do serviço, mas do território” (AMARANTE, 2003, p. 60-61). Nesta perspectiva, compreende-se de outro modo a fala da gestora lida há pouco. De fato, ampliar os espaços de atendimento seria inerente não só aos serviços, mas aos profissionais que trabalham pela reforma psiquiátrica. Deixando a restrição técnica de cada especialidade, eles poderiam ocupar o território enquanto “operadores clínicos” – sem que isto configure uma modalidade de tratamento específica, o acompanhamento terapêutico, mas sim dando forma à amplitude clínica defendida pelos ideais da reforma, sem privilégios às posições hierárquicas de cada profissão.

Penso que tais ideais também serão contemplados quando se pensar, de modo singular, na adequação de um acompanhante terapêutico para um determinado paciente, configurando-se aí um novo vínculo, de preferência com um profissional exterior ao CAPS, para que seja montado um projeto cuja matriz é o cotidiano do paciente, envolvendo-se, com é próprio ao AT, uma participação no universo familiar do paciente e distanciando-se da realidade institucional em que este paciente é tratado.

Palombini (2006, p. 119) destaca a exterioridade aos serviços como um dos elementos-chave para constituição do dispositivo do AT e concordo com ela. Tal exigência remete à: “[...] construção de um espaço de continência e pertença dos acompanhantes terapêuticos, que seja externo ao serviço onde realizam seu trabalho, preservando essa dimensão do fora que o caracteriza”. Em suas

experiências, o espaço de supervisão e assessoria externa alimentaria o trabalho dos acompanhantes terapêuticos.

Mesmo considerando os acompanhamentos que tenham início após o horário do CAPS, a intervenção não terá como horizonte a realidade institucional, mas o empuxo à cidade ao qual cada nova dupla dará respostas inéditas. A matéria que constituirá o vínculo transferencial será distinta, pois comporta a família do paciente, seus vizinhos, e todos aqueles que fizerem parte do cotidiano *agora* compartilhado com o *at*. Saídas esporádicas não tem força para fazer estes vínculos se tornarem objeto de uma transferência a ser manejada em favor do atendimento ao paciente.

Enquanto naqueles exemplos as saídas atendiam a um cuidado com o paciente, tendo a demanda partido do interior do Centro de Atenção, no acompanhamento terapêutico a demanda de cada dia surgirá do encontro entre o profissional e seu paciente, como se, ao se reunirem, os dois fossem indagados pela abertura de possibilidades representada pela cidade, que suscitaria a pergunta: e hoje, para onde vamos? São perspectivas de trabalho distintas, cabendo ao AT a constituição de um projeto que visa cuidar da subjetividade no uso destes caminhos pela cidade, em suas infinitas possibilidades, sentidas como empuxo e não apenas como exigências concretas de se realizarem saídas – conforme discutido nas definições de AT trazidas no início da tese.

Acredito que podemos debater as ideias trazidas por Maurício Hermann (2012b), quando, ao defender a função do AT, cita um caso de seu consultório, em que lançou mão de saídas com seu jovem paciente para fora do *setting* tradicional. Valendo-se de sua prática como acompanhante, ele viu como uma intervenção útil ao trabalho que conduzia, sair pelo bairro com aquela criança, cuja vida institucionalizada no orfanato, gerava efeitos de uma vigilância contínua sobre ele.

As “três ou quatro” saídas realizadas trouxeram ao menino “consequências positivas para sua análise, ao lhe provocar questionamentos sobre sua falta de autonomia, submissão ao olhar do outro e vivenciar possibilidades concretas de se arriscar”. O interesse do autor aqui é claro: realizar as saídas atendiam ao propósito analítico, constituindo-se, a meu ver, não em um acompanhamento terapêutico, mas em medidas de um *setting* analítico modificado ou estendido. Não faria sentido mesmo, como defende o autor (2012), chamar outro profissional, um *at*, para compor uma equipe e realizar as saídas vistas como necessárias àquele menino, naquele momento.

Faço questão de utilizar esta determinação para destacar o caráter pontual das saídas realizadas. Por sua importância, cito mais longamente o autor:

O analista pôde sair do conforto de sua poltrona e ir para a rua – lugar de movimento – onde se produz acontecimentos aproveitáveis para o andamento da análise. Neste caso, este recorte clínico denuncia algo que todos que defendem o

AT como função apostam: deixar que cada um dos profissionais ou saberes anteriormente citados [profissionais de saúde] sejam tocados por aquilo mesmo que o AT nos ensina. Interessa mais isto e incorporar o uso desta estratégia nas práticas citadas do que delegar a outro o exercício da função de acompanhante terapêutico (HERMANN, 2012b, p. 33).

Mesmo não conhecendo este caso em maiores detalhes, posso supor que o analista não estava nada confortável em sua poltrona, uma vez que se deparava com os sofrimentos da criança atendida, cuja vida institucionalizada impunha limites à sua capacidade de se relacionar com o outro. Foi visando cuidar destes limites que Maurício Hermann realizou as saídas, dando novo movimento ao processo analítico. O interesse, e dos mais justos, era trazer um novo fôlego à análise e para isso não era necessário contratar um *at*. Se, a partir desta experiência e da escuta às suas reverberações, no consultório, se pensasse na utilidade de uma proposta continuada de trabalho, um novo vínculo poderia se formar, mantendo-se o analista em seu consultório e um outro profissional, o acompanhante terapêutico, em seu *setting* citadino, formando uma equipe de trabalho. Não foi o que esse menino precisou. Não significa que os analistas passarão a ser acompanhantes terapêuticos de todos os seus pacientes, mas que sim, o recurso ao cotidiano, pode ser um elemento clínico útil a eles. No entanto, se uma demanda exclusiva por essa intervenção se apresentar, acredito na adequação de um *at* bem formado para desempenhar esse papel, mesmo que durante um período determinado.

Concordo com Maurício Hermann (2012) quanto à possibilidade do AT oferecer elementos inspiradores a outros profissionais se lançarem no uso clínico do cotidiano. Um exemplo desta interação pode ser visto em Marion Minerbo (2005), que comenta a “segunda formação” psicanalítica que teve, ao fazer parte do Instituto *Therapon* Adolescência – um hospital-dia para adolescentes com transtornos emocionais graves. Ali, ela experimentou a necessária elasticidade técnica, calcada em uma escuta apurada, capaz de dar forma a projetos terapêuticos criativos e feitos sob medida para cada paciente (MINERBO, 2005).

Aquela experiência de desafios cotidianos fizeram com que sua prática no consultório se alterasse, onde passou a compor “projetos terapêuticos” para seus pacientes, dando forma a um trabalho de “análise modificada”, na expressão de Minerbo (2005, p. 181), quando esta necessidade surgisse com necessária ao andamento clínico. Vejamos um exemplo descrito pela autora.

Com uma adolescente difícil, o vínculo começa a ganhar vitalidade, após muito desconforto, quando a paciente traz sua cachorrinha para a sessão. A partir desta deixa, e do reconhecimento da ligação da menina com seu animal, a analista introduziu seus próprios cachorros no consultório! E como o espaço demandava um crescimento, para caber uma transferência tão inusitada, uma ou duas, das

três sessões semanais, passaram a ser realizadas em uma praça próxima, onde continuou a realizar seu trabalho analítico, junto a seus dois cachorros, que ali tinha uma função terapêutica bastante útil no atendimento da paciente.

Minerbo (2005) é clara em dizer que a experiência institucional, onde inclusive o AT era um dos dispositivos utilizados, foi fundamental para a abertura de sua clínica a estas modificações, mas conservando os propósitos analíticos – tal como fizera Maurício Hermann (2012b), a meu ver. Acredito que a passagem e a incorporação feita por estes analistas da amplitude técnica necessária ao atendimento de pacientes graves, seja em uma instituição, no caso de Minerbo (2005), seja pela clínica do AT, com Maurício Hermann (2012b), fez com que o trabalho analítico destes autores pudesse ser modificado com maior facilidade e propriedade em função das demandas analíticas.

Ou seja, a inspiração que o AT pode trazer a outros profissionais é bastante benéfica para que, do interior de seus propósitos e métodos, ganhem o uso do cotidiano como elemento capaz de ampliar, ou modificar, seu modo tradicional de trabalho. Esta ampliação, no entanto, não alteraria o estatuto destas práticas. O que Minerbo (2005) realizou foi uma análise, ainda que com *setting* modificado, mas uma análise. Não foi acompanhamento terapêutico. O mesmo com Maurício Hermann, no atendimento lido há pouco.

O AT, como profissão, tem condições de formar um campo de saber e prática sustentados de modo contínuo, capacitando seus atores a criar e conduzir projetos terapêuticos que, por sua complexidade, exigem conhecimentos específicos. Participar do cotidiano do paciente, utilizando a escuta e o manejo do vínculo para criar respostas únicas ao empuxo à cidade para o qual a dupla de trabalho é convocada, não é tarefa simples, ainda mais considerando que o manejo envolve não só o paciente, mas outras pessoas significativas de sua vida.

Considerando que formalizar é apenas um aspecto da constituição do AT como profissão, penso que deve ser conservada a pluralidade inerente à formação de um *at*, levando-se em conta o caráter interdisciplinar do qual este ator da reforma psiquiátrica se origina. Os receios trazidos por uma formalização legal não devem ser suficientes para barrarmos a constituição de uma profissão cuja marca de alteridade *lhe* é inerente. Não compartilho a opinião de Mauer e Resnizky (2008), para quem o “diploma de Acompanhante Terapêutico tem uma função simbólica decisiva” (p. 50), que faria a sociedade reconhecer a legitimidade da profissão e sua utilidade para os casos a que se dedica. A profissionalização, a meu ver, significa um compromisso daqueles que constituem a prática atual do AT a manter experiências contínuas de formação de quem irá realizar esta clínica. E, por

quem realiza esta clínica, de modo dedicado, integrado à sua história e com propósitos antimanicomiais, buscando produzir conhecimentos a ela pertinentes, entendo como profissionais.

O risco do AT ser tratado como uma função a ser exercida por quem simplesmente trabalha em um serviço de saúde mental por exemplo, por mais competente que seja, seria retornar esta prática aos tempos em que era um “fazer” indicado pelos psiquiatras aos auxiliares psiquiátricos. Esta crítica ao fazer, desenvolvida por Clarissa Metzger (2006), não invalida este caráter próprio ao acompanhamento. Apenas o situa como insuficiente. Diz ela:

Para que não nos tornemos realizadores passivos de ordens alheias, precisamos pensar com certa independência para construir ideias sobre o tratamento, sobre as condutas e direções que entendemos serem as mais adequadas em cada caso, concordando ou discordando do que pensam as outras instâncias de tratamento do nosso acompanhado. Isso não significa que precisamos saber tudo sobre outras especialidades, mas sim que precisamos nos situar e dialogar com elas.
[...] Nesse sentido, a teoria, seja ela psicanalítica, fenomenológica, comportamentalista ou outra, apresenta-se como um ‘terceiro’ entre *at* e acompanhado, que possibilita ampliar nossas referências (METZGER, 2006, p. 175).

Penso que não seria possível exigir uma proposta teórica, um uso da experiência clínica, para se realizar o acompanhamento terapêutico se este fosse visto como a realização de tarefas pontuais, por quaisquer funcionários dos serviços de saúde mental. E, novamente, não é uma questão de competência deste profissional, mas de uma perspectiva fundamentada para a condução de um trabalho específico – um projeto de acompanhamento terapêutico.

Mesmo então criando-se esse profissional, algumas qualidades específicas do acompanhamento não se perderiam. O *at* não é um trabalhador fixado nos serviços substitutivos de saúde mental; não está a serviço das demandas familiares, nos contratos particulares, mesmo quando são estes familiares quem paga por seu trabalho; não está preso ao propósito analítico de investigar configurações inconscientes; não está restrito aos espaços em que vive o paciente, mesmo ficando junto a ele, em um quarto, por meses a fio. O AT não é uma profissão exclusivamente psicológica, psicanalítica, médica, lúdica, cênica, política ou qualquer outra definição que se pense. No entanto, ele pode conter e pressupor a participação de todos esses elementos em sua formação e trabalho.

Agora fica clara a proposição de Palombini (2007b, p. 156-157) a respeito do AT ser o exercício do “entre lugares – entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – torna-se uma função emblemática da mistura e do contágio das disciplinas psi com o espaço e o tempo urbanos”.

Formalizar o AT é afirmar a necessidade desse profissional compondo equipes quando se fizer necessário, isto é, quando o projeto terapêutico de uma pessoa solicitar uma intervenção em seu

cotidiano de modo fundamentado e ético. Criar e conduzir tais projetos, com toda a dedicação aos vínculos surgidos nesta prática, não pode ser comparado à realização de saídas pontuais, ainda que estas possam ser inspiradas no acompanhamento terapêutico. E para criar e conduzir tais vínculos, respondendo a uma das dúvidas de Maurício Hermann (2012b) sobre a formação dos acompanhantes, penso que um profissional de nível superior, com um curso de capacitação em AT, poderá pensar de modo mais complexo em todas as variáveis envolvidas, produzindo saídas em que as dimensões subjetiva e materiais complexas possam ser cuidadas.

Se há um risco político inerente à toda formalização, em que os grupos de acompanhantes poderão discordar sobre os princípios básicos de formação, por exemplo, não vejo por que a discussão e o embate não possam ocorrer, dando origem a formações que contemplem diferenças – algo que, desde nossa origem, nos é inerente. Seria uma distorção, incoerente com a história do AT, se surgisse um modelo específico e restritivo de formação profissional, não contemplando a diversidade que dá origem e especialidade a esta clínica. Precisamos de *ats* cuja formação original seja variada e que continue sendo variada nos cursos específicos que fizer. Se, por um lado, como vimos, ter uma ideia de subjetividade de origem psicanalítica pode auxiliar o acompanhante, por outro, como veremos adiante, uma identidade técnica excessivamente psicanalítica também pode tolher seu trabalho da espontaneidade requerida no cotidiano. A mistura nos faz bem.

Eliane Berger (1997) chega a sugerir a prática do AT como um exercício próximo à *Pop Art*, pelo caráter de incluir elementos do dia-a-dia, presentes no cotidiano, casuais, para realizar sua clínica, contando ainda com todos os recursos pessoais de que dispor o *at*, os cursos que fez, histórias que contou, saberes variados que lhe pertencem. Uma formação não restritiva e aberta à interdisciplinaridade pode ser um bom norte inicial, contemplando ainda os recursos pessoais trazidos pelos estudantes, que compartilharão também os conceitos úteis de suas diferentes graduações universitárias.

Penso que optar pela não formalização não contribuirá para o fortalecimento desta clínica com tanto potencial terapêutico e de investigação (psíquica e social). A potência inerente ao AT deve avançar em seu uso clínico, como tem feito, mas pode também se constituir cada vez mais como um recurso de questionamento político à sociedade administrada e manicomial em que vivemos. Produzir cuidados clínicos, evitar o manicômio mental e a ortopedia social, além de criar conceitos próprios a esta prática, exigem compromissos maiores do que manter o AT como função exercida esporadicamente por certos agentes de saúde.

Se o Acompanhamento Terapêutico, dentre outros fatores, pode contribuir inspirando os analistas a ampliarem o *setting* tradicional analítico, como visto em Minerbo (2005) e Maurício Hermann (2012b), ele pode trazer maiores contribuições se constituir seu próprio campo de trabalho, formando bases acadêmicas interdisciplinares que deem conta de sua complexidade original. Entre a reforma psiquiátrica, a psicanálise, a atividade lúdica, a realidade sócio-cultural, o dia a dia de cada paciente, e tendo pelo meio uma subjetividade não transparente, forma-se um profissional capaz de fazer do cotidiano seu instrumento de trabalho. Isto não é só uma função, mas uma profissão bastante exigente.

Para finalizar este tópico, retorno ao ponto do qual parti, para afirmar que continuarei dizendo aos meus alunos que concluam sua graduação em nível superior, buscando complementar sua formação como acompanhantes em cursos variados. Nestes cursos, espero que distintas perspectivas teóricas e técnicas possam ser aprendidas, junto aos valores éticos e às origens históricas desta prática terapêutica que, segundo penso, deve caminhar para sua profissionalização. Uma profissionalização que deveria conservar um estatuto paradoxal, pois seria inerente à sua própria história, tal como dito por Reis Neto, Pinto e Oliveira (2011), manter-se como uma “prática *psi* sempre *mal instituída*, sempre resistente à apreensão por um saber que lhe garanta contornos bem definidos” (p. 38). Uma profissão aberta, mal instituída, se quiserem.

Terminado este item, podemos passar à experiência de ensinar o AT em um curso de graduação em Psicologia.

A INSERÇÃO DO AT COMO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE EM PSICOLOGIA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Neste tópico irei abordar o modo como o AT foi apresentado e experimentado pelos alunos de graduação em Psicologia, que participaram dos estágios em que ofereci tal abordagem. Não irei me deter nas ocasiões em que lecionei a disciplina optativa de AT, pois meus objetivos, nesta tese, passam ao largo desse tema. Talvez em outra oportunidade volte a esse assunto. Irei, assim, me ater apenas à experiência dos estágios.

Os estágios profissionalizantes são atividades acadêmicas obrigatórias para obtenção do título de psicólogo e, na faculdade em que lecionava, eram oferecidos nos 8º, 9º e 10º semestres a todos os alunos. Em cada turma, um certo número de professores era alocado, visando constituir grupos de supervisão de até 07 estudantes. Tentava-se contemplar as abordagens teóricas principais vistas ao longo da graduação, disponibilizando professores que trabalhassem orientados pela psicanálise, análise do comportamento e psicologia sócio-histórica em todas as turmas. Com isso, ao escolherem seus estágios, os alunos poderiam buscar um grupo de supervisão mais próximo aos seus interesses e domínios teóricos.

No início de cada semestre as abordagens e propostas de trabalho eram apresentadas aos alunos, deixando a eles a tarefa de se distribuírem pelos grupos de maneira a preservar a mesma proporção entre estagiários e supervisores em todos os grupos. Essa regra institucional gerava um impedimento prático: nem todos os alunos ficariam com o professor ou a abordagem teórica desejada, pois havia um limite de inscritos para cada grupo. Sem entrar nos meandros desta divisão, posso afirmar que, de modo geral, os grupos eram compostos por alunos com interesses e disposições heterogêneas, variando daquele estudante que se identificava com minha linha teórica e proposta de trabalho, até outros alunos, que ali estavam apenas por sorte ou azar nos sorteios realizados.

Outro critério de escolha por parte dos estudantes, que devo mencionar, diz respeito à organização prática dos estágios, uma vez que estes eram realizados fora do período letivo. Como a maioria dos alunos tinha uma ocupação profissional paralela à graduação, eles buscavam estágios que pudessem não trazer maiores prejuízos a seus horários de trabalho. Esta realidade factual tornava mais atraentes aquelas propostas de estágio cujos locais e horários fossem flexíveis, dando prioridade às intervenções que ocorressem nos finais de semana – como era o caso do AT.

Essa particularidade institucional lançava o primeiro desafio à realização do estágio: enquanto alguns alunos já tinham ouvido falar do Acompanhamento Terapêutico ou dispunham de certo interesse por Psicanálise, outros desconheciam esta prática clínica. Alguns relatavam sua identificação teórica com Análise do Comportamento, por exemplo, e não poucos, estavam ali interessados apenas na possibilidade de cumprir aquela obrigação acadêmica sem prejudicar sua rotina de trabalho.

Como se vê, a primeira marca dos grupos de estágio já nos deixam distantes do que afirmei como necessário à formação do profissional de que temos tratado. Assim, posso afirmar o que me parece claro: a experiência de um estágio profissionalizante em AT, na graduação em Psicologia, não forma um acompanhante terapêutico. Esta experiência fornece um primeiro contato tanto com a perspectiva teórica quanto clínica dessa prática terapêutica, constituindo-se em uma porta de entrada que muitos alunos ultrapassam e dão sequência em locais específicos de formação – como deve ser. Outros, passado o semestre, nunca mais se interessarão por esta atividade, e isto não deve nos surpreender.

Desde o início dos semestres, eu deixava claro que o foco da minha proposta não era mesmo formar acompanhantes, mas apresentar aos alunos esta prática terapêutica durante o estágio clínico que realizariam. O interesse era propiciar-lhes a experiência de conduzir um atendimento clínico, supervisionado, na abordagem teórica psicanalítica, através do AT. Ou seja, o acompanhamento era apresentado como uma modalidade terapêutica possível aos psicólogos, mas não restrita a nós. Mesmo como um estágio clínico orientado psicanaliticamente, não realizávamos uma abordagem de *setting* modificado, como visto em Minerbo (2005). Nossa intervenção era organizada segundo a disposição técnica do AT, que toma como *setting* o cotidiano do paciente. A psicanálise comparecia para orientar nossa escuta, nosso manejo clínico e a compreensão da transferência com vetor de trabalho.

A tarefa então era, em um prazo de quatro meses (dezesseis encontros geralmente), transmitir orientações básicas sobre o Acompanhamento Terapêutico, sua história, seus recursos técnicos, suas singularidades, sem transformar o estágio em um seminário teórico. Além disso, apresentar o público que receberia esse acompanhamento: os pacientes neurológicos. Geralmente a introdução teórica levava duas semanas, passando à discussão do filme “O escafandro e a borboleta”, como forma de reunir as duas temáticas: o AT e nosso público. Na sequência, orientações sobre o estágio em parceria com a fisioterapia, regras do ambulatório, escolha dos pacientes e parâmetros para o primeiro contato e atendimentos iniciais. Após essas atividades, geralmente tínhamos três meses para o acompanhamento propriamente dito. Um prazo exíguo, é verdade, mas que ainda assim nos permitia conduzir esta proposta de intervenção, com os alcances vistos nos casos citados.

Ao descrever as condições iniciais desse ensino, me surpreendo em como parecem pouco promissoras. No entanto, os dois fatores fundamentais, capazes de transformar uma obrigação acadêmica em um caso clínico, ainda não foram mencionados: a enorme disposição da maioria dos alunos em atender os pacientes e a potência terapêutica da proposta empregada. Os três meses de acompanhamento realmente se tornavam uma experiência formadora quando havia um encontro com a atividade clínica, o interesse por assumir a condução terapêutica de um caso, o envolvimento com a história do paciente, em suas dores e singularidade, uma relação de confiança com o suporte oferecido pela supervisão e pelo grupo de alunos.

Reunidos estes elementos, os grupos de supervisão assumiam aquele caráter de horizontalidade citado inicialmente, formando-se um grupo de trabalho em que cada aluno ocupava-se em acompanhar também os casos dos colegas, tornando os encontros semanais uma tarefa prazerosa e produtiva. Na grande maioria das vezes, ultrapassávamos o horário institucional, dispostos a continuar discutindo e pensando nos casos supervisionados. Obviamente que havia alunos sem tal disposição, interessados em realizar o mínimo para serem aprovados na disciplina “estágio profissionalizante”.

O que cabe ressaltar é como a potência terapêutica do AT se mostrava um fator mobilizador nos alunos, pois, quando comparavam suas intervenções neste registro com aquelas realizadas nos moldes clínicos tradicionais, nos consultórios da clínica-escola, eles podiam perceber mais claramente o efeito do trabalho realizado. Acredito que esta percepção, *que não significa eficácia duradoura*, se dê pela participação direta dos terapeutas na realidade dos pacientes, o que facilita notar as reverberações daquilo que é feito, uma vez que o *at* é, ao mesmo tempo, agente e testemunha do que ocorre. Lembremos do Sr. G. e a passagem rápida que o fez deixar o balcão-curral, para se reencontrar “com toda sua vida” na caminhada pela mata. Passagens como essa, acompanhadas pessoalmente pelos estagiários, ofereciam a esses jovens clínicos uma experiência de afirmação do valor das intervenções feitas, produzindo efeitos motivadores para o grupo de supervisão, de modo geral.

Não quero com isso, de modo algum, afirmar uma maior eficiência do AT em relação ao consultório. Isto é um equívoco. Cada proposta tem alcances e utilidades distintas, não sendo possível uma tomar lugar da outra. O ponto em realce é *a maior facilidade* com que os acompanhantes podem ver efeitos de alteração na realidade a partir de seu trabalho, uma vez que eles participam e intervêm na realidade do paciente. Quando os alunos comparam esta prática com os estágios em consultório, eles se ressentem de não poder acompanhar mais claramente como suas intervenções ressoam na vida dos pacientes.

Há aqui alguns fatores envolvidos nesta percepção relativa ao consultório. Primeiro, como não é uma exigência institucional, nem todos os alunos fazem psicoterapia, o que dificulta, a partir da própria experiência como pacientes, criarem registro do poder terapêutico que eles mesmos exercitam nos estágios em consultório. Segundo, as condições de trabalho na clínica-escola sofrem com as regulações institucionais, sendo todos os vínculos curtos, restritos a um semestre, dificultando com isso a adesão do paciente e não garantindo uma continuidade maior nos atendimentos. Não me admira que nestas condições, o aluno perceba com maior agudeza os efeitos de sua participação no cotidiano do paciente, sem esquecer que, pelo fato dos acompanhantes irem até o local de vida dos pacientes, as faltas terminam por ser muito menores do que as observadas na clínica-escola. Observamos com isso, um vínculo terapêutico mantido com maior regularidade no AT, segundo informações dos alunos, ao comentarem seus estágios.

Mas, se por um lado esta proximidade com o cotidiano do paciente traz uma percepção mais facilitada dos efeitos do AT, uma outra dificuldade foi notada. Surge o desafio de formar um pensamento clínico que reconheça as variáveis subjetivas, e não só concretas, envolvidas em nosso trabalho. Do contrário, pela avidez de produzir efeitos, teremos acompanhantes voltados para atendimento à “qualidade de vida” do paciente, reconhecida apenas como melhora nas condições materiais de existência ou melhor adequação à realidade. Fazer os alunos perceberem as demandas subjetivas, treinando sua escuta para, em meio à pregnância das necessidades concretas, lidar com os conflitos sem a busca por soluções educativas ou pragmáticas, por exemplo, é uma grande tarefa.

Inúmeras vezes os alunos manifestavam como a experiência do AT havia propiciado um reconhecimento mais claro do alcance terapêutico da Psicologia. Palombini (2006, p. 118) também acostumou-se a “escutar dos alunos a afirmação do quanto essa experiência [de estágio em AT] marcou todas as suas incursões posteriores no campo da clínica, e mesmo em outros campos das práticas psi.” Com isso, se o estágio não forma um acompanhante terapêutico, dá ao aluno de Psicologia uma boa mostra de sua utilidade, cabendo a ele prosseguir com sua formação.

Mas se abordamos as comparações feitas pelos alunos com a atividade clínica tradicional, isto aponta para um fato inquestionável: o valor de referência desta prática em relação ao AT. De modo mais específico ainda, os alunos, ao se inscrevem em um estágio clínico orientado psicanaliticamente, têm como parâmetro as orientações técnicas do modelo convencional psicanalítico e isto oferece ganhos e prejuízos na prática do AT. Vamos a este ponto.

PARTICULARIDADES NO ENSINO DE AT ORIENTADO PSICANALITICAMENTE

A partir deste tópico teremos oportunidade de retomar e compreender algumas das questões apresentadas no *corpus* de nosso trabalho, envolvendo especialmente a prática dos estudantes junto a seus pacientes. É neste tópico porque grande parte destas questões diz respeito ao choque existente entre o modelo técnico de intervenção psicanalítica e a proposta do acompanhamento terapêutico.

Para entender o vínculo dos estudantes com a psicanálise, consideremos um estagiário de 8º semestre, por exemplo. Até esse momento ele terá passado os quatro primeiros semestres de sua graduação lendo Freud, necessariamente, pois o plano de ensino estipulava a leitura dos textos fundamentais do principal autor das linhas psicológicas ensinadas. Além disso, terão sido oferecidos outros quatro semestres de “estágios básicos”, em que temas ligados à prática psicológica seriam discutidos teoricamente em grupos menores, escolhidos por cada estudante.

Se um aluno orientasse sua escolha pela psicanálise, teria mais dois anos estudando Freud ou outro autor psicanalítico, uma vez que nos estágios básicos a bibliografia seguia as pesquisas e práticas dos professores. Havia uma orientação aos alunos para que diversificassem os temas nos estágios básicos, visando ampliar o conhecimento dos campos de trabalho do psicólogo. Geralmente eles atendiam a tal recomendação. Caso algum aluno tivesse optado por não ter psicanálise nos estágios básicos, ele chegaria ao profissionalizante com as referências iniciais dos primeiros anos de graduação.

Segundo este panorama, vemos a presença marcante da psicanálise no ensino de psicologia, não sendo esta uma exceção. Ao contrário, Loffredo (2012), no artigo “Transmissão da psicanálise e universidade”, cita que este conteúdo é visto pelos alunos de psicologia da Universidade de São Paulo (USP) em disciplinas obrigatórias e optativas inseridas do primeiro ao quinto ano do curso. Em suas palavras, “a psicanálise não só faz parte como, de certa forma, inunda os currículos dos cursos de graduação de psicologia” (LOFFREDO, 2012, p. 213).

ROMERA (1994), no trabalho “Ensino-transmissão da Psicanálise: ser ou não ser... algo mais?!”, assim trata do ensino deste conteúdo na universidade (e não só nos cursos de psicologia):

O referido ensino existe, não há como negá-lo. E é justificado face à importância de veicular-se um saber que se constitui em patrimônio cultural da humanidade. Um saber que resgata a dimensão da subjetividade, desperta o interesse não apenas dos que se exercitam no ofício de analistas, mas de todos os que se tenham perguntado sobre a constituição do desejo, da subjetividade (ROMERA, 1994, p. 54).

O que nos toma aqui é como, deste ensino teórico, passa-se à prática clínica supervisionada. Pelos critérios de escolha dos estágios, tornava-se inevitável formarem-se grupos bastante heterogêneos, mesclando alunos próximos e distantes da psicanálise, com níveis de leitura e interesses bastante variados.

Após esse panorama geral, restam-nos várias questões, como por exemplo: que modelo técnico teria sido assumido pelos alunos, especialmente considerando que grande parte deles não fez análise ou psicoterapia pessoal? Como procederiam na primeira experiência como condutores, supervisionados, de um caso clínico? O que esperar de um grupo tão heterogêneo, no que diz respeito ao interesse pela psicanálise? Ou melhor, o que eles esperariam quando ingressassem no primeiro estágio profissionalizante clínico, de orientação psicanalítica?

A resposta me parece uma só: poderíamos esperar estagiários que conhecessem apenas o modelo clássico de atendimento psicanalítico, pois era esta a referência de trabalho de que a maioria dispunha. E era isto também o que eles esperariam encontrar: pacientes neuróticos, solicitando atendimento, e prontos para chegarem aos consultórios da clínica-escola, onde seriam atendidos por 50 minutos pelos alunos – pois era a esta prática que as disciplinas básicas faziam referência. Poucos alunos teriam lido autores psicanalíticos contemporâneos nos estágios básicos, não se formando um solo comum de diálogo.

Ao serem indagados sobre como proceder no início do tratamento, os alunos assumiam posições variadas. Alguns repetiam se muita convicção o modelo padrão do cumprimento educado, mas não efusivo ao paciente, ainda na sala de espera, para daí seguirem até a sala indicada. Ali, no consultório, indicariam a posição nas poltronas (ou o uso posterior do divã, quando adequado), e se disporiam a escutar de modo acolhedor aquilo que o outro trouxesse. Este roteiro simples, em sala de aula ainda, era entremeado por pequenas discordâncias dos alunos quanto ao, por exemplo, cumprimento feito ao paciente. Estende-se a mão apenas ou pode dar um beijinho no rosto? Mas, estende-se a mão? Por quê? A professora tal disse que não se devia fazer isso. De outro lado, já a professora... E aí a conversa sim se estendia e podia tomar uma aula antes sequer de estagiário e paciente entrarem no consultório.

Estas discussões, que tentei reproduzir, apontam a referência mais acessível a eles: os professores, especialmente nos exemplos que estes transmitiriam durante as aulas teóricas, nos semestres iniciais. Para dar vida à leitura, é recurso comum e útil entremear o texto com experiências, narrativas de casos, exemplos de outros colegas, daquilo que o professor acha certo ou errado. Uma

certa colcha de retalhos se forma, costurada pela ligação afetiva que cada aluno estabeleceu com seus professores, fazendo ora um, ora outro de modelo para a clínica que se pretende realizar.

Se insistimos na investigação imaginária, passando a porta de entrada, chegamos ao encontro. E ali, diante do paciente, como seria? Alguns alunos, guardando melhor os conceitos, nomeavam a atenção flutuante do terapeuta, complementar à associação livre indicada ao paciente, como recurso para que se produzisse uma escuta analítica. Não raro, das considerações técnicas, se passava rapidamente de volta às questões posturais: mas ficaríamos em silêncio? E com “cara de psicólogo”, entre enigmático e tranquilo? E a voz? Também um “tom de voz do psicólogo?”, como eles diziam, nesta mistura improvável de calma e disposição? Tudo isso enformado por gestos e vestuário mais sérios do que os usados até então, pois a mudança é visível entre os alunos dos semestres iniciais e aqueles nos estágios clínicos.

Este eventual modelo técnico e postural, dito assim, por nossos estagiários, em um primeiro encontro e diante da proximidade de realizarem o primeiro atendimento, seria uma espécie de *decantado* daquilo que escutaram, leram ou reproduziram do imaginário que cerca a prática psicanalítica com a qual, nos últimos anos, se envolvem. Isto sem esquecer que muitas vezes somente os professores, em sala de aula, serviram como modelo de atuação. Era esta a apreensão que tinham a respeito daquilo que iriam realizar. A maioria não teve a experiência de ver um profissional trabalhando, sendo o próprio aluno o paciente. Contato este que certamente matizaria a fantasia com os tons mais humanos do que foge ao manual.

Faço esse apontamento para ressaltar que minha discussão aqui diz respeito ao ensino de uma prática orientada psicanaliticamente, no contexto de um estágio clínico, durante a graduação em Psicologia. E escolhi realizar esta prática através do acompanhamento terapêutico. Não tratamos de uma especialização psicanalítica, nem de seminários teóricos e muito menos de uma formação em Institutos de Psicanálise, para profissionais já graduados e experientes. Se o contexto é outro, penso que as exigências também devem ser modificadas, cabendo-nos pensar quais referenciais psicanalíticos podemos transmitir aos alunos durante sua graduação.

Esta clínica descrita acima, com seu quê de imaginação e reprodução estereotipada, estaria próxima do que Fabio Herrmann (2005) denominou “clínica padrão”, no texto em que discute o contraponto a esta estereotipia, a “Clínica extensa”. Por “clínica padrão” entenda-se mais do que a repetição de certos parâmetros que orientam um “*setting* ritualístico” (p. 20), no qual considera-se analítico a manutenção de um certo número de sessões semanais ou uso do divã, por exemplo. Seria padrão também uma repetição abusiva de esquemas interpretativos padronizados, “que traduzem

automaticamente o que diz um paciente, como alusão ao analista, como repetição de situações da infância remota, como jogos de palavras” (HERRMANN, F., 2005, p. 20).

Para este autor, a potência criativa do método psicanalítico teria perdido força ao ser reduzido à prática clínica, como se a psicanálise tratasse apenas do atendimento clínico. Em tal redução operariam ainda um processo de formação no qual as teorias seriam transmitidas de modo doutrinário, esquecendo-se da dimensão viva, interpretativa, em que foram criadas. Os procedimentos técnicos a serem seguidos garantiriam uma unidade ao grupo teórico com o qual cada terapeuta se identificaria, repetindo os analistas de referência, especialmente aqueles responsáveis pelas análises tomadas como de referência, ou os professores preferidos, no ambiente acadêmico.

Ainda assim, mesmo em uma “clínica padrão”, o método analítico produziria resultados interpretativos, pois, para Fabio Herrmann (1998b), no texto “Análise didática em tempos de penúria teórica”, mesmo as interpretações repetitivas geram efeitos disruptivos, uma vez que são dadas fora da rotina, fora do campo consensual de sentido. O problema seria o terapeuta retirar-se da escuta consensual para se alojar em uma idêntica e contínua posição de tradutor teórico, que toma as falas do paciente em referência ao conhecimento adquirido nos livros de psicanálise. A dimensão viva da interpretação, como um “ato falho a dois” (p. 701), por exemplo, se perderia.

Devemos considerar estas exportações como um apelo à atividade criativa dos analistas, que certamente há e está ao nosso redor. A estereotipia não é a regra. Sua intenção é para que, não somente nos consultórios, onde o analista se fixou, mas também fora dele, possam ser postas em marcha as aplicações do método às várias dimensões da experiência humana, tal como realizado por Freud, em suas psicanálises da cultura, da arte, da literatura, dos mitos. É atendendo a esse anseio por ampliação que o conceito de clínica extensa foi criado, pois

Retirados os parâmetros secundários, temos de nos haver com o essencial, que é precisamente aquilo de que fugimos: ser obrigado a declarar a essência da interpretação psicanalítica, o método. Despidas as vestes, onde fica o corpo? (HERRMANN, F., 2005, p. 23).

Recuperar o método, como vimos no item dedicado à Teoria dos Campos, permitiria superar o risco da repetição das vestes estereotipadas que, aqui, são vistas encobrendo tanto os corpos dos estudantes de psicologia quanto o de alguns analistas, como sói acontecer no amplo espectro de pessoas em formação – alguns mais rapidamente livres para criar, outros mais próximos aos modelos prescritos, a partir do qual, também produzirão sua clínica em nome próprio.

Apenas para ilustrar este efeito, e a dificuldade de romper com os padrões de referência iniciais, tomemos um exemplo de Minerbo (2012), no livro “Transferência e contratransferência”, onde apresenta um trabalho de supervisão realizado com uma colega da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Diz ela, a respeito das orientações que deu a sua supervisionanda Milene:

Sugiro a Milene que procure sair do registro interpretativo num sentido mais clássico, e que tente uma interpretação mais ‘agida’ – uma fala que sinalize que ela não tem o prazer narcísico que Julia lhe atribui de poder salvá-la. Na supervisão seguinte, ela volta mais satisfeita com ela mesma por ter conseguido falar, sem raiva, que não podia continuar ouvindo as queixas e lamúrias. Percebe que está ampliando seu repertório e que pode lançar mão, sem ficar tão atormentada por angústias superegoicas que muitos membros filiados costumam projetar sobre a instituição, de um novo instrumento analítico. [...] Minha intenção era ajudá-la a desconstruir um modelo de uma suposta ‘postura analítica universal’ que poderia valer para todas as análises, sem considerar a singularidade de cada paciente (MINERBO, 2012, p. 269-270).

Diante deste diagnóstico da força impeditiva da clínica padrão, surge um problema em relação ao meu trabalho: se meus alunos teriam aprendido esta clínica, sob a forma do “decantado teórico-técnico” transcrito, como manusear um modelo de atendimento que, por definição, é fora do padrão? E, mais do que desviante do padrão, constitui-se como um outro modelo de atendimento mesmo?

Um ganho secundário, não intencional, pode ser vislumbrado aqui: ensinar acompanhamento terapêutico, pensado psicanaliticamente, a estudantes de Psicologia, poderia se constituir em uma espécie de “vacina” contra uma possível clínica padrão futura. Uma vacina, como vimos, que já chegou um pouco atrasada, pois o “decantado” de psicanálise que os alunos repetem é permeado pela matéria que constitui a clínica padrão: o desconhecimento da criatividade interpretativa inerente a toda invenção psicanalítica, do *setting* à teoria. E um esquecimento até mesmo das peculiaridades próprias ao criador da psicanálise, que o levou a organizar seus atendimentos daquele modo, com aquele público específico, formado essencialmente por pacientes neuróticos.

Assim, se pretendemos manter uma escuta analítica fora do *setting*, trabalhando com outro modelo de atendimento, que visa, a partir da escuta, constituir saídas pela cidade que respondam à subjetividade de cada paciente, ampliando os limites vividos sintomaticamente, então deveremos considerar algumas das orientações técnicas clássicas como “vestes” a serem despidas.

Mesmo tratando-se também de uma clínica da neurose, como foram as situações descritas nos casos, algumas das valiosas e necessárias técnicas cerzidas sob medida para tal público, deverão ser empenhadas apenas no consultório, não no acompanhamento terapêutico.

Para criar um pano de fundo a partir do qual as roupagens técnicas próprias ao AT ganharão mais destaque, faço a seguir uma síntese comentada de algumas das recomendações técnicas freudianas, procurando demarcá-las nos textos técnicos que constituíram as referências básicas dos alunos. Vale lembrar que desde o primeiro parágrafo do texto “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise”, Freud (1912a/2010) deixa claro o caráter pessoal de sua maneira de trabalhar. Em suas palavras a advertência quanto a uma leitura objetificante de seu texto:

Espero que a sua observância [das regras técnicas oferecidas] poupe esforços inúteis aos médicos que exercem a psicanálise e lhes permita evitar alguma omissão; mas devo enfatizar que essa técnica revelou-se a única adequada para a minha individualidade. Não me atrevo a contestar que uma personalidade médica de outra constituição seja levada a preferir uma outra atitude ante os pacientes e a tarefa a ser cumprida (FREUD, 1912a/2010, p. 148).

Dentre as orientações dadas neste artigo que continuaremos a utilizar, destaco a técnica fundamental para a escuta analítica, que consiste em “apenas em não querer notar nada em especial, e oferecer a tudo o que se ouve a mesma ‘atenção flutuante’, segundo a expressão que usei” (FREUD, 1912a/2010, p. 149). Esta postura prescindiria do recurso a se tomar notas durante o atendimento, resguardando-se a atividade mental do analista para fazer interpretações do que se ouviu. Além de não conduzir o tratamento com finalidades científicas, o que faria ter um interesse excessivo pelo caso, o analista também não deve tentar convencer as pessoas a respeito do seu trabalho, resguardando-se em uma “tal frieza de sentimentos” (p. 155) que protege a vida emocional do analista e cria melhores condições de tratamento para o paciente.

As tarefas a que se dedica o médico-analista seriam uma contrapartida à regra fundamental da psicanálise comunicada ao paciente, que é “[...] comunicar tudo o que sua auto-observação capta, suspendendo toda objeção lógica e afetiva que procure induzi-lo a fazer uma seleção” (FREUD, 1912a/2010, p. 155). Para receber este material do paciente, colocando seu inconsciente “como órgão receptor, para o inconsciente emissor do doente” (p. 156), sem impingir-lhe suas próprias valorações e limites, o analista deve ter se submetido a uma “[...] purificação psicanalítica e tenha tomado conhecimento daqueles seus complexos seus que seriam capazes de perturbar a apreensão do que é oferecido pelo analisando” (FREUD, 1912a/2010, p. 157).

Uma das recomendações feitas de modo mais enfático diz respeito à postura de reserva a ser mantida no contato com os pacientes, em que o “[...] médico deve ser opaco para o analisando, e, tal como um espelho, não mostrar senão o que lhe é mostrado” (FREUD, 1912a/2010, p. 159). Esta condenação técnica visa desencorajar uma postura que seria comum ao um “psicanalista jovem e entusiasmado” por estabelecer uma relação de confiança e intimidade com os pacientes, a partir de um compartilhamento de “notícias confidenciais de sua vida” (p. 159). Além de se afastar da

orientação psicanalítica, tal postura beiraria a “influência por sugestão” (p. 159), além de criar empecilhos à dissolução da transferência e favorecer a resistência do paciente, que facilmente iria se interessar pela vida do médico, deixando a sua de lado.

Por fim, as últimas disposições técnicas apresentadas nesse artigo dizem respeito à ambição educativa e terapêutica por parte dos analistas. Estes profissionais devem conter seus desejos a respeito do destino que os pacientes darão às suas capacidades, sabendo que nem todos têm os dotes sublimatórios que se almeja, mesmo após os esforços despendidos no tratamento. Há que se respeitar as dores dos pacientes, sem pretender apressar-lhes a cura ou determinar tarefas a eles. Respeitando estas orientações, um bom caminho técnico será seguido no tratamento de pacientes neuróticos, conclui Freud (1912a/2010).

No ano seguinte, Freud (1913/1996) escreveu um outro trabalho, “Sobre o início do tratamento”, tecendo “novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I”. Uma citação mais longa nos será útil, pois adverte quando ao equívoco de se tomarem as recomendações por regras fixas:

Penso estar sendo prudente, contudo, em chamar estas regras de ‘recomendações’ e não reivindicar qualquer aceitação incondicional a elas. A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica; e ocasionam que um curso de ação que, via de regra, é justificado possa, às vezes, mostrar-se ineficaz, enquanto outro que habitualmente é errôneo, possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado (FREUD, 1913/1996, p. 139).

Dentre as novas recomendações, seria contraindicado aceitar pacientes com os quais se tenha um contato prévio, pois isso modificaria a transferência a ser estabelecida, trazendo ainda maiores dificuldades se o “analista e seu novo paciente, ou suas famílias, acham-se em termos de amizade ou têm laços sociais um com o outro” (FREUD, 1913/1996, p. 141). Manter esta regra facilitaria, a meu ver, a postura de “opacidade” do analista, sugerida acima.

Freud cedia uma hora ao paciente e esta passava a ser responsabilidade dele, utilizando-a ou não. Em alguns casos, quando o tempo levado pelo paciente para começar a se abrir com o analista ultrapassava limite tradicional, ele estendia o atendimento. A periodicidade das sessões era, via de regra, de seis dias por semana, excetuando-se domingos e feriados. Apenas para “casos leves ou continuação de um tratamento que já se acha bem avançado, três dias por semana bastarão” (FREUD, 1913/1996, p. 143).

Sobre a duração provável do tratamento, esta é uma pergunta “quase irrespondível” (FREUD, 1913/1996, p. 143), pois depende dos recursos do paciente e das resistências que irá levantar após o início do trabalho, reconhecendo-se a “lentidão com que se realizam as mudanças profundas na

mente – em última instância, fora de dúvida, a ‘atemporalidade’ de nossos processos inconscientes” (p. 145), fazendo com que a “psicanálise é sempre questão de longos períodos de tempo, de meio ano ou de anos inteiros – de períodos maiores do que o paciente espera” (FREUD, 1913/1996, p. 145).

Alguns pacientes chegavam com uma queixa específica e ficariam satisfeitos se, dentre suas dores, uma determinada fosse sanada, pois acreditavam serem capazes de conviver ou superar as restantes. Mas, diz o autor, não está ao alcance do nosso trabalho esta seleção dos efeitos a serem produzidos:

O analista é certamente capaz de fazer muito, mas não pode determinar de antemão exatamente quais os resultados que produzirá. Ele coloca em movimento um processo, o processo de solucionamento das repressões existentes. [...] uma vez começado, segue sua própria rota e não permite que, quer a direção que toma, quer a ordem em que colhe seus pontos, lhe sejam prescritas (FREUD, 1913/1996, p. 145-146).

Sobre o preço, não se deve pedir valores muito baixos, pois isto não favoreceria que o “valor do tratamento” fosse devidamente realçado. Deve estipular um valor adequado, sabendo que talvez não venha a receber o mesmo que colegas médicos de outras especialidades. Não deve oferecer tratamento gratuito, pois aumenta as resistências dos pacientes, perdendo-se inclusive o “efeito regulador oferecido pelo pagamento de honorários”, uma vez não haver custos afasta-se do “mundo real”, não levando-o a “esforçar-se por dar fim ao tratamento” (FREUD, 1913/1996, p. 147-148).

A respeito do uso do divã e da posição do analista sentado atrás do paciente, Freud (1913/1996) comenta que tal arranjo faz parte de um “certo cerimonial que concerne à posição na qual o tratamento é realizado” e diz respeito, em parte, a um motivo pessoal do autor, que não suportava ser “encarado fixamente por outras pessoas durante oito horas (ou mais) por dia” (p. 149). Além disso, este procedimento mostrou-se útil para deixar as associações livres correrem mais livremente, facilitando o reconhecimento das resistências, quando surgissem (FREUD, 1913/1996).

Com relação ao manejo do atendimento, outras recomendações são feitas, como a de manter a análise em segredo, se assim desejar o paciente, sendo este dado “uma característica de sua história secreta” (FREUD, 1913/1996, p. 151). Sobre o momento do analista começar a revelar “o significado oculto das ideias” (p. 154) que ocorrem ao paciente, indica-se esperar pelo estabelecimento de uma “transferência eficaz”, que fornece um *rapport* apropriado. Para conseguir tal feito, basta “nada ser feito, exceto conceder-lhe [ao paciente] tempo”. Provavelmente não conseguiremos este vínculo e seus resultados se,

[...] desde o início, assumirmos outro ponto de vista que não o da compreensão simpática, tal como um ponto de vista moralizador, ou se nos comportarmos como

representantes ou advogados da parte litigante – o outro cônjuge, por exemplo (FREUD, 1913/1996, p. 154).

A recomendação para uma atitude paciente do analista, compreendendo a particularidade dos processos inconscientes, tem como corolário o cuidado para se evitar a comunicação prematura de conclusões psicanalíticas, não devendo-se, mesmo em análises mais avançadas, “fornecer ao paciente a solução de um sintoma ou a tradução de um desejo até que ele esteja tão próximo delas que só tenha de dar mais um passo para conseguir a explicação por si próprio” (FREUD, 1913/1996, p. 155).

Também não há resultados em assumir “uma visão intelectualista da situação” (p. 155) analítica, seja transmitindo conteúdos teóricos ou compartilhando informações providas de outras pessoas, como familiares, a respeito do passado do paciente. A “comunicação do material reprimido à consciência do paciente não [...] produz o resultado desejado de acabar com os sintomas” (FREUD, 1913/1996, p. 157).

*

É neste pano de fundo que as questões dos alunos, feitas durante os atendimentos e dispostas ao longo dos casos descritos, ganha relevância. Se elas puderam ser formuladas ainda na graduação, mesmo que com certa angústia, é porque ainda há espaço para dúvidas quanto à resposta. E eles perguntaram: pode-se trocar um CD com um paciente? É possível realizar um atendimento fora do consultório? Brincar com um paciente adulto, é uma intervenção psicológica? E comprar um livro ou participar da organização de uma festa de aniversário, teria efeito analítico?

Para organizar melhor e talvez conferir mais objetividade às discussões sobre as vestes técnicas de inspiração psicanalítica, próprias ao AT, farei uma apresentação de temas específicos, dialogando com as referências freudianas e as experiências vividas por meus alunos.

Setting: enquadre prático e projeto terapêutico

O primeiro susto. Os atendimentos não serão feitos na clínica-escola, mas sim no cotidiano dos pacientes. Na casa deles? Não necessariamente. Pode-se encontrar o paciente em sua casa para dali partir para outros lugares. O *setting*, como diz Palombini (2007b), no texto “Psicanálise à céu aberto?”, é o espaço público, entendido com referência “à ideia de pólis que essa noção remete,

como poder de produção de relações, conflitos e negociação, que não recusa a fricção dos encontros, a possibilidade de ligação que a cidade, em seu erotismo, provê” (PALOMBINI, 2007b, p. 163).

Sair do espaço conhecido da clínica traz medo a vários alunos. Alguns preocupam-se em como serão recebidos pelos familiares, quem participará dos atendimentos, se é seguro ir sozinho até a casa do paciente, frequentando seu bairro. Outros, ao contrário, entendem com afinco (às vezes excessivo) a proposta de saídas, querendo desde o primeiro encontro andar com o paciente pelas redondezas.

Entre a vontade desmedida de sair e o receio de entrar há de se formar a ideia de um *setting* que organiza o encontro: dia, local, duração do acompanhamento e formas de planejarem as saídas, quando houverem. Maiores distâncias, programas mais demorados, demandam um planejamento, não seguem o impulso imediato. Há regras e proteções.

No caso Paula, ater-se ao tempo dos acompanhamentos, determinando o horário de saída foi um organizador psíquico para as alunas, que conseguiram se separar do ambiente paralisado com o qual trabalhavam. Constituiu-se em uma intervenção. O tempo, mensurado como horário de trabalho, com início e fim, e sustentado pelas acompanhantes, produzia sua reinserção, sua medida de passagem, naquele ambiente onde o tempo não mais passava, não era comemorado, não registrava-se em intervalos: um ano se passou, uma hora, duas horas... As *ats*, ao restituírem o valor deste aspecto do *setting* tornavam-no uma vez mais um elemento organizador do encontro. Com isso, por derivação mais sutil, mas causadora de efeitos, se mantido, termina por ser também um organizador psíquico contrário à lógica sintomática – daí ser uma intervenção, como disse.

Alguns alunos, antes de pensarem em marcar com um paciente, pretendem esmiuçar todas as condições prévias do *setting*: e se formos a uma lanchonete, quem paga? E se a família ficar na sala, posso pedir para que saiam? Estariam invadindo o enquadre de trabalho? Mas é a casa deles, é possível fazer isso? E se oferecerem um café? Tomo um ou dois? Melhor nenhum?

Nestas situações, concordo com Fabio Herrmann (1991, p. 40), quando diz que a “insistência sobre o *setting* é sintoma seguro de resistência por parte do analista”, no caso, do acompanhante. Geralmente a angústia se reduz após os colegas iniciarem seus casos, passando a confiar na possibilidade de trabalho. Em poucas ocasiões, formaram-se duplas de estagiárias com o fito específico de fazer frente ao inusitado do enquadre.

Uma ideia oriunda da comparação psicanalítica padrão é a preservação do *setting*. Se preciso escutar meu paciente, “agarrar sua humanidade”, como visto no caso do Sr. Bauby, é necessário um

ambiente tranquilo e o afastamento dos familiares. A presença deles seria uma invasão do *setting*, como vimos as estagiárias de Paula se queixarem, ora dos familiares, ora dos vizinhos que “atrapalhavam” o trabalho. Freud (1913/1996), em “Sobre o início do tratamento”, também aponta a necessidade de se evitarem contatos sociais com familiares dos pacientes, pois isto atrapalharia a transferência.

É necessário contextualizar a ideia de preservação, uma vez que, sob um outro ponto de vista, da família, com sua resistência a qualquer mudança na “já ensaiada e apresentada coreografia” familiar (CAMARGO, 1991, p. 54), somos nós quem está invadindo o cotidiano, com vistas à fazê-lo terapêutico, inclusive. Perceber a ambiguidade inerente à nossa presença constitui-se em um aprendizado técnico, denominado por essa autora como a manutenção de uma “postura de combate” (p. 53) no interior do espaço domiciliar do paciente.

A família ao mesmo tempo quer e não quer nossa presença. Quer, porque há uma ordem de sofrimento que não foram capazes de contornar sozinhos. Não quer, pois a necessidade do nosso trabalho denunciaria que “a força patológica e patogênica dos vínculos entre os membros da família foi maior que as forças vinculadoras saudáveis” (p. 53). Essa ambiguidade em relação à nossa presença permanecerá ao longo dos atendimentos, sendo inerente a este trabalho intrusões, esbarrões, acasos produtivos e improdutivos durante nosso trabalho. Para discernir se são da ordem da resistência ou do desconhecimento à natureza do nosso trabalho, a sugestão de Camargo (1991), sobre a postura de combate, pode ser útil, desde que se saiba que a família não é nossa inimiga. Por tal conceito ela quer indicar um cuidado aos

[...] nossos sentidos todos abertos, a atenção aos movimentos em nossa direção ou não e ao significado que possam conter, ouvir mais que falar e uma espécie de sagacidade sempre a postos de tal modo a percebermos na linguagem verbal e não verbal pela qual somos abordado, toda uma rede de sublinguagens (CAMARGO, 1991, p. 53).

Além dessa atenção, devemos considerar que o *setting* é outro, não cabendo-se tentar reproduzir um consultório no ambiente de vida do paciente. Não há vedações nas portas do cotidiano. E se precisarmos constituir algum momento de conversa mais reservada com o paciente, quem sabe uma praça, um café, não ofereçam tal acolhimento, mesmo expostos? Além do mais, em casos em que houver necessidade de um pedido de licença aos familiares, na própria casa deles, não vejo mal algum, desde que se lembre da sugestão psicanalítica: para revelar significados ocultos ou colocar limite em uma família, aconselha-se antes uma “transferência eficaz” (FREUD, 1913/1996, p. 154) e um *rapport* apropriado, capazes de produzir um entendimento de cuidado com tal intervenção. Até este momento chegar, uma boa dose de tempo é necessária – recomendação freudiana.

Em meio a tal abertura de locais de trabalho, penso que o *setting* mais difícil de se manter, e que constantemente é posto à prova, diz respeito ao propósito do trabalho realizado. O contrato a ser mantido deve preservar o lugar de acompanhante terapêutico, não o lugar de encontro, necessariamente. A posição a ser mantida é aquela que nos deixa próximos à demanda de trabalho, tornando-nos aptos a criar e cumprir, na medida do possível, o plano terapêutico surgido no encontro com o paciente. Como já citado, o caso Júlia discutido por Cenamo, Prates e Silva e Barreto (1991) trata exatamente deste ponto, a manutenção do *setting* considerado como projeto terapêutico, com sua derivação necessária sobre a organização prática dos acompanhamentos. Se o projeto mantido seguisse os interesses da mãe, a *at* se tornaria uma professora particular, o que configuraria uma organização específica de horários, ações e disposições por parte da acompanhante. Ao se modificar o projeto, reestrutura-se o *setting*, pois o foco era acompanhar Júlia em seu adolescimento, gerando novas organizações práticas: encontros após a natação, idas ao cinema, passeio de bicicleta, etc.

Setting, como enquadre prático, e projeto terapêutico, no AT, são inseparáveis. Um constitui reciprocamente o outro. E não era assim também para Freud (1912/2010), que constituiu um *setting* feito sob medida para o projeto terapêutico de atendimento à neurose? E o mesmo com Winnicott (2000), na organização de sua sala para observar e intervir junto aos bebês trazidos ao consultório daquele pediatra psicanalista? Teríamos esquecido que o *setting* está a serviço de um determinado projeto terapêutico, feito sob medida para cada encontro de trabalho e em consideração também aos aspectos pessoais de quem se dispõe a receber um outro sob seus cuidados? Talvez não, se guardamos o trabalho de analistas contemporâneos com seus pacientes mais graves, distintos daqueles freudianos, como fizeram Minerbo (2005) ou Maurício Hermann (2012b).

Na clínica dos pacientes neurológicos, resgatando as contribuições de WINOGRAD; SOLLERO-DE-CAMPOS E DRUMMOND, (2008), em que se busca “promover a elaboração psíquica dos efeitos da lesão cerebral e de suas consequências para o sujeito” (p. 143), junto às demandas por ressocialização, em um vínculo fortemente atravessado pela lógica médica, cabe manter a perspectiva dos cuidados com a ordem subjetiva do paciente. Há demandas fortes, e não necessariamente ilegítimas, por parte da equipe de tratamento e dos familiares, que podem fazer o AT perder seu projeto e seu *setting*. Lembrem-se que a equipe dos fisioterapeutas ficou empolgada com o início do atendimento de Paula, pois acreditavam que as acompanhantes poderiam ajudar na higiene da paciente? Ou quando, em função da suspensão da fisioterapia, as acompanhantes poderiam realizar certos exercícios? Assumir os cuidados físicos seria perder o projeto de “escutar” e reconhecer Paula na dimensão subjetiva que a fazia, antes e apesar de tudo, um sujeito inserido em

seu meio familiar, com sua história e sua presença no tempo. É este projeto que tornou possível e, depois, necessário fazer o aniversário da paciente. Cuidando do *setting* próprio ao AT e pelos efeitos imprevisíveis dos caminhos do tratamento, como disse Freud (1913/1996), um outro resultado surgiu: ao menos para sua festa, Paula estava bem arrumada.

Atenção flutuante e associação livre

Como já apontado, a atenção flutuante é a contrapartida do analista à regra fundamental da associação livre indicada ao paciente. Textualmente deveríamos apenas “não querer notar nada em especial, e oferecer a tudo o que se ouve a mesma ‘atenção flutuante’” (FREUD, 1912/2010, p. 149). Pronto, para o acompanhamento a regra é idêntica para os profissionais, mas de forma mais literal: podemos e é aconselhável nos mantermos receptivos a tudo, sem discriminarmos nada do que o ambiente e o paciente nos dizem.

Pela inserção nos espaços de vida do paciente, os mínimos objetos, detalhes singelos de uma decoração, uma foto, são todos recursos disponíveis ao nosso trabalho, o que nos remete novamente à passagem citada para que não tomemos “como banal e repetitivo esse cotidiano, sustentando, na relação a esses objetos, um campo de criação e as significações de uma cultura” (PALOMBINI, *ET AL.*, 2004, p. 77).

No acompanhante terapêutico não cabe a regra da associação livre como pressuposto para o vínculo com o paciente, mas há sim uma abertura para que a história de uma vida se mostre, considerando a possibilidade de inúmeros recursos narrativos para tal apreensão. Não era um fragmento da história do Sr. G. o que tocava no rádio de sua mercearia? Pela música clássica, ali, de escanteio, quase inaudita, foi reconhecida uma representação dissonante daquele senhor pronto a morrer atrás do curral de seu balcão. E daquela história escutada, daí compartilhada com a literalidade de uma troca de CDs, deu-se início mais vivo a um vínculo que terminou sabemos como, nos campos abertos da cultura, que é onde fica a Pinacoteca.

Ver o álbum de fotos que a mãe de Paula dispunha a quem quisesse conhecer sua filha contava uma longa história que talvez, associativamente, aquela senhora não se dispusesse a revelar. A filha visível, exibida, era aquela, fotografada no passado. Paula, sentada ao lado, quem era? Depois, na própria casa da paciente, quando a estagiária pede para ver o álbum comentado pela colega, a história se forma em dois planos distintos e sem ligação entre eles: a mesma sala fotografada com

Paula viva e repleta de objetos reluzentes; a mesma sala com Paula (morta?), repleta dos mesmos objetos empoeirados e danificados. Entre um momento e outro, os anos pós-AVC, sem fotografias, sem registro, sem memória, mas testemunhados pelas acompanhantes, naquele momento, quando se revelava a ruptura estagnada de dois tempos distintos e incomunicáveis.

Nossa atenção flutuante pelo ambiente acolhe palavras e outros signos, deixa surgir e, quando surge, toma em consideração, para retomarmos as ideias de Herrmann (1999), descritas no livro “O que é psicanálise, para iniciantes ou não”. E esta disposição poderá ser mantida onde quer que estejamos com nossos pacientes, não só em suas casas. O ambiente, com seus acasos, será escutado e participa do nosso *setting*. Foi assim com Berger (1997), que prestou atenção no incômodo vivido no trânsito durante o trajeto que a levava até a casa de sua paciente. Não sendo uma atitude habitual sua, incomodar-se com o congestionamento, entende que sua irritação dizia respeito não aos carros, mas aos “pequenos muros de Berlim” (p. 76) que impediam o deslocamento de sua paciente com Síndrome de Down por entre as outras crianças do prédio. Ali, escutando o trânsito, ela descobre a saída: deixar o prédio para trás e ir a outros espaços com a paciente. O mundo da dupla se ampliou. A partir de experiências como essa é que a autora propõe considerar o AT como

[...] uma prática que se deixa afetar pelas características do espaço onde acontece. Montamos as cenas com os pedacinhos de mundos concretos e subjetivos que temos à nossa disposição. É essa porosidade aos espaços da cidade que percorremos ou habitamos com nossos pacientes que dá característica de colagem aos atendimentos. Como na *pop-art*, na qual uma carta colada num papel-cartão de repente vira um quadro-mensagem, nós vamos nos utilizando dos materiais existentes em cada saída, brinquedos, areia, rua, para, rearranjando-os, montarmos o campo de nossas intervenções (BERGER, 1997, p. 80).

Flutuamos por uma materialidade que nos dará o que falar e pensar, considerando ainda os efeitos desta materialidade em nossa sensibilidade, tentando transformar tudo isso em escuta voltada ao sujeito com quem estamos. Se, para afinar a escuta e cuidar de nossas dores e histórias, um processo analítico pessoal sobrevier, mal não fará ao *at*. Ainda que desconfie da “purificação” (FREUD, 1912/2010a, p. 157) daí advinda, mais aptos a nos escutar estaremos, não há dúvida.

E mais cômicos também de que a esta miríade de possibilidades de significação à nossa volta, convém uma atitude de seletivo cuidado, para não transformar o acompanhamento em uma investigação invasiva do psiquismo extenso no ambiente. Cautela, tempo e paciência, recomendou Freud (1913/1996), que sabia da lentidão inerente à mudança psíquica, regida pela temporalidade específica do inconsciente. Furores de cura ou significação só vêm a tumultuar o ambiente.

Da postura em reserva à pessoa real

Outro susto nos alunos. Como ficar tão exposto nos atendimentos? Ao sair com um paciente, ficarei visível? Como manter uma “opacidade”, uma postura de reserva, se passo não uma, mas às vezes duas, três horas junto ao meu paciente? Rodrigo poderia dizer que gosta de jazz e citar seus músicos prediletos ao Sr. G.? E as estagiárias de Paula, que compraram e leram para ela trechos do livro “Marley & Eu”, deveriam ter uma postura impassível, uma “frieza de sentimentos” (FREUD, 1912/1996, p. 158) que resguardaria suas vidas emocionais, ou poderiam rir com as travessuras do cachorro?

Uma passagem de outra aluna deixa a resposta clara. No primeiro acompanhamento à senhora que sofreu um AVC, está preocupada em escutá-la, tal como aprendido nas salas de aula de psicanálise, com a diferença de, após a escuta, logo formar um projeto de saída. Esta foi a apreensão formada do trabalho de AT com orientação psicanalítica. Pronto, escutando sua saudade da igreja – local perdido após a doença, planejava já no segundo encontro meios de levar a paciente até lá. Excesso de vontade, como vimos. Nesta determinação, e mantendo a postura opaca, não deu bola à pergunta da senhora pela aliança em sua mão direita. Era noiva? Desconversou. Não cabia responder sobre sua vida pessoal e, como não era análise, não era adequado investigar o sentido da questão. Neutralidade. Na semana seguinte, como ir à missa era mais difícil do que parecia, ficaram novamente em casa. A *at* planejando meios e a paciente repetindo a pergunta. Era noiva? Nada. Na terceira semana o projeto terapêutico se realiza, mas o da senhorinha. Quando a acompanhante chega, ela se apressa a chamar o neto: olha aqui Fulano a moça de que falei! Conversa com ela. Ela está solteira!

Parece anedota, mas não o é. Quando o acompanhante recusa-se a se mostrar um pouco, o ambiente termina por retirá-lo de sua posição de trabalho. Já que não sei quem você é, tomo-o por outro, por minhas intenções. Esta confusão, que muito bem serve ao ambiente de consultório e, mais especificamente, com pacientes neuróticos, é de grande utilidade lá, pois o analista justamente utilizará as posições nas quais for posto para aproximar-se de constelações emocionais primitivas, geralmente infantis, de seus analisandos.

A opacidade é benfeitoria à clínica da neurose, pois favorece a transferência, tornando seus conteúdos “inteligíveis pela consideração de que não só as expectativas conscientes, mas também as retidas ou inconscientes produziram essa transferência” (FREUD, 1912/2010b, p. 136). A esta passagem, pertencente ao texto “A dinâmica da transferência”, deve-se somar a consideração seguinte de que,

mesmo parecendo ser “*a mais forte resistência* ao tratamento [...] temos que admiti-la como portadora da cura” (p. 137, itálicos do autor).

Em nosso caso, não posso dizer rapidamente que a ação da paciente foi motivada por sua resistência, ao tomar a *at* como possível namorada do neto. A confusão ali foi de lugares, pois a posição analítica é impossível de ser mantida nos espaços cotidianos. Ou a aluna continuaria não dizendo se era ou não comprometida? Se não dissesse nada, perderia a posição de trabalho, devendo driblar sabe-se lá como e por quantos atendimentos mais, de uma avó casamenteira e seu neto solteiro, que agora já teria se sentado para participar da conversa, interessado na moça que nada diz ou desdiz.

Se, ao contrário, e foi isto o que ocorreu, a aluna se visse em apuros e apelasse para a realidade material do anel em seu dedo, defenderia-se da posição a que fora colocada *em realidade* e não *em fantasia* pela paciente. Cabe lembrar que para Herrmann (1991), a “fantasia é uma construção do par analítico, pelos significados potenciais do discurso do paciente, indicados parcialmente e reconstruídos no ato de interpretar” (p. 139), sendo uma propriedade do campo psicanalítico tomar todas as falas do paciente como “fantasias interpretáveis e, dos ditos do analista, atos interpretativos” (p. 83).

Esta foi a confusão feita pela aluna, ao tratar a pergunta da paciente como uma fantasia interpretável, mas que não teve esse tratamento. E nem deveria. Mas, ao manter em suspensão a resposta, cria-se espaço para uma ação que trata em realidade o não dito pela acompanhante. E como não fazer o mesmo? Aquela senhora deve ter passado dias, entre um atendimento e outro, pensando na jovem e atenciosa moça que vinha até sua casa. Preocupada em conseguir boa companhia para o neto, bastava-lhe um gesto simples: convidá-lo para ir até lá justamente quando a moça chegasse, apresentando-os. Afinal, estamos falando da própria casa da paciente. Que mal haveria neste convite? Com esta cena, bordejamos um assunto que adiante será examinado, o manejo da transferência no acompanhamento terapêutico, em que a realidade *de fato* participa dos acontecimentos próprios à dupla de trabalho. Nem tudo pode ser escutado como material de análise ou interpretação. Por ora, voltemos ao exame da pessoa real, e da confusão que narramos.

Como disse, para livrar-se da realidade em que se via, mesmo que a realidade daquele encontro fosse sustentada por fantasias da paciente, a acompanhante recorre à própria realidade: ela era noiva. Ponto final. Com este choque entre fantasia (da paciente e do neto) e realidade (explicitada pela *at*) se desfez o engodo nada produtivo em que a *at* se vira posta.

Se a posição não é a de analista, a acompanhante não poderia voltar, após esse desenlace, sobre a transferência da paciente, investigando as fantasias postas em ação, que a fizeram ser tomada por

possível namorada do neto. Repetiria o mesmo erro. O desfecho daquela história só podia ser um, já que estávamos no solo da realidade material, trazida de supetão pela *at*, que mostrava sua aliança a todos ali, como se eles não a tivessem percebido.

Se defender da transferência suscitada não é nem ato analítico, que tem a interpretação como recurso capaz de deslindar e fazer deslizar as fantasias produtivamente, e nem manejo de um acompanhante terapêutico, que também é exposto à transferência. Desse desencontro de semanas, vem a pergunta sensata da senhorinha: e por que você não disse isso antes?

Se a acompanhante está lá, em parte como *pessoa real*, e não como uma posição disponível à transferência, a ser trabalhada nos moldes de investigação e interpretação psicanalíticas, então alguma realidade deve ser compartilhada com o paciente. A postura de reserva, opaca, é não só contraproducente, mas também uma incompreensão do acompanhamento terapêutico com seu estatuto híbrido de manejo da transferência, porque ela há, *em meio à realidade compartilhada*, que demanda posições da *pessoa real* do *at*.

A sugestão do possível namoro viria, certamente, em um tempo posterior e talvez de modo mais sutil. Quem sabe nas idas à igreja, se assim a paciente fizesse para agradar a possível futura neta, apareceriam as fantasias dando corpo a sugestões como: “sabe que tenho um neto e ele...”. Caberia um manejo e até um cuidado ao sentido dessa transferência, se a *at* tivesse se posicionado tranquilamente no início, respondendo ao óbvio: sim, era noiva. Sem maiores alardes. Não responder emperra o acompanhamento, pois convoca uma realização concreta da fantasia da senhora, obrigando a *at* a lidar com esse efeito através da realidade. E, neste caso, esta explicitação defensiva da realidade não gera construção alguma, como vimos na pergunta da senhora ao cabo da trama. Ao contrário, deixa neto e avó se sentirem literalmente desiludidos. Tem-se aqui uma realidade que produz desilusão, e isto não favorece o vínculo em construção. Tal efeito também é justamente o contrário do que é produzido no consultório do psicanalista, onde a “opacidade” favorece a fantasia transferencial, produzindo assim mais realidade – só que psíquica, posto que interpretada.

Se a posição do *at* exige uma outra disposição, o cuidado aqui é não cair no polo oposto, em que a pessoa real apareceria demais. À pergunta simples da paciente não deveria advir os comentários próprios a uma noiva, dispostas que são a falar dos infinitos detalhes da cerimônia que imaginam. Cabe lembrar da definição já citada de Figueiredo (2008), a sugerir uma presença que “comporta uma certa *ausência*, uma ausência convidativa, um convite, no caso, que se constitui como *disponibilidade e confiabilidade*. Trata-se de uma *presença reservada*” (FIGUEIREDO, 2008, p. 24, itálicos do autor).

Parcimônia, devemos recomendar por nossa própria conta. O acompanhante terapêutico deve aparecer, mas com parcimônia e sem receios de incorrer nos pecados da “sugestão” e de compartilhar determinados aspectos de sua própria vida, como temia Freud (1912/2010a). E por sugestão considere-se a proposição de uma ideia, um local para a dupla ir, uma atividade futura que poderiam realizar, etc. A respeito das questões pessoais, se julgar pertinente, não vejo problema se esta medida tiver o intuito de estabelecer uma relação de confiança e intimidade com os pacientes. Este gesto, desaconselhado pelo mestre de Viena, deve ser visto como uma carta na manga, e, como tal, não deve ser posta à mesa em todos os jogos (vínculos) e nem em todos os momentos difíceis (ou silêncios) das partidas (acompanhamentos). Isto desfaria seu efeito principal, que, no nosso caso, não se trata de fechar, mas de abrir um jogo, convidando o outro a um lance seguinte. Sacar sempre a carta da manga esvaziaria logo o encontro, pois que movimento caberia ao paciente?

Assim, ao contrário do sugerido por Freud (1912/2010a), penso que no acompanhamento terapêutico o manejo técnico de nossa exposição necessária é coisa para profissionais não tão jovens assim, mas ainda entusiasmados com essa clínica realizada no cotidiano. Requer experiência, e isto não significa simplesmente idade ou tempo dedicado ao AT, mas sim que tais recursos estão disponíveis a todos, pois só conseguimos saber a adequação produtiva desse ato tentando e *atentando-se* para os efeitos de nossas jogadas, as comuns e a incomuns. Experiência significa aqui um experimentar atento aos efeitos, de modo discriminado e orientado pelo sentido do tratamento.

E dado que o solo comum do encontro terapêutico é o contato intersubjetivo, suspeito que mesmo no jogo do consultório seja impossível em algum momento, uma fala do analista não ter origem no compartilhamento de uma de suas experiências. Não que para tal ele precise contar o que fez ou não fez. Mas como o discurso do paciente toca-lhe a subjetividade, ressoa em experiências emocionais com as quais teve contato em sua própria análise – que é o sentido de purificação recomendado por Freud (1912/2010a), então é inevitável suas falas guardarem alguma proximidade com sua própria vida.

Esta pertinência pode surgir e se mostrar em um tom de voz, um modo de dizer ou comentar determinada passagem escutada. O calor será outro. Vejo isto como inerente ao jogo, pois, se lembrarmos, a carta que há na manga deve pertencer ao baralho com que se joga. Do contrário, demonstra-se uma deslavada trapaça encontrarmos cinco ases na mesa. Penso que uma interpretação retirada de livro tem esse caráter: um objeto que parece, mas não faz parte do jogo. Veio sabe-se lá de onde, mas não do encontro que ressoa na vida psíquica do analista. Agindo assim, não dura muito até que se veja e se descarte essa impostura na disposição analítica, ficando o paciente a esperar por uma carta válida, se é que o analista a tem.

Para finalizarmos este tópico, retomo sua origem nos casos apresentados. Foi com o aluno Rodrigo, no início do atendimento ao Sr. G., que surgiu a questão da pessoa real. Ali, vinculei esta ideia à proposta de “política da cura” de Fabio Herrmann (1991). Farei alguns comentários sobre este ponto, apresentado páginas atrás, para em seguida passar ao conceito de pessoa real.

Trocar ou não o CD de música com o paciente, convidar ou não a esposa do Sr. G. para o passeio na mata, requereram decisões que

[...] são, em verdade, menos questão de técnica que de arte, ou a rigor de política. O analista pode e deve agir sobre a história do tratamento, mas para isso tem de desenvolver uma espécie de sabedoria política muito especial que o norteie na travessia de situações histórico-transferenciais, em direção à cura (HERRMANN, F., 1991, p. 199).

Como a condução do tratamento se faz às vezes contra as resistências do paciente e da própria família, que mantém uma postura ambígua em relação à nossa presença, para ficarmos apenas em dois entaves ao trabalho, considerações e acordos políticos fazem parte da nossa prática, alterando-se certas disposições, inclusive de *setting* prático (não de projeto), se for o caso. Manejos, acordos ou o simples não enfrentamento constituem ações políticas auxiliares na direção à cura. E para apresentar esta concepção, recorro uma vez mais ao criador da Teoria dos Campos, pois foi ele vinculou os conceitos no livro citado “Clínica psicanalítica: a arte da interpretação”.

Temos por meta de cura um estado onde o sujeito não só incorpore à sua vida psíquica um amplo elenco de possibilidades de ser, mas onde, além disso, esteja tão integrado em seu próprio desejo que este lhe permita transitar pela hierarquia dos possíveis, testando formas alternativas de realização e, o que é praticamente um critério de cura, divertindo-se com isso, tirando prazer da variedade de representações, mesmo quando a insatisfação não o obrigue a variar (HERRMANN, F., p. 205).

Conseguir este trânsito psíquico, efeito do trabalho analítico, daria à palavra cura três acepções imbricadas: “o de se tratar, o de cuidar, o de alcançar um ponto de razoável completude” – completude das potencialidades psíquicas de cada um (HERRMANN, F., 1991, p. 195). Se, para isso, uma sugestão de passeio vier a ajudar, por exemplo, cabe uma decisão política para que se tente esse movimento. E a abstinência pertinente ao campo do AT é do desejo, como já assinalou Cenamo, Prates e Silva e Barreto (1991), com isso salientando que nas decisões políticas em direção à cura cabem escolhas destinadas ao cuidado com o paciente e não em direção à satisfação de interesses pessoais do acompanhante.

Baseada no trabalho de Palombini, e fazendo referência ao atendimento de pacientes psicóticos, Cabral (2007) aponta a necessidade do AT abster-se

[...] daquilo que constitui o eixo básico da constituição do seu eu – a sua particular organização espaço-temporal [...] Essa tarefa não é simples, pois vemos e entendemos o mundo a partir dessa organização. Por isso, também saliento que só

é possível ao acompanhante abster-se parcialmente de seus parâmetros usuais, sendo que, em muitos casos, esses parâmetros podem ser utilizados pelo próprio sujeito acompanhado, quando lhe convier, uma vez que o *at* se oferece como fronteira, como borda ou mesmo como suporte (CABRAL, 2007, p. 215-216).

Com relação ao conceito de “pessoa real”, citado mas não discutido ao longo dos casos clínicos, retirei-o junto à Roosevelt Cassorla (1998), no artigo “Psicanálise e surto psicótico: considerações sobre aspectos técnicos”. Ali, a intenção do autor é apresentar que a interação humana, também com pacientes graves, “depende de características pessoais, individuais, do agente terapêutico, mais do que de suas características profissionais ou formação teórica” (p. 738). Aspectos próprios à personalidade do analista vão aparecer em seu trabalho, dando forma às intervenções que não se restringem somente ao conteúdo das interpretações, por exemplo. “O tipo e o grau de envolvimento com o paciente aparece no tom de voz, na maneira de intervir, no *timing* e propriedade das suas colocações, na distância ou proximidade emocional” (CASSORLA, 1998, p. 739).

Considero os aspectos da “pessoa real” discutidos por Cassorla (1998) não apenas em referência aos recursos de personalidade próprios ao analista, mas também, lendo seu trabalho, na disposição em utilizar dados de sua realidade e do seu *setting* como elemento de intervenção.

No atendimento a uma paciente psicótica, fora de surto e em análise há um certo tempo, Cassorla (1998) descreve o pavor delirante em que ela chega ao consultório, afirmando que os vizinhos de Roosevelt fariam parte de uma seita de magia negra, cujo propósito era matá-la. Tal evidência se comprovava pela semelhança da casa ao lado, vista pela janela do consultório, com a casa dos supostos líderes da seita, que eram vizinhos da paciente. O autor “sente” que “precisa responder-lhe e não interpretar” (p. 737), dizendo não acreditar na participação dos seus vizinhos em rituais de magia negra. Como a casa era “idêntica”, Roosevelt propôs que ela lhe mostrasse as semelhanças. Saem do consultório, sentam-se do outro lado da rua e observam as duas casas, do analista e do vizinho aterrorizador. Ali se desfaz a semelhança, sob uma evidência real, acompanhada do analista, e sob um caloroso sol que os levou a terminar a sessão sentados na grama. Dali em diante a conversa seguiu para outro caminho, em que o analista notou estar “frente a uma pessoa não psicótica, lidando com lutos” (p. 737).

O trânsito de uma situação a outra foi, em parte, possível pela consideração à realidade delirante, uma vez que não questionou a existência dos líderes de uma seita disposta a matá-la. Este ponto não foi posto em xeque. O que o analista questionou, *sem interpretar*, era se os seus vizinhos fariam parte daquele propósito mortífero. Convidando-a para uma verificação na realidade, desfez-se o terror delirante, sendo possível tratar de sua outra condição de sofrimento – o trato de seus lutos (CASSORLA, 1998).

É a este trato terapêutico que desejo fazer referência, considerando que não interpretar e sim, em algumas ocasiões, apresentar-se como pessoa real, pode ser inerente à prática do acompanhante terapêutico, mais do que aos analistas. Vimos neste caso o manejo clínico de uma paciente psicótica, daí cabendo a alteração técnica realizada conscienciosamente pelo analista. Aliás, como visto também em Zimerman (1998), no texto “Patologias graves: aspectos técnicos”, os psicanalistas já alteraram há anos a disposição técnica tradicional para atender os pacientes graves. Segundo este autor:

Não é demais repisar que a *pessoa real* do analista funciona como um importante modelo de uma *neoidentificação*, logo, de crescimento mental, sendo que na atualidade, particularmente com patologias graves, os analistas são mais flexíveis, menos onipotentes, com uma *escuta* mais humilde, voltada não só para as mensagens do paciente, mas, também, para a sua própria transferência, para os efeitos contratransferenciais nele despertados e para os avanços de demais disciplinas (ZIMERMAN, 1998, p. 760, itálicos do autor).

No caso do *at*, não só com paciente graves, mas com neuróticos acompanhados, como nos casos citados, a pessoa real é convocada e deve aparecer, pois é inerente ao trabalho. Finalizo este ponto com uma citação bastante clara de Reis Neto; Pinto e Oliveira (2011):

[...] as circunstâncias de seu trabalho colocam o *at* em uma posição de aparente simetria com os sujeitos que acompanha. Em sua circulação pela cidade, poderão estar no cinema, no restaurante, no show, na praia, etc., quando o *at* terá que ser terapêutico sendo o mais *ele mesmo possível*. No campo das práticas *psi*, talvez em nenhuma se demande tanto do terapeuta uma presença corporal e de persona(lidade), como acontece no AT, e isso coloca o *at* na fronteira entre um *ser ele mesmo* e ser um terapeuta (REIS NETO; PINTO e OLIVEIRA, 2011, p. 36).

Transferência, contratransferência e ação interpretativa

Tal como antecipado, a condição de manejo da transferência e da contratransferência no acompanhamento terapêutico requer uma elaboração delicada por parte dos profissionais. Em diferentes momentos do trabalho com os alunos esta questão retornou, tal como visto, por exemplo, em três oportunidades: 1) quando a aluna dá uma lição de moral em seu paciente, recriminando-o por ter sonhos eróticos com ela; 2) quando as alunas dizem não saber se o modo como são tratadas, na casa dos acompanhados, é efeito transferencial, denotando a posição delas no vínculo, ou, se alguns arranjos são mero cotidiano familiar – questão que pode ser posta nos seguintes termos, parafrazeando o dito freudiano: quando uma mesa posta para o café é só uma mesa posta para o café?; 3), quando, no polo contratransferencial, as acompanhantes de Paula sentem raiva do pai da

paciente, por seu modo de destratar a filha, julgando-a incapaz de entendê-lo ou quando percebem o ambiente familiar desvitalizado, como se houvesse um funeral em curso.

Em diversas publicações sobre AT há referências a respeito da importância destes conceitos em nossa clínica. No texto que já citamos diversas vezes, Cenamo, Prates e Silva e Barreto (1991) relatam que a “transferência, no trabalho do acompanhamento terapêutico, não é interpretada, mas sim manejada, ou seja, é utilizada para um certo fim. Este fim é o cumprimento da tarefa característica do AT” (p. 189). Além disso, a contratransferência pode ser um elemento “perturbador” nesta clínica, dada a exposição a que o acompanhante está submetido (CENAMO, PRATES E SILVA E BARRETO, 1991, p. 189).

No mesmo livro, “A rua como espaço clínico”, o primeiro brasileiro, organizado pela Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa - SP, vimos Elisa Camargo (1991) utilizar a contratransferência como recurso capaz de orientar ações consonantes ao contexto emocional em que a acompanhante estava inserida, tornando sua sensibilidade um instrumento de compreensão dos conflitos vividos. No contexto de agressividade em que se via, confrontando um paciente suicida, que ameaçava se matar diante dela, sua reação intempestiva, dizendo “com raiva”, que chamaria todos naquela casa para impedi-lo de tomar os remédios que tinha em mãos (CAMARGO, 1991, p. 56).

Eliane Berger (1997), agora no livro “Crise e cidade”, o segundo organizado também pela equipe de *ats* do Instituto A Casa, utiliza da contratransferência como um indicador das particularidades do vínculo transferencial, como visto na percepção do trânsito sentido como irritante, especificamente quando dirigia-se à casa da paciente. Entendendo esta experiência emocional como própria ao caso, descobre que a irritação dizia respeito ao trânsito emperrado na relação de sua paciente com as vizinhas do prédio.

Seguindo o caminho deste grupo de profissionais, no terceiro livro publicado pelo Instituto A Casa, “Textos, texturas e tessituras no AT”, há dois trabalhos dedicados à transferência. Santos (2006), no artigo “Ventos transferenciais no AT”, aborda as diferenças transferenciais vividas em duas situações distintas, passadas com uma paciente psicótica, durante uma viagem junto a ela: a transferência em situação de crise, com sua intensidade desorganizadora e violenta, eivada de conteúdos delirantes; a transferência em situação “normal”, quando surgem questões de caráter neurótico, pontuadas pela capacidade da paciente em manter-se próxima e receptiva às falas do acompanhante – o que não ocorria durante a crise. Metzger (2006), no texto “Um olhar sobre a transferência no AT”, aborda o manejo transferencial na condução de um caso clínico, também com uma paciente psicótica, em que

às vezes não interpretar e suportar os ataques vividos na transferência são manejos capazes de fazer um contorno ao delírio e uma posterior “responsabilização” do paciente sobre sua produção, mesmo quando estava desorganizado psiquicamente.

Passando a outras referências, Palombini *et al.* (2004), no livro “Acompanhamento terapêutico na rede pública”, cita a transferência como elemento fundamental para a produção e transmissão do saber psicanalítico, uma vez que tal conceito amarra a experiência, a produção e transmissão em “termos indissociáveis” (p. 26). Este entendimento surgiu após seu trabalho de pesquisa vir a constituir uma série de “atos narrativos” que tomaram forma em um vídeo produzido pelos acompanhantes. Este vídeo, repleto de sons e imagens sugeridas pelos *ats* e pelo grupo de supervisão em que tal produção vicejou, poderia ser visto como uma maneira de enunciar a transferência vivida pelos acompanhantes, demonstrando o impacto psíquico gerado pelo contato com a organização espaço-temporal própria à psicose.

Gabriel Pulice (2012) insere a questão da transferência em seu trabalho, relacionando-a também à clínica da psicose, mas de um modo ainda a demandar uma investigação estrita sobre este conceito no âmbito do acompanhamento terapêutico. As referências feitas são uma reunião de citações freudianas e lacanianas, próprias à realidade de consultório em que surgiram. Quanto a este uso das referências, não vejo problema algum, mas demonstra ainda uma escassez de trabalhos que tentem elaborar este conceito em sua pertinência à prática do AT. Penso que não pode ser idêntico o trato a este problema teórico-clínico, uma vez que sua manifestação é bastante distinta: viver a transferência no consultório e vivê-la no cotidiano, entre outras pessoas.

Esta mesma questão é posta por Maurício Hermann (2012) ao final do seu livro. Ele reconhece e trabalha com o conceito de transferência, obviamente, e vê sua função, como na seguinte passagem:

[...] uma vez estabelecida uma transferência erotizada, [o *at*] busca promover a aproximação ao laço social, desde que ela seja possível ao paciente. Paciente e acompanhante terapêutico circulam pela cidade e, passo a passo, o acompanhante terapêutico passa a construir o paradoxo da transferência – uma presença esvaziada –, pertinente para o paranoico se voltar para os objetos da realidade. [...] Essa condição de esvaziar a transferência no AT permite ao paciente se voltar para os objetos da realidade, de modo a favorecer a ocorrência do retorno do real que foi foracluído (HERMANN, M., 2012, P. 272).

Após investigar especificamente a clínica da paranoia através do AT, esse autor (2012) conclui convidando outros autores a um estudo dos diversos tipos clínicos, como neurose obsessiva, casos graves de histeria e fobia, enfocando “a direção do tratamento e o manejo da transferência, de modo a contribuir para o debate acerca da transferência no AT”.

Assim, ainda que os conceitos de transferência e contratransferência façam parte do referencial de trabalho dos acompanhantes terapêuticos orientados pela psicanálise, penso que ainda há variáveis a serem consideradas para tornarem tais conceitos mais apropriados ao AT. E por apropriado não tenho em mente correção, mas sim o sentido de posse. Uma vez que nossa clínica é inserida, é constituída em meio ao cotidiano, temos de tomar posse deste fato para ver como poderemos entender tais conceitos e seu uso. Este ponto fica como indicação para futuras pesquisas, dedicadas especificamente sobre a transferência própria ao AT, pois o que se segue é um estudo primeiro sobre este tema.

Como maneira de situar melhor a problemática que tenho em mente, seguirei o mesmo plano anterior, quando discutimos os dispositivos técnicos. Pintemos o fundo necessário da psicanálise em consultório, para daí ganharem contornos mais precisos as figuras do AT. Mas, há um limite, este pano de fundo não versará sobre a história desses conceitos, pois não é o objetivo aqui. Aos interessados, indico o recente e instrutivo trabalho de Minerbo (2012), intitulado especificamente “Transferência e contratransferência”.

Como visto, a questão transferencial surgiu já no tópico sobre a postura em reserva e a pessoa real do *at* e isto não foi por acaso, uma vez que o propósito da postura em reserva é justamente favorecer a transferência. Para este feito concorre também a montagem do próprio consultório do psicanalista, como vemos na passagem seguinte:

A supressão da realidade comum, no campo transferencial, faz com que, pura e simplesmente, se confundam real e desejo. Que outro real pode existir na sessão analítica a não ser o próprio desejo do analisando, matriz de suas emoções e fantasias?

Pois bem, o que se conhece por *setting* ou moldura funciona como limite e guardião do espaço transferencial, onde a supressão da realidade cotidiana identifica real e desejo. É uma cerca de sigilo e recolhimento. Vem daí que, para praticar a psicanálise, precisemos basicamente de um espaço fechado e, tanto quanto possível, constante. Muitas mudanças de cenário introduziriam elementos de realidade, cujo estímulo não poderia ser creditado apenas ao desejo do paciente. Mas atenção! A moldura é uma cerca virada para fora. Deve excluir o exterior, não segurar quem está dentro (HERRMANN, F., 1991, p. 37).

Vemos aí a relação entre projeto terapêutico e *setting*, pois a criação freudiana não foi apenas de um “certo cerimonial”, mas de um dispositivo de tratamento que requereu este estado de isolamento e reserva pessoal para favorecer o estabelecimento e análise da transferência. Cria-se um espaço onde

[...] todos os ditos perdem a fixidez de seus pressupostos, transformando-se em veículos de outros significados até então impensados; aos quais, numa definição quase-operacional, chamamos *fantasias*. Valem os ditos pela eventualidade de serem desditos (HERRMANN, F., 1991, p. 111).

Ora, estabelecer este tipo de relação no acompanhamento terapêutico é impossível. Não há como isolarmos o cotidiano e mantermos uma postura de neutralidade, criando e mantendo *continuamente* uma “uma presença esvaziada” (HERMANN, M., 2012a, p. 272), para termos condições de, a partir desta posição, tomar as falas do paciente como referentes de suas fantasias. A produção do *setting* de consultório, além de permitir esta identificação, constitui-se no palco onde a compulsão à repetição dos conteúdos traumáticos e inconscientes poderá se manifestar. A esse respeito, diz-nos o criador da psicanálise, em seu “Recordar, repetir e elaborar”:

[...] o principal meio de domar a compulsão de repetição do paciente e transformá-la num motivo para a recordação está no manejo da transferência. [...] Nós a admitimos [a compulsão de repetição] na transferência, como numa arena em que lhe é facultado se desenvolver em quase completa liberdade, e onde é obrigada a nos apresentar tudo o que, em matéria de instintos patogênicos, se ocultou na vida psíquica do analisando. [...] Assim a transferência cria uma zona intermediária entre a doença e a vida, através da qual se efetua a transição de uma para a outra (FREUD, 1914/2010, p. 206).

O elemento empregado para fazer esta passagem, na psicanálise, é a interpretação, capaz de, pela escuta analítica, conduzir a este reencontro do paciente com seus conteúdos psíquicos, seus “outros eus”, na expressão de Minerbo (2008), criando uma nova oportunidade de que sejam elaborados e não apenas repetidos sintomaticamente. Tais conteúdos psíquicos podem ser apreendidos pelo analista pelo uso da atenção flutuante, a regra fundamental já citada, e esta tarefa é facilitada pela manutenção do *setting* como esta “cerca de sigilo e recolhimento” (HERRMANN, F., 1997, p. 37) virada para fora.

No exemplo que dei, a respeito da prática clínica, esta possibilidade de trabalho se vê claramente. Chegava eu uma vez mais atrasado à minha sessão, deitando-me a comentar sobre “o trânsito”. Trânsito, que trânsito? Poderia ter pensado meu analista. Aqui, no consultório, de que trânsito ele está falando, já que não estamos na rua e, diria, não estamos em lugar nenhum, a não ser voltados à escuta de uma vida, a dele? Pois bem, sem saber destas considerações metodológicas, pois eu era o paciente, insisto, comentando sobre a chuva, e ele, que não se dava pela meteorologia ou pelas ruas, percebe minha claudicação em transitar até o encontro. Livre das outras considerações, abstraído, retirado do cotidiano, tudo, no consultório, diz respeito ao encontro transferencial. E é a este que se volta a escuta do analista, buscando promover um reencontro do paciente com aspectos cindidos ou não integrados de sua vida psíquica, através do “dedilhar da alma alheia”, que é um modo mais poético de se entender a interpretação (HERRMANN, 1997, p. p. 90).

Vejamos se a mesma cena seria possível no trabalho de um AT. Como não estaremos esperando por nosso paciente no consultório, talvez tenhamos marcado em algum lugar ou, o que é mais comum, na própria casa do paciente. Quem ficará submetido à realidade do trânsito seremos nós, o que

ganha relevo na cidade de São Paulo. Se não tomarmos cuidado, poderá ser o paciente a nos interpretar, se ele for dado a isso... Mas, considerando a pontualidade, chegamos nós até a casa do paciente e dali, por exemplo, planejamos uma saída... uma ida ao cinema. Lá vamos nós, em uma tarde de chuva (que é para fazer justiça ao meu caso) e... , não raro, é difícil *mesmo* chegar. O *at* partilha de uma realidade factual que o impede de tomar qualquer acontecimento como fruto da relação transferencial, pura e simplesmente. Às vezes um atraso será só um atraso, e dele tomaremos parte.

Este fato não exclui que a transferência irá dar forma ao encontro entre terapeuta e paciente, definindo, por exemplo, de que maneira o filme será escolhido: se o terapeuta é colocado no lugar de alguém culto, talvez o paciente se iniba de sugerir um filme comercial. Se o terapeuta está no lugar de um sujeito perseguidor, talvez seja acusado de ter provocado o atraso, para fazer mal ao paciente, etc.

Nesse sentido, transferência é a atribuição de um papel ao analista, que o desempenha mesmo sem saber qual é. A interpretação agora deve abarcar a cena da qual ele faz parte, além da decifração/tradução de conteúdos inconscientes do paciente (MINERBO, 2012, p. 32).

Mas, no AT, mesmo percebendo este caráter de atribuição de papel, geralmente não é possível e adequado fazer uma decifração/tradução destes conteúdos, permitindo sua assimilação por parte do paciente. Como interpelar o paciente em uma fila de cinema? Podemos interpretar a dinâmica transferencial no momento de comprar ingressos, com o paciente nos acusando de só lhe fazer mal? Dizem que o *at* também é de carne e osso, estando sua carne visível a todos os demais ali. (os ossos ficam guardados para cuidados em outra parte, em sua própria análise, digamos).

Considerando o enquadre em que trabalhamos, talvez não haja melhor saída ao AT do que manejar o conteúdo transferido, utilizando ainda de “ações interpretativas” que promovam não só o desvelamento do sentido ali atuante, que às vezes sequer tomaremos consciência, mas também o deslizar das posições do paciente na transferência. No caso de uma transferência negativa como a citada, e sendo a carne do *at* suscetível à boa reação do ódio, cabe saber o que fazer desta experiência, relembrando Winnicott (1947/2000), em seu famoso “O ódio na contratransferência”:

Se for inevitável que ao analista sejam atribuídos sentimentos brutais, é melhor que ele esteja consciente e prevenido, pois lhe será necessário tolerar que o coloquem nesse lugar. Acima de tudo ele não deve negar o ódio que realmente existe dentro de si. O ódio que é *legítimo* nesse contexto deve ser percebido claramente, e mantido num lugar à parte para ser utilizado numa futura interpretação (WINNICOTT, 1947/2000, p. 279, *itálico do autor*).

Uma compreensão da propriedade do conceito de transferência no AT traz necessariamente a especificidade de uma atividade interpretativa também singular. A transferência não será decifrada,

a repetição não será contornada apenas pela fala, com convém ao trabalho diuturno de lidar com tais produções psíquicas na análise. Eu continuaria a repetir meus atrasos e, a cada dia, meu analista poderia selecionar este ou outro aspecto de minha subjetividade à mostra no interior do consultório. De outra feita, em nossa seara, o *at* deve dispor-se a agir interpretativamente na transferência, sem que, com isso, consiga amealhar necessariamente os significados surgidos a partir destas ações. *A significação será vivida, compartilhada em experiência, às vezes testemunhada, mais do que entendida e explicada.*

É claro que na análise também a significação é vivida e dela participa o analista, já nos preveniu Freud (1914/2010), ao dizer que “Fazer repetir no tratamento analítico, segundo a nova técnica, significa conjurar uma fração da vida real, e por isso não pode ser inócuo e irrepreensível em todos os caos” (p. 202). Há uma intensa verdade emocional no encontro analítico, isto não está em questão. A diferença, no AT, é o fato da significação poder ser um fato, dele tomando partido o profissional – mesmo quando não se aperceba disso.

Um exemplo desta dinâmica, que já conhecemos. O Sr. G. e Rodrigo, seu acompanhante. Planejaram ir até a mata, local onde se descobriria ser possível representar “toda a vida do paciente”. Não sabíamos desse significado tão expressivo, apenas a escuta tinha identificado naquele local um traço da “humanidade” do Sr. G. a ser agarrada, para ficarmos com as lições dadas por Jean-Dominique Bauby. O plano inicial não dá certo, o amigo não os acompanharia. Iriam sozinhos, desistiriam? Rodrigo propõe caminharem, até se decidirem. Fazem isso. Não sabemos o que conversaram. Sabemos apenas que, quando o paciente estanca, pronto a decidir, o acompanhante responde-lhe apenas: “já estamos na entrada”. Ele, o paciente, ou ele, o *at*, ou eles, juntos, já tinham decidido. Confuso. Quem conduziu o tratamento da dúvida, do desamparo provocado pela desistência, até a posição concreta na qual eles estavam por entrar, quase entrando? Quem fez superar a resistência? As falas, os atos ou a presença do *at*? Quantas vezes, ao longo dos quatro anos pós-AVC, o Sr. G. teria passado por aquelas imediações e detido o passo no momento justo de entrar? Talvez com a zelosa esposa jamais poderia retornar àqueles caminhos, para o bem dele, como sabem as esposas.

Mas, com o *at*, após recontar todas as suas histórias ao longo das semanas na mercearia, nas caminhadas pelo bairro, as possibilidades eram outras, pois que, pela transferência, outras possibilidades representacionais deslizaram por seu psiquismo, com toda a verdade aí envolvida. O cavalo já tinha deixado o pasto, transformando-se em aventureiro a narrar suas andanças ao “rapaz” – a referência feita a Rodrigo. E era assim mesmo que ele se sentia, lembram?, quando julgou não ter o que fazer com uma pessoa tão repleta de histórias. Temos aí transferência e contratransferência mutuamente constituídas, identificadas. Revisitado em seus diversos eus,

através do vínculo transferencial, agora o Sr. G. estava às voltas com a decisão. Ir ou não? Como sabemos o desfecho, podemos voltar à pergunta anterior: quem fez isto?

O acompanhante, o paciente, a transferência, a interpretação? Minha resposta é: silenciosamente, foi a interpretação, entendida como a interseção do manejo da transferência e a realização de uma série de ações que provocaram o deslizamento dos sentidos representacionais sintomáticos do paciente. Esses dois momentos interligados, manejo e ações, dão forma aos atos interpretativos no AT e adquirem consistência ao longo do trabalho de escuta e trocas efetuado ao longo dos atendimentos. Com essa passagem tento demonstrar a ligação necessária entre transferência e ato interpretativo no AT.

É em função de sua concepção de interpretação que as propostas trazidas pela Teoria dos Campos são úteis ao AT. Isto porque, diz-nos Fabio Herrmann (1997, p. 92), grande “parte do processo interpretativo é perfeitamente mudo, passando-se quase que só na escuta do analista”. Em outra passagem, narrando o atendimento a um paciente, diz não saber precisar o “instante de eficácia” da interpretação, atestando sua tese de que “o trabalho quando se enuncia já está feito” (HERRMANN, F., 1997, p. 95).

O ato interpretativo de Rodrigo se deu ao longo das semanas de acompanhamento, culminando na caminhada que fez ao seu lado, enquanto o paciente lidava com seu conflito. Este “enquanto” faz toda a diferença, pois foi uma criação derivada da postura analítica produzir e sustentar este intervalo. No ato de sustentar o intervalo havia o reconhecimento de um sujeito psíquico em conflito. E, reconhecer já é cuidar.

Na sequencia deste trato silencioso com o conflito, estando o paciente voltado para suas dúvidas, talvez envolto com os quatro anos de evitamento vividos, perde momentaneamente a percepção de onde está. Preocupado com o tempo (do conflito?), ignora o que está adiante. Era hora de decidir. Para auxiliar no rompimento deste impasse, bastou ao *at* enunciar o que as pernas já tinham feito – estavam na entrada mata. E digo as pernas para retirar da consciência intencional a condução do processo terapêutico narrado. Nesta perspectiva, as ações que conduziram o tratamento, foram pertinentes ao campo formado pelo encontro entre aquele *at* e aquele paciente, tornando possível dar aquela solução, naquele momento, ao conflito vivido-acompanhado-interpretado na ação. A sucessão de vírgulas na frase anterior, suscitando vários condicionantes, serve para atestar o caráter próprio à clínica transferencial, que produz conhecimento e cura de forma radicalmente singulares. Uma frase de Minerbo (2012) ilustra muito bem este aspecto:

[...] o analista é, e ao mesmo tempo não é, uma pessoa, já que empresta seu corpo e alma para serem moldados pela transferência. Idealmente, ele se esvazia de sua

pessoa 'real' (por exemplo, de seus juízos de valor ou opiniões pessoais) – mas não da matéria viva de seu psiquismo – para deixar que a transferência convoque nele certos aspectos que são-ele-com-esse-paciente. É claro que esses aspectos também são reais, mas são reais-naquela-análise. Outros aspectos serão reais-em-outra-análise (MINERBO, 2012, p. 38-39).

É a partir desta concepção de “matéria viva” que podemos entender alguns movimentos realizados pelas alunas, que criaram intervenções espontâneas, orientando uma atividade clínica que tinha a marca pessoal do que aquele encontro suscitava. Foi assim com a primeira dupla a acompanhar Paula quando, antes de irem até a casa da paciente, resolvem comprar um livro para lerem durante os atendimentos. Comprar um livro, não era uma indicação minha, mas fiquei feliz ao saber posteriormente do que tinham criado. Marley & Eu. Uma boa indicação. Do mesmo modo, a aluna que imprimiu e marcou em mapas os caminhos repetitivos que fazia semanalmente com seu paciente. Uma criação dela também. Nos dois casos, uma autorização pessoal a intervir na construção de um caso clínico em que as acompanhantes criavam segundo o vínculo e os recursos que cada uma possuía.

Nas supervisões discutíamos o que era feito e pensávamos nos resultados, na indicação, no sentido teórico e transferencial do que era realizado. Foi assim que cheguei a considerar a existência de “erros auspiciosos” e “acertos desalentadores”. A postura de comprar coisas e objetos pode se constituir em um erro no acompanhamento, pois toma como necessário ao vínculo a introdução de um elemento desnecessário à sua constituição. No caso, dada a precariedade material vivida pela paciente, a possibilidade de um desvio maior ocorrer era grande, podendo as alunas deslizarem para um assistencialismo e não constituírem a escuta necessária ao sentido dos sintomas e suas facetas.

Imprimir um mapa acreditando que a explicitação racional da repetição sintomática possibilitaria sua cura, foi uma aposta elevada em um jogo no qual a previsão não seria das mais favoráveis. Sabemos que o conflito psíquico não é tão sensível assim à racionalidade. No entanto, se podemos tratar estas posturas das alunas como erros, sob o ponto de vista técnico e até mesmo teórico, tendo a considerá-los como “erros auspiciosos”, pois revelam o empenho da “matéria viva” dos seus psiquismos no encontro com seus pacientes. Via-se ali uma importância, uma ligação com o caso, que as tornava psicólogas clínicas em atendimento.

De outro modo, certos alunos, mesmo fazendo tudo dentro do padrão, não demonstravam este empenho vivo de seu psiquismo, de seu pensamento, na ocupação do lugar de clínicos responsáveis por um caso. O que eles realizavam era um “estágio obrigatório”, não o atendimento de um paciente. Daí notar a existência dos tais “acertos desalentadores”.

Obviamente, cabe tratar tais considerações em espectro maior de possibilidades, pois também existiram os erros nada auspiciosos, alguns grandes equívocos, e acertos também promissores. A matéria de que é feita o mundo é sempre vasta.

*

Neste momento, podemos trazer à tona algumas concepções acerca do conceito de transferência e contratransferência, tal com pensado na psicanálise contemporânea, que podem nos auxiliar no entendimento sobre o uso destes conceitos no AT. Reterei alguns pontos, dispersos ao longo do trabalho de Minerbo (2012), para encerrar este tópico.

Primeiramente, essa autora aponta que, hoje, grande parte dos analistas trabalha com a concepção de “transferência como situação total” – termo criado por Melanie Klein. Com isso, todas “as dimensões do material se referem à transferência: a dimensão verbal (simbólica); a não verbal (afetos, clima, atmosfera); e a dimensão da encenação” (p. 97), isto sem esquecer a possibilidade de haver um deslocamento transferencial para objetos externos ao analista e surgirem várias maneiras do passado do paciente se atualizar na transferência, por relatos ou atuações.

Além desta concepção de transferência ampliada, também a contratransferência não seria mais considerada como um possível entrave ao processo, quando designava a atuação do analista frente à transferência do paciente, como adverte FREUD (1915b), em “Observações sobre o amor de transferência”:

Para o médico, significa um valioso esclarecimento e um bom aviso quanto a uma possível contratransferência que nele se prepara. Ele tem que reconhecer que a paixão da paciente é induzida pela situação analítica e não pode ser atribuída aos encantos de sua pessoa (FREUD, 1915, 2010, p. 213).

Foi especialmente no atendimento a pacientes psicóticos que o uso da contratransferência ganhou maior relevância, uma vez que teria utilidade clínica imprescindível. A respeito de seu uso, recorremos a Cassorla (1998), que assim comenta a clínica da psicose:

Como estamos numa relação em que as leis da lógica de pouco nos valem, em que a simbolização está prejudicada, e em que os fenômenos são principalmente não-verbais, teremos que apelar, mais do que em qualquer outra situação analítica, para nossos sentimentos, emoções, reações, fantasias, devaneios, sintomas físicos etc. (‘a contratransferência como instrumento’), no maior grau de profundidade possível, o que nos faz retomar, de alguma forma, nossas experiências arcaicas (CASSORLA, 1998, p. 725).

Neste trabalho analítico, o corpo do analista passaria a ter uma função receptora, fazendo com que a utilização da contratransferência ultrapassaria a reação emocional sentida pelo analista face à transferência, tratando-se, como mostra Marion, de uma

[...] oferta da matéria psíquica via do analista graças à qual a transferência pode ganhar corpo e ser reconhecida [...] o analista tem de estar, ao mesmo tempo, no 'palco', oferecendo seu corpo-alma para contracenar com o paciente, e na 'plateia', observando e reconhecendo *quem ele está sendo* naquele momento em resposta à transferência (MINERBO, 2012, p. 124).

A clínica dos pacientes não neuróticos levou os analistas a reverem seu *setting*, como já apontado, assim como também o trato às questões transferenciais e contratransferenciais e o uso da interpretação em sua dimensão simbólica tradicional, o “como se”, exigindo mais a técnica de manejo do que a interpretação (MINERBO, 2012, p. 134).

Por manejo, segundo essa autora, entenda-se o seguinte trabalho: “o analista pode ter de ocupar lugares e funções psíquicas variadas, desde fazer aquilo que o paciente ainda não tem condições de fazer, até oferecer as condições de possibilidade para que ele desenvolva as funções psíquicas deficitárias” (p. 137). Além disso, o profissional pode também “ajudar o paciente a simbolizar essa situação de sofrimento que não teve palavras, criando com ele narrativas que façam sentido de tais experiências” (p. 138).

Face aos desafios enfrentados no atendimento aos não neuróticos, ou casos-limite, novas técnicas são criadas pelos analistas contemporâneos e, dentre os exemplos dados por Minerbo (2012), gostaria de destacar o “*talking as dreaming*” (conversar como se estivesse sonhando) praticado por Thomas Ogden. Esta intervenção configura-se como “conversas aparentemente não analíticas, pois versam sobre livros, poemas, filmes, regras gramaticais, etimologia, a velocidade da luz, o gosto de um chocolate. Mas esse tipo de conversa acaba criando um clima onírico favorável ao trabalho analítico”, escreve a autora (p. 152).

A postura do analista americano caminha de forma consoante à aposta freudiana na associação livre, ou seja, considera-se que a “transferência com o analista faz com que esse material [o recalçado, o clivado] seja atraído para a superfície da consciência” (MINERBO, 2012, p. 158). Assim, durante um caso clínico, por exemplo, ele percebe o convite para um jogo, feito por uma paciente com fortes conteúdos clivados da consciência, de discutirem um determinado livro. A paciente fala e também o analista fala, mantendo o tom onírico de conversas sobre o romance e seu autor. Sem preocupações em interpretar ou pedir associações, Ogden formava em silêncio certas interpretações não comunicadas e dadas a si mesmo, mantendo-se pensando de forma analítica mas sem interpretar, colaborando com o tom onírico ao trazer suas apreciações sobre o livro em debate. Esta atitude, de interpretar em silêncio, lhe era útil “para não perder de vista a assimetria analítica e o objetivo terapêutico da conversa” (p. 153). Procedendo como se tratasse de um jogo na terapia infantil, em que indiretamente se abordam questões do paciente, o livro era debatido enquanto a paciente podia

enfim, e através deste expediente, entrar em contato com os sofrimentos até então não elaborados de sua vida.

Trabalhando deste modo, não importava discriminar quem, se analista ou paciente, produzia certa imagem ou enunciava uma frase capaz de iluminar algum aspecto da vida psíquica do paciente. Tal distinção não importaria porque

[...] o material emerge dessa unidade indissolúvel formada pelo psiquismo do paciente e do analista. As interpretações que se originam nesse espaço entre os dois psiquismos – o campo transferencial-contratransferencial – mostram ter profundos efeitos transformacionais (MINERBO, 2012, p. 157).

Como vimos, através da clínica de pacientes graves, novas formas de entender determinadas posturas técnicas surgiram no atendimento psicanalítico. E tais descrições lançam luzes à prática do AT, mesmo quando não estamos diante de pacientes graves, como eram os casos atendidos pelos meus alunos.

Após a passagem por esses *outros* dos acompanhantes terapêuticos, os psicanalistas, podemos retornar à dificuldade de perceber e lidar com a transferência, tal como questionada pelos recém-praticantes do AT.

O primeiro tópico, que trata da aluna a repreender os sonhos eróticos do paciente, não parece nos oferecer maiores dificuldades, pois Freud (1915/2010) já nos ensinou que

Exortar a paciente a reprimir, renunciar ou sublimar os instintos, quando ela admite sua transferência amorosa, não seria agir de maneira analítica, e sim de maneira absurda. Seria o mesmo que habilmente conjurar um espírito a sair do mundo subterrâneo e depois mandá-lo de volta sem lhe fazer perguntas. Teríamos apenas chamado o reprimido à consciência, para depois novamente reprimi-lo, amedrontados (FREUD, 1915/2010, p. 217).

Pronto, bastaria dizer isso à aluna para que se dê por resolvida a questão. Diante de uma transferência amorosa, deveríamos assumir a mesma postura analítica, dita noutra parte do texto e que trata da incomum tarefa do analista nem aceder, nem repreender, nem dar por inadequada a transferência amorosa. Antes aceitando-a como inerente ao ofício e capaz de revelar os aspectos infantis da vida amorosa do paciente (FREUD, 1915/2010).

No entanto, a situação do AT é um pouco mais delicada e exige ainda mais traquejo, pois, às vezes, não fazemos frente apenas à transferência de nosso paciente, mas de boa parte do seu entorno – como era o caso de minha aluna. Como eu disse, o paciente era noivo. E noivo de uma pessoa não grata à família que, inclusive, responsabilizavam-na pelo acidente que deixou graves sequelas no paciente. Afinal, se houve um acidente, tarde da noite, foi porque ele estava indo encontrar a noiva. Se tivesse ficado em casa, nada daquilo teria ocorrido.

Em meio a esse drama, deu-se que a noiva não mais frequentava a casa do noivo. E mesmo os encontros entre os dois tornavam-se cada vez mais raros, pois o paciente dependia da família para ser conduzido até ela. Neste meio do caminho, quem passa a frequentar a casa do paciente, semanalmente, aos sábados? Nossa valorosa acompanhante, sendo muito bem recebida por todos ali. Mãe, irmãs, irmãos, toda a família elogia a estudante de psicologia, seus gestos, sua pontualidade, o modo como fazia bem ao paciente, indo encontrá-lo em casa, para conversarem ou irem até uma empresa da família. Ele voltava, junto com a *at*, a visitar seu antigo local de trabalho.

Se o campo transferencial no consultório já deve ser visto como uma “situação total”, imagine este outro campo, constituído por inúmeras transferências voltadas à acompanhante, depositando-lhe esperanças infantis de salvamento do paciente, não só em seu aspecto psíquico mas, principalmente, sexual. Por que eles não poderiam ficar juntos? Era o que a mesa sempre posta, o convite para sempre ficar mais, estendendo o atendimento, denunciava. Ela, a *at*, era de casa e podia ser cada vez mais de casa, se quisesse.

E como falamos de campo transferencial, que torna inseparável transferência e contratransferência, haveriam certos aspectos da terapeuta capturados por aquela sedução a envolver o ambiente? Haveria transferência sem contratransferência?

Minerbo (2012), a partir de estudos sobre a etimologia germânica do termo “contra”, discorre a respeito das acepções igualmente possíveis de “*oposição*”, mas também [de] *próximo*, como em ‘eu me apoio contra a parede’” (p. 46, itálicos da autora). Em seguida, conclui:

Se não houvesse parede eu não poderia me apoiar contra ela – se não houvesse contratransferência, a transferência não teria onde se apoiar e não poderia se desenvolver; é nesse sentido que entendo que o analista tem de ‘assumir a paternidade e a responsabilidade’ pela transferência (MINERBO, 2012, p. 47).

O *campo da transferência estendida*, tal como ocorre no AT, com a participação de outros envolvidos no *setting* cotidiano, pode tornar mais massiva a transferência amorosa por parte do paciente, suscitando também no acompanhante reações contratransferenciais semelhantes ou, o que dá no mesmo, em igual intensidade emocional, mas em sentido inverso. Isto é, o rechaço à transferência amorosa guardará a mesma intensidade com que a sedução é sentida no campo transferencial estendido. O manejo de que nos falava Freud (1915/2010) será mais difícil.

Alguns alunos, mas não somente eles, já terão passado por situações similares, agravadas pela exposição a que está submetido o acompanhante, uma vez que, no cotidiano, as pessoas ao redor não necessariamente compreenderiam a natureza do vínculo de trabalho ali constituído. Isto torna mais complexa a “responsabilidade” para com a transferência, pois o paciente poderá ser incitado

pelo campo transferencial estendido a perder mais facilmente de vista a posição terapêutica do acompanhante. Isto se agrava pelo fato de que não mantemos contato de trabalho com grande parte das pessoas ao redor do paciente mas que estão, ainda assim, ao lado, participando. Nossa postura em reserva, na medida certa, não será considerada por estes outros ao redor, daí surgirem sugestões de outra natureza ao paciente, para que perca de vista o terapeuta em sua posição de trabalho. Em mais de uma oportunidade, já ouvi pacientes comentarem que precisaram eles dar limites a estes outros, indicando que ali há um vínculo de trabalho. Isto é, de amor transferencial, e só.

Estar submetido a este campo transferencial estendido, com participação de um cotidiano não informado, digamos assim, poderá deixar o acompanhante terapêutico mais suscetível às forças sedutoras que o envolvem. E, como sabemos, não somente das transferências amorosas é feito o vínculo de trabalho, a mesma intensidade, com as mesmas consequências também estarão presentes diante de uma transferência negativa estendida, com sua correlata contratransferência negativa também estendida. Há algum *at* que já não teve raiva dos familiares do seu paciente?

Daí, no acompanhamento terapêutico, uma mesa posta para o café poderá significar apenas isso, ou então, um convite para que da mesa se passe à sala e da sala... à perda do lugar terapêutico, claro.

Foi protegendo-se deste apelo, que certamente tinha ressonâncias em sua vida psíquica, que o acompanhante deu aquela lição de moral em seu paciente, estendendo a bronca, se pudesse, a toda a família que sonhava junto. Há de se levar em consideração este aspecto do campo transferencial estendido para entendermos algumas reações no AT – inclusive o medo de alguns em praticar esta clínica.

O segundo ponto questionado pelos alunos, que tratava justamente desta capacidade de diferenciação entre cotidiano e transferência, penso que já o abordamos no item anterior. Cabe uma atenção às disposições familiares, exigindo-se do acompanhante um contato com sua experiência contratransferencial, utilizando-a como chave compreensiva de alguns aspectos da transferência.

Mas, um avanço a mais, a atenção à contratransferência, tal como discutida por Minerbo (2012), comporta dois níveis: o primeiro, consciente, diz respeito às reações emocionais sentidas pelo terapeuta no contato com o paciente; o segundo, inconsciente, relaciona-se “[...] à posição identificatória complementar à do paciente, posição esta que o analista está ocupando sem saber. Ou seja, o analista fala e sente coisas a partir de uma posição, mas não pode falar da posição em si” (MINERBO, 2012, p. 186).

Considerar o aspecto inconsciente da contratransferência seria um motivo a mais para se justificar a adoção rotineira de supervisões no trabalho analítico. Levando-se em consideração a amplitude do campo transferencial estendido no qual está inserido e pelo qual *em parte* é responsável, a prática supervisiva também deve ser uma atividade comum ao AT, como já comentado por diversos autores (Porto; Sereno, 1991; Palombini, *et al*, 2004.; Metzger, 2006). Fica-me a dúvida se um *at* a exercer esporadicamente esta função se disporia a ser supervisionado. Por que o faria? Mas, sigamos.

O terceiro ponto com que iniciamos esta discussão dizia respeito ao uso da contratransferência como elemento analisador do vínculo estabelecido entre acompanhantes e paciente. Mas eu dei como exemplo de tal situação as *ats* de Paula, que perceberam o ambiente domiciliar onde estavam em seus aspectos fúnebres. Vislumbra-se aí um diferencial em nossa prática.

Adotando novamente o termo campo transferencial para manter unidos os aspectos transferenciais e contratransferenciais, podemos dizer que o *at*, ao adentrar no ambiente de vida do paciente, deverá manter-se atento a todos os aspectos observados, sentidos, imaginados, durante sua presença ali, considerando também as reações físicas que possam surgir, tal como descrito na clínica dos pacientes psicóticos por Cassorla (1998). Se nosso corpo torna-se um receptor dos traços emocionais não elaborados, não passíveis de comunicação simbólica e, por isso, mais primitivos e violentos, atentar-se para estes aspectos no contato com o ambiente pode constituir um “diagnóstico transferencial de ambiente”.

Do mesmo modo que o diagnóstico transferencial “deve pôr em evidência a absoluta especificidade da vida do paciente, seu sentido vivo” (HERRMANN, F., 1997, p. 57), o diagnóstico transferencial de ambiente deve pôr em evidência a absoluta especificidade da vida *naquele* ambiente, considerando-se aí a amplitude dos ambientes em que o *at* passará a *conviver* com seu paciente. Como passaríamos a considerar as reações que temos nos diversos lugares por onde vamos, acompanhando? Este restaurante, que dá calafrios, o que diz? A casa da avó... ou o calor de um parque? Nesta perspectiva, literalmente, as paredes devem ser ouvidas, porque elas falam. E, por mais estranho que pareça, às vezes o estômago, a pele, a rinite, podem ser os melhores ouvidos de que dispomos.

Eliana Borges P. Leite (2006), no artigo “O corpo do analista: clínica, investigação, imaginação”, estabelece uma rica comparação entre o corpo do ator e o corpo do analista, indicando que, enquanto o primeiro deve construir seu personagem a partir de um *script* conhecido, envolvendo sua imaginação, sua memória emocional e seu corpo para em seguida atuar, o analista também é convocado, pela transferência, a desempenhar um certo papel, mesmo sem um *script* pré-

determinado. Para “ler” tal papel, o analista faz uso também de sua imaginação, sua capacidade de compreensão, de refinamento emocional (desenvolvido continuamente na análise pessoal) e, também, do seu corpo. Teria sido justamente para esconder as reverberações corporais provocadas pelo discurso do paciente que Freud teria posto a poltrona atrás do divã. Ele esconde o corpo porque ele estava implicado (LEITE, 2006).

Para esta autora, no atendimento às patologias graves, em que a figurabilidade e a capacidade de representação se encontram gravemente comprometidas, volta-se a atenção para os efeitos no corpo do analista das experiências sentidas durante estes atendimentos. Nestas situações clínicas, “a dificuldade ou a incapacidade de representar pode matar o espaço psíquico” (LEITE, 2006, p. 81), como parece ter sido o caso da vivência da família de Paula em relação ao seu adoecimento. Uma tragédia impossível de ser figurada, representada, pranteada até. Foi para cuidar de um sofrimento como esse que cada vez mais, nos atendimentos realizados pelas alunas, se deu importância ao impacto daquele ambiente sobre a sensibilidade e o corpo das estagiárias. Uma clínica como essa, demandaria

Uma imaginação corporal, uma figurabilidade que nasce no corpo – em múltiplas sensações viscerais, cinestésicas, táteis, acústicas, visuais – e que, no silêncio da sessão, movimenta o funcionamento psíquico do analista em sua atividade de construção de uma linguagem singular em cada análise (LEITE, 2006, p. 88).

A pauperização, a escuridão, o cheiro de urina, o descuido, a imobilidade, o sono, as esquivas, a janela cerrada, o ambiente morto. Não, não era um ambiente morto. Escutado, compreendido a partir da contratransferência, a casa de Paula era o ambiente em que se velava um corpo vivo, um funeral com corpo presente. Assim se desenhou o diagnóstico transferencial daquele ambiente, a partir das reações sentidas pelas estagiárias. E como a contratransferência dá suporte à transferência, era nesse ambiente indiscriminado e mortífero, que as alunas perdiam o registro do tempo, fazendo acompanhamentos que duravam 2, 3, até 4 horas, sem se darem conta disso! Pelo menos assim foi até, em supervisão, descobrirmos o sentido desta permanência naquele campo transferencial do tempo paralisado. Campo onde não se comemoravam os aniversários e o relógio de parede estava sempre parado. Naquele ambiente, após o diagnóstico, ir embora no horário marcado, era um ato interpretativo. Realizar uma festa de aniversário, foi um grande ato interpretativo.

*

Finalizando, no AT, podemos formar um “diagnóstico transferencial de ambiente” lançando mão dos dois aspectos da contratransferência: reações emocionais e físicas; atenção às identificações complementares vividas no contato com o paciente e seus familiares. Com isso, podemos apreender a complexa trama de silenciamentos, processos defensivos e cisões que organizam ambientes

marcados por grande sofrimento não elaborado. As paredes, os móveis, certos objetos, todos estes elementos poderão ser úteis para a compreensão da dinâmica familiar em que adentramos, sendo ainda recursos para que realizemos o trabalho de *construção*, não só de interpretação.

Neste exercício complexo a que nos dedicamos, somos envolvidos em um “campo transferencial estendido”, que nos torna mais suscetíveis a atuações e perda do *setting*, entendido como manutenção da posição de acompanhante, conduzindo um projeto terapêutico. Devemos ficar atentos ao impacto contratransferencial produzido pela transferência estendida, reconhecendo nossa responsabilidade parcial para com ela.

É em meio ao campo transferencial estendido que caberá ao *at*, em determinados momentos, posicionar-se como “pessoa real”, ocupando assim seu lugar de acompanhante e não do analista que favorece a transferência pelo uso da “posição em reserva”. Nossa posição em reserva se dará em favor da constituição de um cuidado com o sujeito ao nosso lado, auxiliando-o a “agarrar sua humanidade” quando, pela escuta, a tivermos identificado.

No trato clínico à transferência e para consecução do projeto terapêutico elaborado, o *at* utilizará dos atos interpretativos, entendidos como uma interpolação sutil de manejo da transferência e realização de ações junto ao paciente, ao longo dos atendimentos.

Assim como no “*talking as dreaming*” de Ogden, apresentado por Minerbo (2012, p. 152), o *at* poderá utilizar diversos elementos do cotidiano para estabelecer um cuidado terapêutico com seu paciente, entrando no jogo de fazer do simples e despretenso, uma elaboração psíquica possível. Para isso, necessita manter o pensamento analítico em silenciosa atenção, dispondo-se, quando forem seus os movimentos, a participar do jogo de forma íntegra e discreta.

Após passarmos por estas considerações relativas ao trabalho do acompanhante terapêutico orientado psicanaliticamente, podemos retornar à especificidade da clínica com pacientes neurológicos, apresentando alguns dos nossos achados, de maneira um tanto mais objetiva, pois nos encaminhamos para o término desse trabalho.

DISCUSSÃO

AT DE PACIENTES NEUROLÓGICOS: VICISSITUDES CLÍNICAS

Como dito no início desse trabalho, durante a realização do estágio eu, ao mesmo tempo, ensinava e aprendia com meus alunos as particularidades do acompanhamento terapêutico com pacientes neurológicos. Minha experiência prática com esse grupo era estreita, apenas o Sr. Augusto. Durante a prática docente, multiplicaram-se os exemplos, os conflitos, as dúvidas, as invenções, os impasses, o contato. A clínica do AT se alargava.

Durante a prática supervisiva é que se formou esta pesquisa, sendo antes um esforço por sistematizar, compreender e transformar todo aquele empenho clínico em um conhecimento compartilhado, como instrumento de convidar futuros colegas a continuar formando acompanhantes e psicanalistas lançados ao desafio de escutar humanidades e transformar o cotidiano em uma ferramenta terapêutica.

Neste tópico gostaria apenas de apresentar algumas das vicissitudes desta clínica, sem pretensão alguma de esgotar o tema. Abordarei três pontos: a necessária clínica interdisciplinar com pacientes neurológicos; a objetificação dos pacientes; a unicidade entre corpo físico e psíquico.

Ainda que haja um ponto e vírgula entre os elementos de análise, a distinção entre eles é bem mais sutil, sendo possível inclusive desfazê-la, tal com se verá. Abordarei os três pontos de maneira integrada, a partir da seguinte ideia: a clínica interdisciplinar cura a objetificação pelo cuidado à unicidade do corpo psíquico.

A clínica interdisciplinar e o cuidado à unicidade do corpo psíquico

O “corpo de um grande bebê”, é assim que Jean-Dominique descreve a experiência das manipulações que lhe são feitas no hospital. Viram, reviram-no, enxugam, desligam a TV, mudam o canal, levam à missa, fazem-no quase confessar que... que não é mais um sujeito. Quase. E os riscos foram grandes, pois às mãos técnicas se juntava também as mãos voluntariosas da família que virava, revirava cartas, livro de visitas, horários, contatos, atendia telefone e traçava perspectivas de presente e futuro. O que ele podia dizer se, como era extremo naquele caso, até para dizer alguma coisa ele precisava do outro?

O acompanhante terapêutico de pacientes neurológicos lida com um amplo espectro de intervenções objetificantes, provindas do domínio médico, do vínculo familiar, da hostilidade social – posto que, ao circularem pela cidade, quando necessitam de um transporte público, não é uma pessoa, mas uma cadeira que é posta no interior dos ônibus. Uma cadeira pesada, que atrasa a viagem dos demais – assim era descrita essa experiência pelos acompanhantes. Eles relatavam a estranha experiência de estarem acompanhando alguém invisível, sentado em uma cadeira desajeitada. A cadeira era visível, a pessoa não. Objetificação que todos nós impomos, enquanto grupo social, se não reconhecemos a condição de sujeito a quem se locomove por meio de uma cadeira de rodas. Como não tematizei a objetificação social ao longo da tese, deixarei este ponto para futuros trabalhos.

A respeito da experiência com o domínio médico (e fisioterápico, em alguns casos), lidamos com uma “racionalidade médica” contemporânea que paulatinamente destitui o paciente de seu lugar de sujeito, tratando “organismos doentes”, não os doentes. Estas ideias, assim como as aspas, foram encontradas no texto “Corpo e subjetividade: um diálogo da psicanálise com a medicina”, escrito por Liana Albernaz (2003). A autora assim apresenta o declínio da clínica médica em favor da experimentação dessubjetivante:

O conhecimento médico ao universalizar a categoria de corpo, reduzindo-o a uma materialidade anátomo-fisio-imagética desarticulada da subjetividade, faz da doença uma entidade genérica causal desconsiderando o paciente e abandonando a experiência em favor do experimento [...] A metodologia quantitativa que valida o conhecimento médico não permite considerar o campo da subjetividade (ALBERNAZ, 2003, p. 148).

De modo complementar e por outros meios psíquicos, também a família objetifica o paciente, destituindo-o de suas antigas posições objetivas e subjetivas, esforçando-se para fazê-lo caber na condição de paciente. Nesta ação concorre também a força de um sofrimento que faz todos lidarem

com um luto. A família perdeu um ente, tal com era. O paciente perdeu índices de sua identidade. Todos deverão realizar o trabalho de luto, desinvestindo a libido do pai, do trabalhador, da irmã, da filha que não será mais como antes, foi em parte perdida, levada pelos desmandos da doença. Na sequência, surgirá a necessidade de um reinvestimento libidinal naquele novo sujeito que ali está. Uma nova história, um novo pai, um novo trabalhador, uma nova irmã há de surgir, se houver uma elaboração exitosa do luto, tal como descrita por Freud em “Luto e Melancolia” (1917/2011).

Entre a perda e a religação objetal a uma nova condição de sujeito, que virá, surge um intermediário, que também requer fortes ligações libidinais para que continue vivo e alcance o fim do trabalho de luto: surge o paciente. Esta identificação, conquanto necessária, pode impedir a elaboração do luto, tanto por parte do paciente, quanto por parte dos familiares. Há pacientes que só se reconhecem agora na condição de pacientes! Esta frase, que parece exercício de tautologia, denota, no entanto, duas posições distintas. O profissional, no caso, o acompanhante terapêutico, que reconhece seu paciente adoecido psicologicamente de um mal: só se reconhecer como paciente. Uma “doença” identificatória advinda da solução provisória do luto não elaborado do corpo que se perdeu.

A partir de tal posição identificatória com o lugar exclusivo de pacientes, que é distinta do melancólico que não supera a perda, estes pacientes demandam cuidados constantes e posicionam-se de maneira submissa e adicta aos cuidadores, profissionais da saúde e procedimentos clínicos. Desfaz-se o sujeito, com sua amplitude de identificações possíveis, para fixar-se o paciente. Vimos isto no caso Paula, em que a família perde a dimensão subjetiva da filha, da irmã, lidando apenas com o corpo que requer alimento e fisioterapia. Ali só havia a paciente em sua condição mínima, um corpo.

Durante a visita inicial ao ambulatório de saúde, em que vislumbramos a possibilidade do AT com os pacientes neurológicos, conhecemos o “melhor paciente” da clínica, lembram-se? Aquele que fazia todos os exercícios na fisioterapia e os repetia em casa, mas não se dispunha de modo algum a realizar saídas que tivessem outro destino a não ser os espaços clínicos de tratamento. Mesmo com os acompanhantes terapêuticos, durante quase um ano em que foi atendido, ele só saiu uma vez, e de carro, sem que parassem em nenhum lugar. Apenas uma volta pelo bairro, mas atrás das janelas, nesta proximidade distante que o vidro permite⁴⁶. Ali, ele estava adoecido da condição de paciente, de modo similar com que Jacobina adoeceu da condição de alferes, no conto “O espelho”, de

⁴⁶ Michel de Certeau (2003), no belo capítulo “Naval e carcerário”, apresenta a ideia de que o aço e a vidraça, primordialmente nos trens, seriam responsáveis pelo distanciamento entre o passageiro e o mundo que passa, dando margem ao surgimento de um silêncio propício a que emergjam “as paisagens desconhecidas e as estranhas fábulas de nossas histórias interiores” (p. 195). Talvez pelo silêncio desse paciente, que não dava muito a conhecer de suas histórias interiores, não me autorizo a fazer maiores interpretações sobre sua condição identificatória de paciente.

Machado de Assis (1882/1994). Se a condição de alferes, patente que sequer existe atualmente, “eliminou o homem” (p. 93), que dirá a de paciente, com toda uma medicina tecnicista voltada sobre ele, a perscrutar no corpo o que se perdeu na alma, poderíamos dizer.

Pois bem, é contra tal ordem ampla de objetificações que devem lidar o acompanhante terapêutico e os parceiros de uma clínica interdisciplinar, cuidando de um corpo-psíquico ou “corpo-sujeito”, como diz Albernaz (2003, p. 156):

O corpo-sujeito traz um universal humano: a polaridade pulsional amor-ódio. Esses afetos são no corpo encarnados através de uma história que, sem ser dita, nos é contada. Uma história de tramas identificatórias nas quais a intrassubjetividade e a intersubjetividade se articulam. Corpo fragmentado e auto-erótico, corpo unificado, narcísico, corpo castrado, edípico (ALBERNAZ, 2003, p. 156).

Para lidar simultaneamente com este corpo adoecido e com a pessoa doente, em sua subjetividade e história, suas identificações e sofrimentos, uma clínica interdisciplinar deve ser posta em marcha, pois nela há uma “interpenetração e problematização recíprocas dos saberes envolvidos” (PALOMBINI, 2004, p. 66).

Penso que podemos reconhecer esta clínica no trabalho realizado, em que houve uma passagem que nos levou a tratar como indistintos corpo e psiquismo, doença e doente, paciente e sujeito. Esta passagem, em nosso caso, foi questão de um saltinho – de tão imbricados estes elementos. E este saltinho quem nos ensinou foi uma paciente, cujo AVC veio a alterar sua vida também no que parecia um pequeno detalhe.

Jovem, vinte e poucos anos, a maior parte deles passados sobre um salto alto. Ora na condição de secretária em uma grande empresa, ora nas noites dos fins de semana, ora nos passeios com as amigas. Em todos esses momentos, ela caminhava sobre um mesmo solo: uma identificação feminina. Para ela, “mulher só é mulher se estiver de salto alto”. Esta fala, dita ao acompanhante terapêutico, veio seguida de um pedido: se o *at* poderia conversar com a equipe de fisioterapia, para que cuidassem mais desta vontade de usar um salto. Vontade esta que a mãe desaprovava, denominando-a como um “capricho”, e que nós entendíamos por representação identitária.

A mãe, preocupada com a filha, queria mantê-la na condição de boa paciente, sem questionar. Se os exercícios se direcionavam às sequelas deixadas nos membros superiores, devia haver uma razão para tal. Por que questionar? Ainda mais por um capricho. Ela devia aceitar sua condição atual, deixando o salto e usando os calçados que facilitavam a marcha, as sapatilhas. Algumas perdas ela podia elaborar, mas esta não, caberia à paciente responder, se fosse versada em Freud. Para ela, a coordenação motora fina do braço poderia esperar, sua feminilidade não. Esta perda não podia se

realizar. E se ela “calçava” feminilidade, por que não cuidar desta integração, daquele corpo-sujeito? O *at* falaria com a equipe de fisioterapia.

Combinaram o melhor meio de fazer isso: juntos. O motivo para essa ação me parece claro, não manter a paciente neste lugar, de mera paciente, diante da equipe de fisioterapia. O auxílio era para que se posicionasse como sujeito. Para tal, bastou muito pouco. Apenas estar presente. A paciente falou da sua vontade, pedindo uma mudança nos exercícios. A equipe prontamente entendeu que havia ali mais do que uma indisposição com a rotina e fez a mudança. Os protocolos de atendimento foram alterados, sem a necessidade sequer do sentido psicológico ser enunciado pelo estagiário. E precisava? Que outro motivo, que não relacionado ao tratamento psicológico, o teria levado até lá, junto com a paciente? Não participávamos dos exercícios no ambulatório. O sentido foi bem entendido pela equipe, pois esta era receptiva à escuta psicológica desenvolvida pelos acompanhantes terapêuticos. Essa facilidade de comunicação decorria dos anos que já estávamos lá quando esse fato se deu.

A paciente, com pouco mais de algumas semanas, após sua nova rotina de reabilitação, passou a usar um pequeno salto em seus calçados. A olhos vistos, disseram os membros da equipe do ambulatório, ela se tornou uma paciente mais aderida aos exercícios, recuperando-se de maneira exemplar das sequelas sofridas. Claro, ao calçar novamente o salto, ela caminhava novamente sobre sua identificação feminina, que sustentava todas as outras identificações parciais de que falamos. Calçar o salto, inicialmente na fisioterapia e depois em casa, permitia-lhe caminhar sobre sua identidade profissional, sua sexualidade, seus interesses variados, mesmo sem sair do lugar. Um salto, cujas consequências irradiantes sobre todos os domínios da vida da paciente, levaram-na do cuidado com o corpo à condição psíquica revitalizada através de uma clínica interdisciplinar.

Acredito que possa ter sido confirmada a hipótese de que o acompanhamento terapêutico pode ser um excelente dispositivo de tratamento a ser incluído no cuidado aos pacientes neurológicos. Além disso, penso que o AT, orientado psicanaliticamente, também pode se constituir em um vetor de tratamento às demandas psicológicas dos pacientes neurológicos, descritas por Winograd; Sollero-de-Campos e Drummond (2008).

No exemplo citado, se viu o cuidado simultâneo com a perda e a falta, lembrando-se que a perda se refere à dimensão concreta do adoecimento (e demanda reabilitação), enquanto a falta se refere à dimensão simbólica do adoecimento, demandando análise, como propuseram as pesquisadoras citadas. O *at*, por sua presença no cotidiano e por sua escuta à dimensão simbólica, tem recursos de articular, com a equipe interdisciplinar, intervenções como a demonstrada, auxiliando na

constituição de uma clínica da perda segundo a dimensão da falta – o que gera resultados positivos para a reabilitação física e o trabalho psicológico reciprocamente.

Guardando ainda o mesmo exemplo, vemos como o AT participou do cuidado às “feridas na identidade subjetiva”, colaborando na “ressocialização” e, com isso, no enfrentamento à “vergonha” sentida pelos pacientes ao participarem do meio social. Lembro que estas demandas marcadas com aspas foram identificadas por esses mesmos autores. Calçada novamente sobre sua identificação feminina, ficou bem mais fácil e prazeroso à paciente retomar aos lugares que antes frequentava, tendo por companhia seu acompanhante terapêutico. Ao final de dois semestres de acompanhamento, ela já tinha ido ao cinema algumas vezes, procurava emprego e matriculava-se em uma universidade, para continuar seus estudos. Efeitos da clínica interdisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: PESQUISA, DOCÊNCIA, EXTENSÃO

Se no tópico anterior falava da imbricação entre corpo e psiquismo, agora, ao concluir este trabalho, noto a imbricação também necessária dos eixos constitutivos da universidade: pesquisa, ensino e extensão.

Realizar esta pesquisa me faria, hoje, ensinar de outro modo o AT de pacientes neurológicos, assim como, necessariamente, a extensão oferecida, os atendimentos, também se alterariam. Esta cadeia multideterminada já se mostrava aqui, desde o início, quando, ao realizar uma atividade de extensão, também era constituída uma experiência de ensino, que posteriormente se tornaria esta pesquisa.

Este movimento contínuo foi explicitado por Loffredo (2012), ao dizer que

[...] podemos recortar o papel específico que a pesquisa universitária tem condições de assumir, pois ela está particularmente instrumentalizada para tanto, em sua missão de articular docência, pesquisa e extensão. Desde que esta última esteja atenta, por princípio, às demandas que se apresentem, sensibilizando os outros dois eixos no sentido de sua atualização constante (LOFFREDO, 2012, p. 220).

Levando tal perspectiva em consideração, acredito que minha pesquisa pode nos mostrar algo sobre o ensino de psicanálise na universidade, tanto no que se refere à transmissão teórica quanto prática.

Se ao longo da tese conhecemos várias críticas à chamada “clínica padrão”, pelo risco potencial da reprodução teórica e técnica ocorrer, também acompanhamos o movimento criativo que leva psicanalistas contemporâneos a modificar o *setting* clássico, na busca por constituir parâmetros clínicos e teóricos adequados ao modo de sofrer de nossos pacientes atuais.

Como vimos, a clínica do AT dialoga necessariamente com estes autores contemporâneos, constituindo-se, a meu ver, em um recurso poderoso de aprendizado tanto teórico quanto prático para os estudantes durante a graduação, relativizando as concepções técnicas padrão que poderiam ter assimilado.

Criar uma clínica e uma teoria próprias, ao contrário de se distanciar dos trabalhos freudianos, resgataria a dimensão criativa ali existente, não doutrinária. O *setting* constituído por Freud, assim com a técnica e teoria, foram feitas sempre em consonância com o método interpretativo, que se voltava igualmente para a atividade clínica, os enigmas da cultura, as produções mitológicas, as criações artísticas. Em Freud, a psicanálise nunca era repetitiva.

O AT poderia, como sugerido, se constituir em uma excelente aproximação dos estudantes à prática clínica contemporânea, mesmo quando o público atendido não é o de pacientes ditos graves, psicóticos, não neuróticos ou casos-limite. As exigências próprias ao AT preparariam os alunos para, quando necessário, criarem *settings* e intervenções originais, feitas sob medida para quem delas precisasse.

Defender a presença do AT nos cursos de graduação não significa de modo algum uma crítica à atividade realizada nos consultórios. Ao contrário, quem sabe desde a graduação, com o rigor metodológico próprio à psicanálise, se criariam possibilidades inclusive para futuros consultórios mais criativos, facilitados pelo trânsito acadêmico através do AT. Não é necessário ir às ruas para se realizarem intervenções originais.

Além desse aspecto, permitiria, desde a graduação, a formação de um profissional aberto ao trabalho interdisciplinar, pois é uma característica do AT ser um dos profissionais envolvidos no atendimento de seu público, seja na clínica da psicose, na neurose grave ou, como visto, no atendimento a pacientes neurológicos. A esse respeito, Palombini (2004) comenta

À universidade, cabe a responsabilidade de dirigir os processos de formação na direção que esse contexto aponta: alargamento dos espaços de atuação; trânsito e intercruzamento entre áreas; produção de conhecimento numa perspectiva interdisciplinar; constituição de novas práticas (PALOMBINI, 2004, p. 60).

Na mesma direção, mas abordando o papel da universidade em ampliar a escuta analítica à população, Loffredo (2012) complementa

[...] a questão de que se trata é de como viabilizar a *extensão* do saber psicanalítico para onde uma demanda de escuta se apresente, de modo a que seu método seja convocado, o que envolve pesquisa, necessariamente, no plano da elasticidade da técnica e da plasticidade do *setting* (LOFFREDO, 2012, p. 220).

Parece-me que a proposta de trabalho aqui defendida, o acompanhamento terapêutico de pacientes neurológicos, segundo uma orientação psicanalítica, e em meio a uma intervenção interdisciplinar, cumpriu estas responsabilidades universitárias: integrar pesquisa, ensino e extensão.

Posso encerrar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERNAZ, Liana. “Corpo e subjetividade: um diálogo da psicanálise com a medicina”. **Revista Brasileira de Psicanálise**. v. 37, n. 1. São Paulo: Associação Brasileira de Psicanálise, 2003, pp. 145-158.

ALMEIDA, Beatriz H. M. “Que Paris é esse? *Fragmentos clínicos*”. In: SANTOS, Ricardo G. **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Instituto A CASA/Ed. Hucitec, 2006.

AMARANTE, Paulo. “A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica”. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. RJ: NAU Editora, 2003.

ASSIS, Machado de. [1882] “O espelho: esboço de uma nova teoria da alma humana”. In: **Machado de Assis: contos**. São Paulo: Objetivo, 1994.

AULAGNIER, Piera. “O conflito psicótico”. In: **Um intérprete em busca de sentido, II**. São Paulo: Escuta, 1990.

BARRETO, Kleber D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 2ª. ed. SP: Unimarco Editora, 2000.

BAUBY, Jean-Dominique. **O escafandro e a borboleta**. 2ª ed. São Paulo: Ed. WMF Martins Fontes, 2009.

BENJAMIN, Walter. **Rua de mão única**. Obras escolhidas, v. II. 5ª ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995

BERGER, Eliane. “Acompanhamento Terapêutico: invenções”. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (Org.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997.

BIANCHIN, Maysa *et. al.* “Depressão após Acidente Vascular Cerebral (AVC)”. In: MIYAZAKI, Maria Cristina O. S.; DOMINGOS, Neide A. M. & VALÉRIO, N. I. (orgs.). **Psicologia da Saúde – Pesquisa e prática**. Cap. 18. São José do Rio Preto – SP: THS/Arantes, 2006.

BOCCHI, Silvia C. M. “Vivenciando a sobrecarga no vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): uma análise do conhecimento”. In: **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Jan-Fev; 12 (1), 2004, p. 115-121.

BRITO, Eliana S. E RABINOVICH, Elaine P. “Derramou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família”. **Saúde e Sociedade**. v. 17, n. 2. São Paulo, 2008. p. 153-169.

BORGES, Jorge L. “Pierre Menard, autor do *quixote*”. In: **Ficções**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

BRASIL. PORTAL DA SAÚDE. “Ministério amplia assistência a pacientes com AVC”. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4790/162/ministerio-amplia-assistencia-a-pacientes-com-avc.html>. Acessado em 17/07/12.

BRUN, Danièle. **A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

CABRAL, Károl V. “A sucessão de acasos-acontecimentos como regra fundamental do acompanhamento terapêutico”. In: COMISSÃO DE APERIÓDICOS DA ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE (org.). **Psicose: aberturas da clínica**. Porto Alegre: APPOA: Libretos, 2007.

CALLIGARIS, Contardo. **Cartas a um jovem terapeuta**. RJ: Elsevier, 2004.

CALVINO, Italo. **As cidades invisíveis**. 2ª Ed. São Paulo: Cia das Letras, 1990.

CAMARGO, Elisa M. C. “O acompanhante terapêutico e a clínica”. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (Org.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Escuta, 1991.

CARMO, Paulo S. **Merleau-Ponty: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 2004.

CARROZZO, Nelson L. M. “Campo de criação, campo terapêutico”. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (Org.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Escuta, 1991.

CARVALHO, Sandra S. **Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?**. São Paulo: Annablume, 2004.

CASSORLA, Roosevelt M. S. “Psicanálise e surto psicótico: considerações sobre aspectos técnicos”. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 32 (4). 1998, p. 721-745.

CENAMO, Ana Clara V., PRATES E SILVA, Ana Laura B. P., BARRETTO, Kleber D. “O *setting* e as funções no acompanhamento terapêutico”. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (Org.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Escuta, 1991.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer**. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

CHAUI-BERLINCK, Luciana. “O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada”. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 62, n.1, 2010, p. 90-96.

FIGUEIREDO, Luís Claudio M. “Presença, implicação e reserva”. In: **Ética e técnica em psicanálise**. 2ª ed. ampliada. São Paulo: Escuta, 2008.

FRAYZE-PEREIRA, João A. “A flutuação do Olhar: Artes Plásticas e Psicanálise Implicada”. In: **ARTE, dor: inquietudes entre estética e psicanálise**. Cotia-SP: Ateliê Editorial, 2005.

_____. “O paciente como obra de arte: uma questão teórico-clínica”. In: HERRMANN, F. *et. al.* **Pesquisando com o método psicanalítico**. SP: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. “Psicanálise, Teoria dos Campos e Filosofia: a questão do método”. In: BARONE, Leda M. C. (org.). **O psicanalista: hoje e amanhã**. O II encontro da Teoria dos Campos por escrito. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002a.

_____. **O que é loucura**. 10ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 2002b.

FREUD, Sigmund. [1937]. “Construções em análise”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1924]. “Neurose e psicose”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1923]. “O Eu e o Id”. In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. v. III: 1923-1949. Trad. Luiz Alberto Hanns. RJ: Imago, 2007.

_____. [1917]. “Luto e melancolia”. Trad. Marilene Carone. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

_____. [1915a]. “Os instintos e seus destinos”. In: **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. [1915b]. “Observações sobre o amor de transferência”. In: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. [1914]. “O Moisés de Michelangelo”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1913]. “Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I)”. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1912a]. “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise”. In: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. [1912b]. “A dinâmica da transferência”. In: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. [1911]. “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1910]. “Cinco lições de Psicanálise”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira, v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. [1905]. “Sobre a psicoterapia”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund e BREUER, Josef. [1895]. “Estudos sobre histeria”. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira, v. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUJIHIRA, Carolina Y. “Acompanhando a inclusão: um percurso ético”. **Psychê: revista de psicanálise**. Ano X, n. 18 (set). São Paulo: Unimarco Ed., 2006.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 1994.

GREEN, André. “Pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante”. In: **O trabalho do negativo**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

HANNS, Luiz A. “Comentários do Editor Brasileiro”. In: FREUD, S. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. v. III: 1923-1949. Trad. Luiz Alberto Hanns. RJ: Imago, 2007.

HERMANN, Maurício C. **Acompanhamento Terapêutico e psicose**: articulador do real, simbólico e imaginário. 2ª ed. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2012a.

_____. “Introdução de capítulo para edição brasileira”. In: PULICE, Gabriel O. **Fundamentos clínicos do acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Zagodoni, 2012b.

HERRMANN, Fabio. “Clínica extensa”. In: BARONE, Leda M. C. (Org.). **A Psicanálise e a Clínica extensa**: III Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos por escrito. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005a.

_____. **Quarta meditação: a intimidade da clínica**. São Paulo: SBPSP. Trabalho apresentado em Reuniões com Fabio Herrmann: Da clínica Extensa à Alta Teoria. Meditações clínicas. São Paulo, 12 março 2005b.

_____. “O momento da Teoria dos Campos na Psicanálise”. In: “. In: BARONE, Leda M. C. (org.). **O psicanalista: hoje e amanhã**. O II encontro da Teoria dos Campos por escrito. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **Introdução à Teoria dos Campos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____. **O que é Psicanálise – para iniciantes ou não**. São Paulo: Editora Psique, 1999.

_____. **Psicanálise da crença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998a.

_____. “Análise didática em tempos de penúria teórica”. **Revista Brasileira de Psicanálise**. V. 32, n. 4. São Paulo: Associação Brasileira de Psicanálise, 1998b, pp. 697-710.

_____. **Clínica Psicanalítica: a arte da interpretação**. 2ª. Ed. SP: Brasiliense, 1997.

_____. **Andaimos do real – o método da Psicanálise**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1991.

_____. **Andaimos do real – o cotidiano**. São Paulo: Ed. Vértice, 1985.

HERRMANN, Leda. **Andaimes do real**: a construção de um pensamento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

IBRAHIM, César. “Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro”. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (Org.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Escuta, 1991.

KEHL, Maria Rita. “O sexo, a morte, a mãe e o mal”. In: NESTROVSKY, A. e SELIGMANN-SILVA, M.(orgs.). **Catástrofe e representação**. São Paulo: Escuta, 2000.

LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEITE, Eliana B. P. “O corpo do analista: clínica, investigação, imaginação”. **Jornal de Psicanálise**. v. 39, n. 71. São Paulo: SBPSP, 2006, pp. 79-100.

LERNER, Rogério. “Matriz discursiva da contratransferência: discussão ética acerca do acompanhamento terapêutico e de instituições de saúde mental”. In: **Psychê: revista de psicanálise**. Ano X, n. 18 (set). São Paulo: Unimarco Ed., 2006.

LÉVI-STRAUSS, Claude. “A ciência do concreto”. In: **O pensamento selvagem**. 4ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2004.

_____. “O Feiticeiro e sua Magia”. In: *Antropologia Estrutural*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.

LOFFREDO, Ana Maria. “Transmissão da psicanálise e universidade”. **Jornal de Psicanálise**. V. 45, n. 82. São Paulo: SBPSP, 2012, pp. 211-222.

_____. “Parábolas freudianas: as narcísicas feridas e o arqueólogo”. **Jornal de Psicanálise**. V. 39, n. 70. São Paulo: SBPSP, 2006, pp. 298-308.

_____. “Debate: Ler Freud: Apreensões em torno do originário”. **Jornal de Psicanálise**. V. 37, n. 68. São Paulo: SBPSP, 2004, pp. 11-30.

_____. “Sobre as escritas dos relatos clínicos freudianos”. **Jornal de Psicanálise**. V. 35, n. 64/65. São Paulo: SBPSP, 2004, pp. 175-189.

MAUER, Susana K. & RESNIZKY, Silvia. **Acompanhantes Terapêuticos**: atualização teórico-clínica. 1ª ed. em português. Buenos Aires: Letra Viva, 2008.

MENDONÇA, Leonel D. “Lo social es um lugar que no existe: reflexiones desde el acompañamiento terapêutico de pacientes psicóticos”. 2002. Disponível em: <https://siteat.wordpress.com/tag/winnicott/page/2/>. Acessado em 03/03/2008.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Textos escolhidos**. 2ª Ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Coleção Os Pensadores).

METZGER, Clarissa. “Um olhar sobre a transferência no Acompanhamento Terapêutico”. In: SANTOS, Ricardo G. **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Instituto A CASA/Ed. Hucitec, 2006.

MEZAN, Renato. “Que significa “pesquisa” em psicanálise?”. In: LINO DA SILVA, Maria E. (coord.). **Investigação e psicanálise**. Campinas-SP: Papyrus, 1993.

MINERBO, Marion. **Transferência e contratransferência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

_____. **Neurose e não-neurose**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

_____. “Freud e a Teoria dos Campos”. In: MONZANI, Josette & MONZANI, Luiz R. (orgs.). **OLHAR: Fabio Herrmann – uma viagem psicanalítica**. São Paulo: Ed. Pedro e João Editores/CECH-UFSCar, 2008.

_____. “Formar um psicanalista criativo”. **Jornal de Psicanálise**. V. 38, n. 69. São Paulo: SBPSP, 2005.

MORIN, Edgar. “Ensinar a compreensão”. In: **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 11ª Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2006.

PALOMBINI, Analice de L. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto**: contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Doutorado. Rio de Janeiro: UERJ, 2007a.

_____. “Psicanálise a céu aberto?”. In: COMISSÃO DE APERIÓDICOS DA ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE (org.). **Psicose: aberturas da clínica**. Porto Alegre: APPOA: Libretos, 2007b.

_____. “Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político”. **Psychê: revista de psicanálise**. Ano X, n. 18 (set). São Paulo: Unimarco Ed., 2006.

_____. “Formação profissional e construção de conhecimento em interação com a comunidade: supervisão na universidade”. In: NASCIMENTO, Célia A. T. *et al.* (orgs.). **Psicologia e políticas públicas: experiências em Saúde Pública**. Porto Alegre, RS: CRP/07, 2004.

PALOMBINI, Analice de L. *et. al.* **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2004.

PANKOW, Gisela. “Do amor perdido ao espaço tranquilizador segundo Dom Casmurro, de Machado de Assis”. In: **O homem e seu espaço vivido – análises literárias**. Campinas, SP: Papirus, 1988.

PAREYSON, Luigi. **Os problemas da estética**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

PORTO, Maurício e SERENO, Deborah. “Sobre acompanhamento terapêutico”. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA. (Org.). **A rua como espaço clínico**. São Paulo: Escuta, 1991.

PULICE, Gabriel O. **Fundamentos clínicos do acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Zagodoni, 2012.

QUAGLIATTO, Helga S. M. e SANTOS, Ricardo G. “Psicoterapia psicanalítica e Acompanhamento Terapêutico: uma aliança de trabalho”. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 24, n. 1. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2004, pp. 74-81.

REIS NETO, Raymundo O.; PINTO, Ana Carolina T. e OLIVEIRA, Luiz Gustavo A. “Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber”. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 31, n. 1. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 30-39.

ROMERA, Maria Lúcia C. “Ensino-transmissão da psicanálise: ser ou não ser... algo mais?!” **Jornal de Psicanálise**. v. 27, n. 51. São Paulo: SBPSP, 1994, pp. 51-62.

ROSSI, Gustavo. **Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores**. 1ª reimp. Buenos Aires: Polemos, 2010.

SAFRA, Gilberto. “*Placement*: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico”. In: **Psychê: revista de psicanálise**. Ano X, n. 18 (set). São Paulo: Unimarco Ed., 2006.

SANTOS, Ricardo G. "Acompanhando a loucura: interpretações do cotidiano". In: HERRMANN, Leda *et al.* (org.). **Interpretação e cura: V Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos por escrito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

_____. "A inserção do acompanhamento terapêutico em um modelo interdisciplinar de atendimento a pacientes neurológicos". **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 1, n. 1., jan-abr. 2009 (CD-ROM).

_____. "Ventos transferenciais no acompanhamento terapêutico". In: SANTOS, Ricardo G. **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Instituto A CASA/Ed. Hucitec, 2006.

SERENO, Deborah. **Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

SILVA, Marcus V. O *et. al.* "Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em Psicologia e reforma psiquiátrica". **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 30 (4), 2010, p. 882-895.

TERRONI, Luisa M. N.; TINONE, Claudia C. L. & FRÁGUAS Jr., Renério. "Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva". In: **Revista Associação Médica Brasileira**, 2003; 49 (4): 450-459.

WADE, J., DURWARD, B. & BAER, G. "Acidente vascular cerebral". In: STOKES, M. C. S. P. **Neurologia para Fisioterapeutas**. São Paulo: Editorial Premier, 2000.

WINNICOTT, Donald. W. [1947]. "O ódio na contratransferência". In: **Da Pediatria à Psicanálise**. RJ: Imago, 2000.

_____. [1941]. "A observação de bebês numa situação padronizada". In: **Da Pediatria à Psicanálise**. RJ: Imago, 2000.

_____. "Objetos transicionais e fenômenos transicionais". In: **O brincar e a realidade**. RJ: Imago, 1975a.

_____. "O brincar: uma exposição teórica". In: **O brincar e a realidade**. RJ: Imago, 1975b.

WINOGRAD, Monah; SOLLERO-DE-CAMPOS, Flávia, DRUMMOND, Claudia. "O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos". **Revista Mal-estar e subjetividade**. v. VIII, n. 1. Fortaleza, mar/2008, p. 139-170.

REFERÊNCIA FILMOGRÁFICA

SCHNABEL, Julien. **O escafandro e a borboleta**. Paris: Pathé Renn Productions, 2007.