

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE ESTUDOS E LABORATÓRIO PROSOPON

DANILO SALLES FAIZIBAIOFF

Entre atoleiros e becos sem saída: descrição
fenomenológica dos impasses vivenciais
experienciados por acompanhantes terapêuticos

São Paulo
2016

DANILO SALLES FAIZIBAIOFF

**Entre atoleiros e becos sem saída: descrição
fenomenológica dos impasses vivenciais
experienciados por acompanhantes terapêuticos**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração:
Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Andrés
Eduardo Aguirre Antúnez

São Paulo
2016

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

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

Faizibaioff, Danilo Salles.

Entre atoleiros e becos sem saída: descrição fenomenológica dos impasses vivenciais experienciados por acompanhantes terapêuticos / Danilo Salles Faizibaioff; orientador Andrés Eduardo Aguirre Antúnez. -- São Paulo, 2016.

88 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Saúde mental 2. Fenomenologia 3. Acompanhamento terapêutico 4. Hospitalidade 5. Psicopatologia I. Título.

RA790

Nome: Faizibaioff, Danilo Salles

Título: Entre atoleiros e becos sem saída: descrição fenomenológica dos impasses vivenciais experienciados por acompanhantes terapêuticos

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

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

A Fernando Genaro e Vera Marinho, pela
coragem e honestidade com as quais
suportam e sobrevivem a tamanhos
desarranjos vivenciais

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Eliana, Jussieu, Carla, Fernando, Alexandre, Adriana e Vera, profissionais devotados que permitiram a criação dos meus mais sólidos *espaços de cura*, viabilizando meu percurso no AT;

Ao Professor Gilberto Safra, quem me mostrou a possibilidade de realização de uma clínica plural e verdadeira, com fundamentos suficientemente sólidos para a atuação ética nas mais diversas situações, incluindo os equipamentos públicos do SUS e do SUAS;

Aos grandes mestres e companheiros: Tânia Possani, Marcelo Soares e Alexandre Piné, que praticamente me "ensinaram" a arte do AT. E ao melhor supervisor que já pude ter, Alexandre Maduenho, sem o qual também nada disso teria sido sequer sonhado;

Ao meu orientador, Professor Andrés, que me aceitou como seu aluno de Mestrado, e sempre se fez presente de uma forma que nem precisávamos marcar horário para nos encontrarmos pessoalmente;

Aos meus pais, pela *sustentação*, no sentido mais amplo possível, e pela aposta maciça em minha formação acadêmica e profissional;

Aos grandes amigos e amigas, sem os quais não haveria sequer um caractere para contar história: Vitão, Márcio, Tony, Johnny, Alan, Yuri, Biba, Thierry, Tchuco, Gordon, Dju, Zé Café, Berlofa, Kitu, Taninha, Leo, Ludu, Anna, Aninha, Mori, Chris, Juliana, Tiemi, Fabão, Lorena, Lenara, Fernanda, Júlia, Rê, Bruna e Mayra. E às recentes companheiras e minhas acompanhantes terapêuticas no SUAS: Michelle, Milena, Veridiana e Andreia;

E ao João, que me rerepresentou a dimensão do Amor ao longo deste árduo percurso acadêmico.

Faizibaioff, D.S. (2016). *Entre atoleiros e becos sem saída: descrição fenomenológica dos impasses vivenciais experienciados por acompanhantes terapêuticos*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Resumo: O Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma modalidade clínica central no tratamento de pessoas portadoras das mais graves configurações psicopatológicas na contemporaneidade. Os profissionais que a praticam, os acompanhantes terapêuticos (**ats**), descrevem, em diversos artigos e capítulos de livro por eles publicados, as principais dificuldades, empecilhos, estorvos, embaraços, agonias, incertezas, obstáculos e desafios em seu cotidiano de trabalho. Tais fenômenos, que se lhes manifestam ao nível das vivências, isto é, da experiência sensível, denominei-os de Impasses Vivenciais (*IpVs*). O objetivo desta pesquisa foi buscar e sintetizar, na literatura científica do AT, descrições destas vivências perturbadoras e desorganizadoras, destes turbilhões vivenciais que convocam os acompanhantes à experimentação de pensamentos, sensações, sentimentos, emoções e reflexões ante os quais eles, independente de suas abordagens teóricas de trabalho, reconhecem as principais adversidades da clínica do AT. Trata-se, em síntese, de descrever as diferentes formas de aparição dos *IpVs* aos **ats**, tal como se lhes manifestam à consciência, da forma como se lhes apresentam espontaneamente. Em seguida visou-se, para além da descrição das diferentes formas de aparição dos *IpVs*, à intuição da essência de tal fenômeno. A pesquisa é de natureza qualitativa, conduzida pelo método fenomenológico, mais especificamente pela Fenomenologia de Eugène Minkowski, um psiquiatra e psicopatólogo russo-polonês que, já no começo do século XX, empreendeu uma experiência clínica radical em moldes formais e éticos bastantes similares ao atual AT. Ele descreveu, em relação a ela, suas vivências de impasse em um artigo publicado em 1923. Outros interlocutores elegidos para o diálogo com os achados aqui levantados foram Donald Winnicott e Gilberto Safra. Foram analisados diversos artigos publicados em periódicos indexados ou revistas de outra natureza e capítulos de livros sobre o AT, recortando-se descrições escritas destes impasses vivenciais, as quais foram sendo progressivamente comparadas umas às outras. À medida que se foi notando uma repetição quanto à natureza das diferentes formas como estes *IpVs* se lhes manifestavam aos acompanhantes, 6 categorias fenomenológicas foram construídas por saturação: (1) impactos físicos e sensoperceptivos; (2) sensação de impotência, desesperança e não-saber; (3) fragilidade do lugar profissional do **at**; (4) estranhamento/questionamento das próprias representações normal/patológico; (5) insegurança, desproteção e medo e (6) interpenetração fusional. Elas foram expostas em diálogo com as próprias vivências de impasse do autor desta dissertação, em sua experiência de 5 anos como **at**, e também com as de Eugène Minkowski, no que tange ao seu empreendimento clínico embrionário, sempre relacionando-as com a categoria de manifestação fenomenológica específica de nosso objeto de estudo. A abordagem da intuição da essência dos *IpVs*, num momento posterior, mostrou que, para além de suas diferentes formas de manifestação anteriormente descritas, trata-se estes de um fenômeno paradoxal: obstáculo e empecilho, por um lado, mas principal norteador diagnóstico e clínico na condução dos casos, pelo outro. Desta forma, conclui-se que, ao invés de se falar em uma essência dos *IpVs*, são os próprios *IpVs* a essência do AT, o qual se propõe ser re-pensado, eticamente, como a clínica do impasse.

Palavras-chave: Saúde Mental; Fenomenologia; Acompanhamento Terapêutico; Hospitalidade; Psicopatologia

Faizibaioff, D.S. (2016). *Among quagmires and blind alleys: phenomenological description of the experienced-based impasses lived by therapeutic accompanists*. (Master's dissertation). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Abstract: The Therapeutic Accompaniment (AT) is a central clinical modality in the treatment of people affected by the most severe psychopathology in contemporaneity. The professionals who practice it, the therapeutic accompanists (**ats**), describe, in several articles and book chapters published by them, the main difficulties, obstacles, hindrances, encumbrances, agonies, uncertainties and challenges in their daily work. I named such phenomena, which manifest to them in terms of experiences, i.e., the sensible experience, as experienced-based impasses (*IpVs*). The aim of this study was to search and summarize, in the AT scientific literature, descriptions of these disturbing and disorganizing experiences, these experiential eddies that summon up the accompanists giving thoughts, sensations, feelings, emotions and reflections a trial, in face of which they, regardless of their theoretical work approaches, recognize the AT clinic major adversities. In short, it is to describe the different forms of appearance of the *IpVs* to the **ats**, as the way they manifest their consciousness to, the manner they present them to spontaneously. Then, we have aimed up, beyond the description of the different forms of *IpVs* appearance, the intuition of this phenomenon essence. This is a qualitative research, conducted according to the phenomenological method, specifically the Phenomenology of Eugène Minkowski, a russian-polish psychiatrist and psychopathologist who, already in the beginning of the 20th century, undertook a radical clinical experience in a formal and ethical manner quite similar to the current AT. He described, related to it, his deadlock experiences in an article published on 1923. Other partners elected for the dialogue with our findings were Donald Winnicott and Gilberto Safra. We analyzed several articles published in indexed journals or magazines of other kinds and AT book chapters, looking for written descriptions of these experienced-based impasses, which we progressively compared one another. As we noted a repetition related to the different forms of emergence of these *IpVs* to the **ats**, 6 phenomenological categories were constructed by saturation: (1) physical and sensory impacts; (2) feeling of helplessness, hopelessness and lack of knowledge; (3) professional **at** place weakness; (4) estrangement/questioning of the own normal/pathological representations; (5) insecurity, defenselessness and fear and (6) melting interpenetration. They were exposed in dialogue with this author's dissertation deadlock experiences, taking into account his 5-years professional career as **at**, and also with Eugène Minkowski's ones, in terms of his embryonic clinical development, always relating them to the specific phenomenological manifestation category of our object of study. The *IpVs* essence intuition approach, at a later time, showed that, beyond its various manifestations forms described above, it is a paradoxical phenomenon: obstacle and hindrance, on the one hand, but the main diagnosis and clinical guiding in the conduct of cases, on the other. Thus, instead of talking about an *IpVs* essence, the *IpVs* are the AT essence, which is proposed to be re-thought, ethically, as the clinic of impasse.

Key-Words: Mental Health; Phenomenology; Therapeutical accompaniment; Hospitality; Psychopathology

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. CAPÍTULO 1:	14
Um assustador encontro com os impasses vivenciais na clínica do AT	
1.1. Entre saúde e doença, vida e morte, no cotidiano de trabalho clínico	14
1.2. Entre continuidade e ruptura: o caso Raul	18
1.3. Entre o singular e o universal: o quiasma dos <i>IpVs</i> na clínica do AT	21
1.4. Entre ser e fazer: pergunta e objetivo de pesquisa	24
1.5. Justificativa de pesquisa	24
2. CAPÍTULO 2: Aportes metodológicos	27
2.1. A experiência clínica radical de Minkowski como embrião do AT	31
2.2. O aspecto pessoal da Fenomenologia de Minkowski	32
2.3. Justificativa dos subsídios teóricos e do estilo linguístico da pesquisa	34
3. CAPÍTULO 3: Seis faces dos impasses vivenciais	38
3.1. Impactos físicos e sensoperceptivos	38
3.2. Sensação de impotência, desesperança e não saber	43
3.3. Fragilidade do lugar profissional do at	47
3.4. Estranhamento/questionamento das próprias representações	50
normal/patológico	
3.5. Desproteção, insegurança, medo	55
3.6. Interpenetração fusional	59
4. CAPÍTULO 4: Acompanhamento terapêutico: a clínica do impasse	64
4.1. Das estratégias de sustentação e atravessamento dos <i>IpVs</i>	64
4.2. Os <i>IpVs</i> como as vias de fato do Acompanhamento Terapêutico	75
REFERÊNCIAS	78

INTRODUÇÃO

O embrião desta pesquisa procede de uma inquietação pessoal, vivida por mim desde 2011, quando comecei a trabalhar como *acompanhante terapêutico*, em situações clínicas tão complexas e diversificadas quanto os tipos e graus de adoecimento das pessoas que venho acompanhando desde então. Seu nascimento, de fato, deu-se durante o VII Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico¹, quando constatei, temeroso e aliviado, que se tratava tal perturbação de algo inerente ao trabalho de todos os acompanhantes, e não só ao meu.

Ao dar-me conta do compartilhamento de tal fenômeno pelos colegas de profissão, minha solidão pôde ser acolhida, ao passo que meu ímpeto clínico ganhava propulsão para tratá-lo ao nível de uma pesquisa acadêmica. Como o próprio AT em seus primórdios, concebi-a, inicialmente, através do método psicanalítico (Barretto, 2012a), mas fui me dando conta de que tal objeto de estudo exigia outro caminho investigativo: o método fenomenológico.

Este fenômeno que me propus a investigar, denominei-o de *Impasses Vivenciais (IpVs) experienciados por acompanhantes terapêuticos*. Visando a uma introdução sucinta desta problemática, creio serem necessárias algumas palavras iniciais sobre o AT², o verbete "impasse" e o conceito de "vivência", entendido a partir da Fenomenologia.

Corolário dos fundamentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática europeias (Gonçalves & Benevides de Barros, 2013), o AT é um dispositivo clínico-assistencial específico que, na contemporaneidade, tornou-se central no tratamento de pacientes com as mais graves configurações psicopatológicas (Safra, 2014, 2012, 2009, 2008).

Seus germes surgiram na Argentina em torno das décadas de 60 (Acioli Neto & Amarante, 2013) e 70 (Chauí-Berlinck, 2010) do século passado, quando logo se enraizaram também em solo brasileiro (Antúnez, Barretto & Safra, 2011). No final de 1960, aparecem os primeiros **ats** no Brasil, à época encarnados na figura embrionária do *auxiliar psiquiátrico* (Chauí-Berlinck, 2010) ou *atendente grude* (Vilela, Silva & Oliveira, 2010), e, posteriormente, do *amigo qualificado* (Gonçalves & Benevides de Barros, 2013). Tratava-se, à época, de alguns psicanalistas que trabalhavam em hospitais e comunidades terapêuticas, os

¹ VII Congresso Internacional, VIII Congresso Ibero-americano e III Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico – Polifonia: as diversas vozes do AT. Realizado em 15, 16 e 17.11.2012 na cidade de São Paulo (SP). <http://siteat.net/2012/06/21/polifonia/>

² Ao longo desta dissertação, adotaremos a abreviatura proposta por Barretto (2012b): “AT” para Acompanhamento Terapêutico e “at” para acompanhante terapêutico(a).

quais começaram a acompanhar pacientes psicóticos em espaços extra-hospitalares (Acioli Neto & Amarante, 2013).

Na medida em que desospitalizados tais sujeitos, O AT foi configurando-se como "uma clínica que circula no e pelo cotidiano" (Pitiá, 2013, p. 75), fora das progressivamente extintas instituições manicomiais, ou mesmo do típico *locus* ambulatorial (Antúnez, Barretto & Safra, 2011). Norteando-se pela desinstitucionalização dos sujeitos e do próprio fenômeno da loucura (Chauí-Berlinck, 2012), o AT constrói-se como um dispositivo clínico de *enquadre aberto*, com capacidade de ação direta "nos âmbitos comunitário, domiciliar-familiar e cotidiano do paciente" (Dozza, 2012, p. 59).

No Brasil, embora haja surgido sob a influência do modelo argentino, "o dispositivo do AT se deparou com o Movimento Sanitário e com o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira" (Gonçalves & Benevides de Barros, 2013, p. 109). O AT brasileiro identifica-se com os princípios e diretrizes do SUS, penetrando mas também consolidando, num só ato, outros dispositivos e equipamentos de Saúde Mental, tais quais Centros de Atenção Psicossocial (Marques, 2013; Vasconcelos, Machado & Mendonça Filho, 2013; Gerab & Berlinck, 2012; Sereno, 2012; Vilela, Silva & Oliveira, 2010), Serviços Residenciais Terapêuticos (Faizibaioff, 2013; Oliveira, 2013; Sereno, 2012; Costa & Poli, 2010; Wachs, Jardim, Paulon & Mainieri, 2010; Cauchick, 2001) e Centros de Convivência e Cooperativa, os CECCOs (Hermann, 2010). Ao mesmo tempo, então, em que se constitui como uma modalidade clínica em si, o AT acontece como o próprio *articulador da rede de atenção psicossocial do sujeito* (Gonçalves & Benevides de Barros, 2013; Costa & Fonseca, 2013).

Gostaria, agora, de chamar a atenção à palavra *impasse*. Ela foi apropriada do francês, e encontramos os seguintes significados em 5 grandes dicionários de língua portuguesa e francesa consultados:

1) "situação aparentemente sem solução favorável; dificuldade insolúvel, beco sem saída; qualquer fato ou coisa que dificulta ou impede; embaraço, empecilho" (Houaiss, Villar & Franco, 2009, p. 1052);

2) "situação difícil de que parece impossível uma saída favorável; embaraço, estorvo, empecilho" (Freitas, 1999, p. 1081);

3) "situação embaraçosa, da qual é difícil sair bem; beco sem saída" (Michaelis, 1998, p. 1131);

4) "situação intrincada em que fica difícil uma boa saída" (Cunha, 1994, p. 426);

5) "atoleiro; posição crítica ou embaraçosa de onde não é fácil sair" (Azevedo, 1952, p. 819).

Percebem-se duas tendências de significado do verbete a partir das definições apresentadas. De um lado, o impasse revela uma situação já saturada, encerrada, frente à qual nem o maior ou mais milagroso dos esforços é capaz de reverter o fatal desfecho que se nos apresenta, justamente, como um impasse. Por outro, mais esperançoso, anuncia-se, sim, a possibilidade de atravessamento e superação da situação outrora considerada intransponível, mas sem que isso aconteça senão de forma penosa e repleta de consequências para quem se aventura por tais terrenos pantanosos: não se pode sair ileso do atoleiro.

E por que, finalmente, ousou falar em impasses **vivenciais**? Este ponto ficará mais claro a partir do Capítulo 2 desta dissertação, quando tratarei das facetas metodológicas da pesquisa. Desde já, entretanto, creio caberem algumas palavras a seu respeito.

A noção de vivência aqui utilizada advém da Fenomenologia, uma corrente de pensamento, surgida no século XX, que privilegia uma posição epistêmica a partir da qual se busca compreender o mundo pela via da *contemplação* dos fenômenos mesmos, descrevendo-se as diferentes formas como tais fenômenos se manifestam à nossa consciência (Dartigues, 1973). Este mundo é o mundo da vida - *Lebenswelt* - nosso universo mais originário, pré-reflexivo, avesso aos dualismos e outros produtos bidimensionais passíveis de serem criados por nosso pensamento abstrato, apenas, num segundo momento (Moreira, 2012).

Assim, as *vivências* referem-se a todos aqueles *fenômenos subjetivos* que habitam nossa interioridade, nosso mundo da vida: trata-se "das nossas percepções, imaginações, dos nossos sentimentos e desejos, dos nossos pensamentos, dos nossos atos valorativos e volitivos, do nosso engajamento prático e dos nossos interesses teóricos" (Fernandes, 2010, p. 29-30). É o próprio sonho, e não a interpretação posteriormente construída sobre ele; são nossas sensações e sentimentos de alegria, tristeza, raiva, medo, nojo, impotência, desesperança, tédio, desespero etc, e não o que eles secretamente estariam querendo (des)dizer, enganando-nos através dos órgãos dos sentidos. São *le cose stesse*, como aponta Edith Stein (Stein, 2005), discípula de Edmund Husserl (1859-1938), o criador da Fenomenologia e do método fenomenológico.

Pois bem, quando, então, refiro-me aos *IpVs* experienciados pelos acompanhantes, pretendo assinalar todas aquelas dificuldades, obstáculos, empecilhos, estorvos, embaraços, atoleiros etc. que nós, **ats**, experimentamos ao dedicarmos-nos ao acompanhamento intenso de pessoas com graves patologias mentais, os quais se nos manifestam no âmbito das vivências, isto é, de nosso mundo da vida. Por mais que tais impasses estabeleçam-se por uma série de condições de diferentes naturezas - físicas, psíquicas, existenciais, micro e macro políticas -

experimentamo-los ao nível da experiência sensível, o que nos permite *descrevê-los* e estudar as *diferentes formas como se nos podem manifestar*, tal como aparecem à nossa consciência.

E, ainda que os *IpVs* não impliquem, *necessariamente*, o encerramento de acompanhamentos, não passamos por eles ilesos ou isentos de consequências com as quais precisamos nos haver cotidianamente nesta prática clínica. Entre atoleiros e becos sem saída, talvez seja bem aí que o AT aconteça, extraído das situações de impasse suas falências e potências, tão precariamente previsíveis quanto um pensamento abstrato é capaz de antever.

Capítulo 1: Um Assustador Encontro com os Impasses Vivenciais na Clínica do AT

O homem encontra-se na fragilidade do entre: entre o dito e o indizível, entre o desvelar e o ocultar, entre o singular e o múltiplo, entre o encontro e a solidão, entre o claro e o escuro, entre o finito e o infinito, entre o viver e o morrer. (SAFRA, 2004, p. 24)

1.1. Entre saúde e doença, vida e morte, no cotidiano do trabalho clínico

Minha inserção profissional no campo do AT começou em 2011, logo após o término do curso de graduação em Psicologia. Necessitado de atividade laboral passível de geração de renda, ávido pela continuidade do acúmulo de experiência clínica iniciada nas disciplinas de atendimento da graduação e, especialmente, interessado na experimentação de modalidades clínicas em diferentes *settings* que não o tradicional consultório privado, ingressei no Programa de Aprimoramento Profissional da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. No caso, eu prestara o concurso público para a modalidade "Psicologia em Hospital Geral", e, uma vez aprovado, tive o privilégio de haver sido lotado no Pronto Socorro (PS) e nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de Urgência e Emergência do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (ICHC-FMUSP).

No primeiro dos próximos onze meses em que eu ficaria, por oito horas diárias, inserido em atividade de tamanha complexidade - e na qual, das 1850 horas totais, 85% destinavam-se à assistência direta de pacientes ali internados e de seus familiares - logo me chamou a atenção o tamanho do novo "*setting*" de atendimento: tratava-se de 52 leitos e cerca de 50 macas distribuídas pelos corredores e alas de observação do PS, além de outros 65 dividindo-se entre enfermarias de retaguarda cirúrgica e de clínica médica. Outros 26 leitos de UTI de clínica médica e 51 de emergência cirúrgica completavam a estrutura do PS/UTI (De Rossi, 2008), sendo tudo isso distribuído entre cinco andares nem sempre contínuos, aos quais o acesso era feito por elevadores distintos e com lógicas de funcionamento a princípio tão ininteligíveis que, às custas de muitas dores nas pernas, eu optava por intermináveis passeios de escada para chegar até meus pacientes.

Mas o que "demandavam" tais pacientes? Diferente dos de consultório, quem encontramos com hora e local marcados, e, nos casos mais fortuitos, portam queixas mais ou menos definidas, aqueles que atendemos numa unidade hospitalar de urgência e emergência de alta complexidade experimentaram os mais lesivos agravos à saúde. São, por exemplo, pessoas vítimas de acidentes automobilísticos, cujos membros superiores e/ou inferiores

foram amputados antes mesmo que atingissem um nível de consciência suficiente para disso darem-se conta, quando então acordam numa UTI gelada, mal-cheirosa e orquestrada pelo ritmo mórbido do maquinário de mensuração dos seus sinais vitais; ou indivíduos diabéticos que, por "não haver aderido ao tratamento médico anteriormente proposto" - e como o tema da adesão ao tratamento impera na e prolifera-se da instituição biomédica - hão de ser internados em caráter de urgência, devido à falência súbita de funções sensoriais, metabólicas ou motoras; também encontramos taxistas cujos rostos, devido ao assalto sofrido na noite anterior, foram desfigurados a tal ponto que seus filhos, agoniados do lado de fora da enfermaria, talvez tenham dificuldade em reconhecer-lhes; não raramente conhecemos pacientes com tumores em estágio avançado, os quais atendemos em um dia e, no próximo, já não mais sabemos se os encontraremos lá; também há pessoas cujas tentativas de suicídio não vingaram, e encontram-se desacordadas em alguma unidade do PS, sofrendo toda sorte de preconceito e maus-tratos silenciosos por parte de uma equipe de saúde que lhes julgam não merecedores de quaisquer cuidados, uma vez que "não valorizaram a própria vida" (sic).

Igualmente complexas eram as situações de seus familiares, muitos em estado de desespero. Assim os encontrávamos quando, por exemplo, eram subitamente informados, por telefone, que seu ente querido acabara de falecer, devido a um acidente do qual se inteiravam concomitantemente à sua fatal consequência, chegando desorientados ao PS. Costumávamos encontrar esses familiares nas portas das UTIs ou no setor da Assistência Social, em tamanho estado de agonia que as únicas ações terapêuticas possíveis eram interpretações de *holding* ou outras intervenções clínicas breves e pontuais (Saфра, 2003). A este respeito, encontrei importante respaldo na reflexão de Winnicott (1961/2012): "Em psicanálise, perguntamos a nós mesmos: quanto podemos fazer? No outro extremo, na minha clínica hospitalar, nosso lema é: qual é o mínimo que se necessita fazer?" (p. 264).

Totalmente imerso em tal ambiente, não tardou para eu começar a experimentar dificuldades e angústias no cotidiano de trabalho que estavam muito para além daquilo que, a princípio, eu manifestava em queixas e demandas como "mas eu não aprendi a fazer isto na faculdade", "quais referenciais teóricos podem embasar esta prática tão disruptiva?", "como lidar com a morte e a doença diariamente se eu nunca havia, sequer, entrado num hospital antes?". Eu estava disposto a ler uma enciclopédia operacional, caso ela existisse, mas desde o começo minha supervisora alertara-me: "aqui, você tem que aprender a atender atendendo". Sábias palavras. E assim fui me abrindo, aterrorizando-me, desesperando-me, adoecendo... O *bebê sábio* (Ferenczi, 1931/1992) começava a despencar, uma assustadora queda no *buraco negro*, para utilizar-me da metáfora de Juliano Pessanha (2009), poeta e filósofo bastante

estudado no curso de formação de **ats** do HabitAT, no qual, recentemente, tive a oportunidade de concluir uma segunda especialização³.

Lembro-me de passar a sentir uma grande, perene e irremovível ansiedade, a tal ponto de perder o sono no domingo à noite, quando me dava conta de que, dentro de poucas horas, eu adentraria aquele pronto socorro para mais um dia percorrendo os desfiladeiros da doença e da morte. Diversas *vivências perturbadoras e aterradoras* se me apresentavam a partir de então, como pesadelos nos quais eu via-me preso e perdido dentro daquele monstruoso complexo hospitalar, devaneios a respeito de supostos tumores que estariam, silenciosamente, desenvolvendo-se dentro de mim, além de uma paralisante sensação de impotência frente ao alcance das minhas intervenções para poder, minimamente, fazer algo em relação ao imenso sofrimento daqueles pacientes e familiares. Diversas vezes *pensei em desistir*. Houve uma época específica, talvez no segundo e terceiro meses de trabalho, em que eu experimentava ilusões visuais a partir das quais via crânios e outros símbolos culturalmente representativos da morte a partir de estímulos ordinários, como manchas de vapor d'água nos vidros das janelas dos ônibus ou da minha casa. Aquilo me aterrorizava e fazia-me crer que eu iria enlouquecer, ou, no mínimo, *que não daria conta*. Houve uma vez, alguns meses adiante, em que interrompi um atendimento dentro da UTI de clínica médica devido a uma ânsia repentina que me fez vomitar ao lado do leito da paciente. As enfermeiras presentes rapidamente vieram ao meu socorro, e, depois de recuperar-me minimamente, lembro-me de ter ouvido de uma delas: "é difícil, né, trabalhar com esses pacientes?!".

Com o tempo, percebi que as maiores dificuldades apresentavam-se *antes* ou *depois* dos atendimentos, quando eu não me encontrava propriamente no ambiente físico do PS/UTI, mas em outros espaços da minha vida, sobretudo na vida onírica. Tratava-se de algo "*sobrança e transbordante*", como aponta Maduenho (2012, p. 45) a respeito dos impasses e vivências perturbadoras inerentes ao trabalho do **at**.

Embora, *tecnicamente*, considere-se esta modalidade de atendimento clínico no âmbito da Psicologia Hospitalar (CFP, 2007, p. 21-22), a inserção específica no PS/UTI levou-me a pensar que, *eticamente*, o trabalho ali realizado estava mais avizinjado aos fundamentos do AT. Defendo isso atentando não só à necessidade de o profissional ter de perambular e acompanhar o dia a dia dos pacientes naquele magnânimo espaço institucional, o qual se tornava seu ambiente cotidiano por vários meses. Tão ou mais característico deste trabalho

³ *Psicopatologia Contemporânea: as novas demandas do AT*. Curso ministrado pela equipe HabitAT de Acompanhamento Terapêutico, de Agosto de 2013 a Julho de 2014, em São Paulo (SP). Agradeço imensamente à Tania Possani e Marcelo Soares pela oportunidade.

clínico era o caráter urgente e emergente do sofrimento físico, psíquico, social e existencial de todas aquelas pessoas, em situações que denunciavam, explicitamente, a *precariedade* e o *mistério* inerentes à condição humana (Safra, 2008). A precariedade encarnada no fenômeno da *doença*, e o mistério, por sua vez, transfigurado na inevitabilidade da *morte*, situações com as quais o **at** há de lidar cotidiana e escancaradamente. Tais experiências geram, também para aqueles que acompanham o paciente, um grande *pesar*, uma sobrecarga proveniente da *lida direta com questões tão originárias*, frente às quais não é possível senão constatar a impotência de todo e qualquer saber prévio (Safra, 2012). E é este *pesar*, esta difícil sustentação de tais *vivências manifestas tão disruptivas* que, segundo Barretto (2012c), "possibilita a passagem da técnica para a ética" (p. 55), ainda que, como apontei na introdução, não saíamos ilesos destes atoleiros.

Assim, o atendimento diário a pacientes e familiares tão fragilizados implicou-me em plena atividade de acompanhamento, revelando-se a inserção do AT para além do campo da Saúde Mental, nas esferas Educacional, Judiciária e, no caso, da Saúde Geral (Barretto, 2012a).

Nos últimos meses desta experiência de um ano como **at** nas unidades de urgência e emergência do referido hospital universitário, eu encontrava-me especialmente abalado. À parte do desgaste aportado pelos impasses vivenciais relacionados à lida diária com o precário e o desconhecido, uma experiência pessoal interceptou minha embrionária trajetória clínica. Minha analista, à época, de chofre me anunciou que não mais tinha condições psíquicas de continuar atendendo-me, por estar passando por problemas pessoais específicos, os quais a impediam de acompanhar-me com a mesma implicação de outrora. Ela explicitou-me que alguns colegas sugeriram-lhe mentir para mim em relação a isso, dizendo, por exemplo, que não possuía mais horários compatíveis, que haveria de mexer na agenda, ou coisas do gênero. Ela, contudo, resolveu falar a *verdade*, e anunciou-me o final dos nossos encontros em uma sessão ordinária, fazendo o encaminhamento para uma colega de sua confiança.

Minha reação, no momento, foi péssima. Senti raiva, ódio, queria quebrar-lhe o consultório todo! Como assim? Por que eu? Como perderia aquele que era o meu principal *espaço de cura* (Maduenho, 2012), o qual me viabilizava dar conta, ainda que aos trancos e barrancos, das *turbulências e desarranjos vivenciais* aportados pelo trabalho de **at**? E quanto a todas aquelas questões biográficas e existenciais reveladas violentamente a mim por meio deste? Como poderia seguir *vivo, sano e desperto* (Winnicott, 1962/2011, p. 217) até o final de minha jornada pelos desfiladeiros da doença e da morte sem meu espaço de análise

peçoal? Ela reiterou que eu "estava sendo tema de muitas supervisões e análises", "que era a primeira vez que isso lhe acontecia"... Mais uma vez, assim como nos primeiros meses de contato com os horripilantes episódios no PS, questionei que nunca "havia visto isso na faculdade", isto é, esses casos que "não dão certo", que são "dispensados" pelos analistas porque eles "não dão conta". Ela assinalou-me isso ser muito mais comum do que se imagina. Incomum, ela continuou, é o *não-falar* sobre essas experiências de desencontro, de impasses, de dificuldades e turbulências vivenciais silenciosas as quais, muitas vezes, implicam de fato o encerramento de processos terapêuticos. Dificuldades insolúveis, *becos sem saída!*

Não que o fenômeno dos *IpVs* seja, então, exclusivo à clínica do AT. Além desta experiência pessoal em meu próprio processo de análise, a título de exemplo bibliográfico temos a obra de Rosenfeld (1988) - *Impasse e interpretação*. Isso mostra como os impasses estabelecem-se em todas as configurações do *setting* clínico, incluindo o consultório privado. Contudo, sobre o **at** recai maior pressão, devido à gravidade da condição psicopatológica dos casos atendidos (Maduenho, 2012), bem como à necessidade da formação, sustentação e articulação de redes multidisciplinares de atendimento. Os *IpVs* experimentados neste âmbito, portanto, são mais frequentes e violentos, razão pela qual, neste tipo de clínica, é essencial o *cuidado àquele que cuida*, como sugeriu um dos resultados da pesquisa de Chauí-Berlinck (2012).

Quanto à minha ex-analista, apenas alguns anos depois compreendi sua coragem e honestidade para comigo, mas, desde a grande surpresa que foi para mim constatar que aquela que me acompanhava também experimentava, silenciosamente, *IpVs*, começava a desenhar-se para mim a pergunta que originaria a presente investigação: *do que se trata e como experimentamos estes fenômenos subjetivos?* Digo, *estas vivências perturbadoras, desorganizadoras, estes impasses os quais, embora possam estar relacionados a uma série de fatores macro e micropolíticos, a nós se manifestam, impetuosamente, ao nível da vivência, do pré-reflexivo, na dimensão vivente da experiência sensível?*

1.2. Entre continuidade e ruptura: o caso Raul

No começo de 2012, findo o contrato de trabalho no PS/UTI e com o embrião deste questionamento borbulhando em minha interioridade, refugiei-me um semestre em Buenos Aires, realizando cursos quadrimestrais nas Asociaciones Psicoanalíticas Argentina e de Buenos Aires. Por meio destes, aprofundei meus incipientes conhecimentos em Winnicott, e

tive meu primeiro contato com André Green, focando em seu estudo sobre a problemática da psicopatologia fronteiriça (Green, 1972/2008).

Voltando ao Brasil, iniciei um trabalho de **at** dentro e fora de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Tratava-se de uma atividade nova para mim: implicava um esquema de plantões alternados, de 6, 12 ou 24 horas, em uma grande moradia assistida na qual residiam pessoas portadoras de graves psicopatologias, com diferentes faixas etárias e histórias de vida, após ou entre umas e outras internações psiquiátricas. Além da convivência cotidiana com elas dentro do residencial em si, fazíamos ATs fora da casa, pois os moradores eram livres para ir e vir, mas costumavam demandar a presença de algum dos **ats** da equipe para arriscarem-se na circulação pela cidade.

Topei o desafio de peito aberto, confiante por haver permanecido vivo, sano e desperto (embora nunca ileso) à experiência no PS/UTI. Também estava interessado em contemplar, ainda que tomando o devido cuidado para não perder de vista a singularidade de cada um daqueles moradores, aquilo que havia estudado na Argentina sobre os pacientes *borderline*: na ocasião de minha admissão na instituição, fui informado de que a maioria dos moradores que procuravam o serviço apresentava tal configuração diagnóstica. Sem haver feito nenhum dos tradicionais cursos de formação em AT, confiei em minha experiência pregressa no PS/UTI, e iniciei meu primeiro plantão em Setembro de 2012.

Foi aí que conheci Raul⁴, um jovem dotado e adotado por uma estupenda capacidade intelectual, já havendo passado por diversas internações psiquiátricas devido ao abuso de substâncias psicoativas e portador do famigerado *transtorno de personalidade borderline*. Como recentemente refletimos, a respeito das falhas básicas constatadas nos primórdios da existência deste paciente, desde muito cedo "produziram-se fraturas éticas ali mesmo onde não deveria haver mais que experiências mínimas que sustentassem a continuidade de sua constituição como *pessoa* no mundo dos homens" (Faizibaioff, Antúnez & González, 2014, p. 12).

Mas o que quero destacar, para os fins da presente investigação, foram as vivências perturbadoras em mim despertadas quando do encontro com os demônios de Raul, em uma noite aparentemente comum de um plantão de 24 horas no referido SRT⁵:

⁴ Nome fictício.

⁵ Para relatar minhas vivências perturbadoras em relação ao AT de Raul, utilizei-me, propositalmente, de artigos de autoria própria, já publicados em periódicos científicos ou como textos completos em anais de congressos. Faço-o não só por questões de bioética (pesquisa envolvendo, direta ou indiretamente, seres humanos), mas por sentir-me aparentado com a reflexão de Green (1972/2008) acerca do porquê os analistas escrevemos. Trata-se, para o autor, de uma necessidade fundamental,

Na calada da noite, gritos de horror me impellem a abandonar o conforto da minha cama de plantonista e solapar todo o cansaço acumulado depois de 16h seguidas de trabalho. Subo correndo para averiguar o que acontece com Raul. Encontra-se em seu quarto, recaído de álcool e cocaína, agitado e beirando o descontrole destrutivo. Sua voz se altera, pronuncia palavras num misterioso idioma, sua feição está distorcida. Eis o anúncio da angústia no registro do demoníaco, denunciando todos aqueles encontros significativos que não puderam se dar em sua história. Adicção farmacológica, ansiedade fronteira, sofrimento sem rosto! Frente à urgência e à emergência que revelam o impasse do dependente químico em estabelecer-se para além de sua toxicomania auto e heterodestrutiva, penso em como seria útil contratarmos John Constantine para nossa equipe. Acompanhante terapêutico ou exorcista? Que trabalho é este que me propus a fazer? (FAIZIBAI OFF, 2013, p. 4)

Não tardou para eu experienciar o *sobrante* e o *transbordante* em um nível jamais pensado a partir de então. Diante da crise aguda de Raul,

eu e o restante da equipe, na ocasião, conseguimos contornar a situação e acalmá-lo, sem necessidade de procedimentos extremos, tal qual a remoção psiquiátrica. No dia seguinte, fui a uma viagem pré-agendada à praia com uma turma de amigos, mas algo daquela experiência de contato íntimo com os demônios de Raul não cansava de não se inscrever em mim. Ele havia me comunicado profundamente, na noite anterior, a turbulência e o desfalecimento perenes que marcam a sua estada neste mundo. Impregnado dos elementos transbordantes e inassimiláveis desta experiência de acolhimento radical de sua alteridade, *enlouqueci*: coloquei-me, sem dar-me muita conta, a "apanhar" das ondas do mar, às quais me expunha sem qualquer reação, levando vários caldos e rasteiras na areias grossa (eu me encontrava numa praia de tombo, num dia de especial ressaca marítima). Eu emitia, entre um e outro caldo, "*gargalhadas horripilantes*".... Quando meus amigos viram-me naquela situação, vieram

uma condição *sine qua non* para darmos andamento às nossas próprias questões, tão mais profundas e violentamente despertadas quanto mais graves são os pacientes que acompanhamos. Assim, haver escrito estes trabalhos sobre tal caso, ainda que sob diferentes recortes, foi já uma maneira de dar conta das turbulências e impasses vivenciais que se me apresentaram durante os primeiros anos deste AT.

imediatamente ao meu socorro, talvez só não mais assustados do que eu mesmo com tudo aquilo. (FAIZIBAIOFF, 2014, p. 342-343).

Na mesma semana eu voltaria correndo para a análise, muito, mas muito aterrorizado com esta nova experiência, com tamanhas *loucuras privadas* (Green, 1972/2008), as quais, agora, tornavam-se manifestas. Tal enlouquecimento, inédito e inaudito, parecia a mim haver sido despertado para nunca mais adormecer, e eu me sentia *extremamente sozinho* na lida com todas estas turbulências e impasses vivenciais no trabalho de AT com Raul. E lá estava eu, novamente, cara a cara com o buraco negro (Pessanha, 2009), pensando em desistir, ou, ao menos, diminuir drasticamente o número de horas de AT com este paciente - estávamos nos encontrando, à época, cerca de quatro vezes por semana, duas das quais dormíamos sob o mesmo teto, na referida instituição. Este foi um período durante o qual me senti febril quase todos os dias, o dia todo, mas o termômetro de mercúrio nada acusava. Ademais, sonhos sinistros visitavam-me constantemente quando dos meus plantões noturnos no SRT, envolvendo a forte sensação de algum crime hediondo haver ocorrido naquela casa, num passado não muito distante e à espera de ser revelado através de caminhos enigmáticos e não pouco macabros.

1.3. Entre o singular e o universal: o *quiasma* dos *IpVs* na clínica do AT

Eis, então, que fui despreziosamente a um evento científico, o VII Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico, organizado pela AAT (Associação de Acompanhamento Terapêutico). Escolhi participar de um minicurso ministrado pela equipe do HabitAT - à época, com os colegas Tânia, Marcelo e Alexandre. Foi um episódio decisivo desta trajetória clínica e de pesquisa que apresento neste capítulo. Implicou, num só ato, ruptura e coesão significativas. Ruptura pois, por um lado, dei-me conta de que eu não estava *sozinho*, e que o fenômeno dos impasses e turbulências vivenciais na clínica do AT gozava de certa universalidade neste campo. E coesão, por outro, devido ao feito de eu haver conseguido amarrar e operacionalizar, finalmente, a minha questão de pesquisa, a qual norteou a presente dissertação. Explico.

Nesta mesa redonda foi contada uma anedota clínica de um **at** que se retirou de um caso por não haver mais nele suportado permanecer. O motivo do encerramento do AT não se deu, como muito comumente acontece neste tipo de modalidade assistencial, por uma internação psiquiátrica, ou pela interferência familiar negativa, ou mesmo pelo suicídio do

paciente e outras causas "externas". Tratava-se de um caso, depois vim a descobrir, que já havia sido publicado um ano antes, em *Acompanhamento Terapêutico: casos clínicos e teorias*, obra coincidentemente organizada por Andrés Antúnez, orientador da presente dissertação (Antúnez, 2011).

Em um dos capítulos, Piné (2011) apresenta-nos Daniel, um homem de 65 anos politraumatizado, com lesões neurológicas, deficiências sensoriais, déficits ortopédicos, alterações de pensamento, crises convulsivas e outras facetas sintomáticas que instigariam o maior dos psicopatólogos. O **at**, no caso, fora convocado para integrar uma equipe multiprofissional que já o acompanhava: psicóloga, fisioterapeuta, psiquiatra, neurologista, ortopedista e assistentes domiciliares. Na ocasião da entrada do acompanhante, o paciente sequer saía de casa, passando a maior parte do dia em sua cama, "poluída por papéis, livros, comida, sujeira, escova de dentes, tintas, pincéis, urina, dinheiro, e o que mais se possa imaginar" (p. 136).

O **at** descreve-nos suas inúmeras vivências de impasse ao longo dos três anos de acompanhamento de Daniel: náusea, raiva, experiência de abandono, aprisionamento, sensação de imobilidade, de haver sido torturado pelo paciente. Pareceu-me sumamente importante aquilo que sintetiza sob o título "O Colapso", quando descreve sua situação de impasse no contexto mais geral do caso, o da *rede* de atendimento ao paciente, a qual também foi esburacando-se ao longo do tempo. Optei pela citação direta para preservar a riqueza das palavras e da experiência vivente do autor:

Por alguma razão, não sobrevivemos a tudo aquilo. Ele [o paciente], eu e a equipe. Nessa época, uma psiquiatra, duas fisioterapeutas e uma acupunturista já haviam deixado o tratamento. A psicóloga que o atendia também já estava desanimada, e eu, extremamente extenuado. Por mais que falássemos disso nas poucas reuniões de equipe, não conseguíamos reverter o quadro. O efeito imediato nos atendimentos foi uma paralisia que durou cerca de um ano. Inicialmente, diminuimos o número de sessões semanais de duas para uma. Por fim, passamos burocraticamente a apenas assistir filmes e, raramente, fazíamos outras atividades. Eram encontros silenciosos, sonolentos, em que os raros momentos de vivacidade limitavam-se a conversas geradas a partir dos filmes a que havíamos assistido. Por fim, esgotado e não conseguindo pensar, comecei a faltar. As primeiras faltas eram ocasionais, depois começaram a ocorrer com maior frequência, até o momento em que faltava sem nem mesmo avisá-lo.

Daniel, no começo, incomodava-se e me ligava perguntando o que havia acontecido, mas depois fingia que nada estava acontecendo. No meu limite, fui ao atendimento determinado a interromper o tratamento, e essa foi a primeira coisa que lhe disse. Ele, que estava de cabeça baixa, acenou afirmativamente indicando concordar com a ideia, mas sua expressão suscitava muita pena. Eu continuei, dizendo que estava com minha agenda lotada, que tinha novos compromissos, falei do meu cansaço - ele me escutando, acenando afirmativamente e cabisbaixo -, até o momento em que pude lhe dizer que aquilo não era tudo, que na verdade *eu não suportava mais a sua presença...* Eu sabia que com aquelas palavras duras eu o respeitava. (PINÉ, 2011, p. 143)

Durante a referida mesa redonda, testemunhei, com os olhos arregalados e o coração apertado, a sensibilidade e coragem do autor para relatar, de forma tão honesta, seu impasse vivencial - o qual, neste caso, culminou com a saída do **at** do caso. A partir daí, não pude mais deixar, um minuto sequer, de perguntar-me: *mas o que, afinal, é isso? O que nos acontece que experimentarmos tamanhos desarranjos mentais e corporais? Como os experimentamos? Qual a natureza destes fenômenos de impasse?*

A realidade da prática, ilustrada no caso de Daniel, mostra o quão difícil é a criação e manutenção destas redes assistenciais. Muitas vezes o **at** encontra-se sozinho ou, no extremo, parcialmente sozinho, mesmo que por alguns períodos de tempo⁶. No caso de Raul, eu pude permanecer até hoje, talvez por estar bem acompanhado. Mas houve outro caso de AT, meses depois, do qual eu saí após um ano e meio, em condições parecidas com as que Piné (2011) relata. Encontrava-me completamente sozinho e, por mais que me esforçasse para articular uma rede, a gravidade da patologia do núcleo familiar deste acompanhado a implodia constantemente. Se o ambiente não ampara a mãe, ela não pode sustentar seu filho, e o bebê despenca (Winnicott, 1961/2012).

Assim, meu questionamento, aqui, buscou elucidar *a própria vivência de impasse*, os próprios *turbilhões vivenciais inerentes ao ofício do AT*, estes fenômenos subjetivos que ousou denominar de Impasses Vivenciais (*IpVs*). Creio ser, então, a hora de sintetizar a pergunta de pesquisa e o objetivo aqui propostos, baseados nesta profunda experiência clínica e pessoal vivida por mim em 5 anos de trabalho como **at**.

⁶ Abordarei mais profundamente este ponto no Capítulo 3, Seção 3.3, desta dissertação.

1.4. Entre ser e fazer: pergunta e objetivo de pesquisa

Interessado nestas *inevitáveis* experiências de impasse (Antúnez, 2011), naquilo que perturba a continuidade mesma dos acompanhamentos, decidi pelo seguinte questionamento para esta investigação: **como se manifestam, para os acompanhantes terapêuticos, os impasses vivenciais (*IpVs*), os quais, embora estejam relacionadas a uma série de fatores complexos - como a formação e articulação das redes de acompanhamento - se lhes apresentam ao nível da *experiência sensível*? De que forma este fenômeno é descrito pelos ats, tal como lhes aparece a eles próprios?**

Meu objetivo, para abordá-lo, foi **buscar e sintetizar, na literatura científica do AT, descrições de vivências e experiências sentidas como dificuldades, desafios, obstáculos, empecilhos, estorvos, embaraços, angústias, agonias, enfim, como tudo aquilo que perturba, desorganiza, convoca à experimentação de pensamentos, sensações, sentimentos, emoções e reflexões ante os quais os autores-ats, independente de suas abordagens teóricas de trabalho, reconhecem as principais adversidades da clínica do AT, adversidades estas que se lhes manifestam, fenomenologicamente, ao nível da experiência sensível.**

1.5. Justificativa de pesquisa

Embora o AT venha "se constituindo, ao longo dos anos, não só como uma modalidade de intervenção clínica, mas também como um campo de pesquisa" (Barretto, 2012a, p. 11), ainda assistimos à carência de publicações nesta área. Trata-se de uma "literatura ainda em formação, contando com algumas dissertações e teses acadêmicas e um pequeno punhado de livros" (Chauí-Berlinck, 2012, p. 41), além de cerca de 200 artigos publicados em periódicos científicos indexados (Benatto, 2014).

O AT começou a penetrar na Universidade recentemente, revelando-se a necessidade de estudá-lo em seus fundamentos⁷ (Antúnez, 2012). Benatto (2014) assinala que, a partir de 1995, houve um aumento significativo no número de defesas de dissertações de mestrado, teses de doutorado e de livre-docência envolvendo o AT nas universidades brasileiras, sendo que "35% das pesquisas *stricto sensu* foram defendidas no último triênio (2011, 2012 e 2013)

⁷ A respeito da inserção acadêmica do AT, pode-se pensar em uma dupla vantagem, em analogia àquela descrita por Safra (2001) sobre a legitimação institucional da Psicanálise na Academia, a saber: a oferta de novos paradigmas teóricos e epistemológicos para a produção do conhecimento acadêmico e a formação de novos ats.

e percebemos que ocorre um ápice de defesas em dois destes anos (2011 e 2012), apontando um crescimento para os próximos anos" (p. 31). Quanto à publicação de artigos envolvendo o AT em periódicos indexados, observa-se, também a partir de 1995, outro aumento que, embora não uniforme, sugere uma tendência em ascensão, revelando a atualidade de seu valor heurístico: 48,9% de todas estas publicações se deram entre 2008 e 2013, considerando os quase 30 anos levados em conta no levantamento sistemático desta literatura, operado recentemente por Benatto (2014) em relação ao intervalo entre 1985 e 2013⁸.

Dentre estes trabalhos acadêmicos, a tese de doutorado de Chauí-Berlinck (2012) trouxe importantes revelações no campo do AT. Nela, foi dada a voz a 9 **ats**, que falaram a respeito de diversas facetas de sua atuação clínica neste enquadre. Dentre os três eixos temáticos nos quais os discursos destas profissionais foram categorizados, encontramos o da "subjativação do acompanhante no discurso das **ats**" (Chauí-Berlinck, 2012, p. 55). Ao avaliar a dimensão da disponibilidade que é demandada do **at**, conclui-se, *neste âmbito mais próximo da prática clínica em si*, que "a atividade do Acompanhamento Terapêutico também deve ter um cuidado, o cuidado com o cuidador" (p. 165).

Contudo, a preocupação de sua investigação está mais voltada aos âmbitos sociocultural e teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica⁹. E, a despeito da importante revolução ideológica operada por estes na transformação das representações sociais da loucura, "a dimensão política estrita não contempla a radicalidade da loucura a ser cuidada" (Cruz, 2012, p. 23). Assim, faz-se mister a *construção de saber no âmbito técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica*. É justamente a contemplação desta necessidade clínica que justifica a presente pesquisa.

Entendo, finalmente, que este *cuidado com o cuidador* não pode furtar-se à investigação fenomenológica dos impasses vivenciais, enquanto aqueles fenômenos que os próprios **ats** descrevem como suas principais dificuldades, obstáculos e empecilhos encontrados no cotidiano de seu trabalho. Assim como um médico que, para poder intervir terapêuticamente junto a um enfermo deve, antes, conhecer minimamente as características e as formas de manifestação da doença que sobre este se instala, hemos os **ats** de compreender,

⁸ Ademais, pontua o autor que, neste mesmo período, o AT conquistou espaço não só na pós-graduação, mas também na graduação e nas atividades de extensão (Benatto, 2014). Neste sentido, o AT contempla o tripé ensino-pesquisa-extensão, proposto por Severino (2001) no que se refere à estrutura por excelência da instituição universitária.

⁹ De acordo com Amarante (1999), podem-se identificar quatro eixos implicados na Reforma Psiquiátrica: teórico-conceitual, jurídico-político, sociocultural e técnico-assistencial. É neste último que se insere a necessidade de construção e fundamentação de novos dispositivos clínicos de atenção à Saúde Mental, tal qual o AT (Cruz, 2012). E é também aí que a presente investigação inclui-se.

um pouco mais profundamente, do que se trata estes *turbilhões vivenciais*, os quais, se não implicam o encerramento dos casos acompanhados, ao menos lançam-nos nos mais tenebrosos e perigosos atoleiros.

Capítulo 2: Aportes Metodológicos

"A consciência da vida é superior à vida, o conhecimento das leis da felicidade - é superior à felicidade" - é contra isso que é preciso lutar! (DOSTOIÉVSKI, 1877/2013, p. 123)

Algo interessante que ainda experimento quando apresento a ideia desta pesquisa para muitos colegas é ser interpelado pela seguinte pergunta: "Ah, mas então você vai estudar a contratransferência dos **ats**, é isso?!". Não, não se trata de contratransferência. Antes, estou interessado em vivências "brutas", na *matéria prima* daquilo que poderá vir a ser considerado, na metapsicologia psicanalítica, uma vivência contratransferencial ou não. Explico.

Maduenho (2010), em sua tese de doutorado, estuda a dimensão do *intransferível* na Psicanálise contemporânea. À medida que os analistas foram se propondo ao tratamento de pacientes graves, muito longe do escopo da neurose, deparavam-se com a problemática dos chamados "elementos intransferíveis"¹⁰, isto é, daquelas vivências e experiências que não podem ser consideradas como transferenciais/contratransferenciais no rigor da metapsicologia, ainda que *elas não deixem de se manifestar* ao clínico que se propõe a acompanhar tais pessoas. Comportamentalmente, na situação clínica, estes elementos aparecem como atuações, projeções, possessões, somatizações, evacuações e compulsões por parte do paciente.

Caso eu me propusesse, então, a estudar a contratransferência dos **ats** em situações de impasse, haveria uma preocupação inicial de delimitar se, neste ou naquele caso, foi estabelecida ou não uma relação transferencial entre acompanhante e acompanhado. Muitas descrições de experiências vivas haveriam assim de ser descartadas, por não contemplarem esta condição metapsicológica específica: afinal, em se tratando de casos muito graves, como os que se atendem no AT (Maduenho, 2012), o que predomina é a vivência de elementos intransferíveis (Maduenho, 2010). *A rigor*, então, muitas vezes a transferência não se estabelece, e tais vivências disruptivas e desorganizadoras, os *IpVs*, não podem ser consideradas como experiências contratransferenciais, a despeito de sua fenomenalidade.

Como pontua Safra (2006a), o pesquisador é livre até o momento em que escolhe o seu objeto de estudo. Depois disso, é o método que deve a este adequar-se, e não o contrário.

¹⁰ A título de exemplo, o autor cita os elementos beta de Bion, os interjetos de Bollas, a incorporação de objetos em estado de cripta de Abraham e Torok, as cisões e o superego arcaico de Klein, o não transicional e as angústias impensáveis de Winnicott e os processos de clivagem e o traumático em Ferenczi (Maduenho, 2010).

Por isso, ao delimitar meu objeto de estudo - os *Ips* - eu necessitei de um outro caminho que não o método psicanalítico, ainda que tivesse, e talvez ainda tenha, maior familiaridade com esta abordagem teórico-epistemológica no âmbito da clínica.

Dei-me conta, por meio desta reflexão, que o caminho mais apropriado para esta investigação seria então pelo *método fenomenológico*, o qual visa diretamente às vivências do *observador/pesquisador*, experienciadas quando da contemplação dos eventos que se propõe compreender (Dartigues, 1973). Não há qualquer preocupação, para o fenomenólogo, em analisar ou explicar estas vivências, classificá-las como contratransferenciais ou não, por exemplo; antes, todo o esforço volta-se, "simplesmente", para analisar e descrever de que maneiras elas se manifestam aos sujeitos, tal como lhes aparecem espontaneamente e marcam-lhes os órgãos dos sentidos. Fernandes (2010) explicita o porquê de eu haver colocado o advérbio *simplesmente* entre parênteses:

A fenomenologia é o ver simples do que é simples. Cometeríamos, no entanto, um engano, se pensássemos ser fácil o simples. O simples é o mais difícil, pois exige de nós uma verdadeira conversão do olhar: exige que descubramos, na pobreza daquilo que desprezamos, uma fonte inesgotável de riqueza. O simples é por nós tão desprezado que nem mesmo entra na conta daquilo que, ostensiva e conscientemente, desprezamos. Passa-nos despercebido. Nós o ignoramos. (p. 29)

Em uma das cartas enviadas por Rilke (2010) a Franz Xaver Kappus encontra-se, a meu ver, um "conselho" daquele a este cujo conteúdo, ainda que não o pretenda diretamente, ilustra de maneira peculiar esta faceta da contemplação fenomenológica. Na ocasião, ele adverte o jovem poeta: "Se a própria existência cotidiana lhe parecer pobre, não a acuse. Acuse a si mesmo, diga consigo que não é bastante poeta para extrair suas riquezas. Para o criador, com efeito, não há pobreza nem lugar mesquinho e indiferente" (p. 27).

Segundo Merleau-Ponty (1945/2006), o arcabouço metodológico da Fenomenologia repousa em uma *weltanschauung* distinta da psicanalítica. Para aquela corrente de pensamento, "o mundo já está sempre 'ali', antes da reflexão, como uma presença inalienável", e o caminho fenomenológico "consiste em reencontrar este contato ingênuo com o mundo", isto é, fazer "um relato do espaço, do tempo, do mundo vividos" pelos sujeitos (p. 1). A noção de *Lebenswelt*, enfatizada por Husserl na última fase de sua produção filosófica (Moreira,

2012), é o tema fundamental da Fenomenologia (Merleau-Ponty, 1945/2006), e implica, antes de tudo, que "o mundo não é aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo" (p. 14).

Ora, se no AT, como assinala Cruz (2011), trabalhamos com pacientes cujos modos de estar no mundo orbitam muito mais o campo das intensidades do que dos significados, a escolha de tal método parece mais harmoniosa para se estudarem os *IpVs*. Ela implica considerar que "o real é um tecido sólido, ele não espera nossos juízos para anexar a si os fenômenos mais aberrantes, nem para rejeitar nossas imaginações mais verossímeis" (Merleau-Ponty, 1945/2006, p. 6). E que fenômenos aberrantes são os *IpVs*!

Ontologicamente, não se trata mais de um sujeito-mônada, que experiencia o mundo através de variados e sofisticados mecanismos mentais (por exemplo, de identificação, projeção e introjeção), mas sim de um ser aberto, em devir, o qual, em sua abertura ontológica mesma, é **visitado** pelas mais diversas vivências e experiências mundanas (Safra, 2009). Humildemente, então, podemos **contemplar** e **descrever** tais vivências que se nos apresentam à consciência, da forma como se mostram a nós, operando "uma descrição direta de nossa experiência tal como ela é, sem nenhuma referência à sua gênese psicológica e às explicações causais que o cientista, o historiador ou o sociólogo possam fornecer" (Merleau-Ponty, 1945/2006, p. 1-2). Na descrição fenomenológica, abrimos mão da precisão causal/explicativa em troca do rigor e da fidedignidade com as quais "coletamos" nosso material de pesquisa (Oliveira & Tufolo, 2011). Segundo Edith Stein:

Acabo de mencionar o princípio mais elementar do método fenomenológico: fixar nossa atenção nas coisas mesmas. Não interrogar a teorias as coisas, deixar fora, o quanto seja possível, o que se tenha ouvido e lido e as composições de lugar que o próprio sujeito se faz para, da melhor maneira possível, aproximar-se às coisas com um olhar livre de preconceitos e beber da intuição imediata... Tudo isto soa muito a empirismo, mas não o é, se é que por "empíria" se entende somente a percepção e a experiência de coisas particulares. Com efeito, o segundo princípio diz o seguinte: dirigir o olhar ao essencial... Existe uma intuição do que a coisa é por essência, e isto pode ter a sua vez um duplo significado: o que a coisa é por seu ser próprio e o que é por sua essência universal. [tradução nossa] (STEIN, 2002, p. 33)

A postura fenomenológica implica, frente às manifestações constitutivas da vida humana, a colocação entre parênteses dos saberes e conceitos prévios do pesquisador, para

que se possam contemplá-las e compreendê-las em profundidade (Antúñez, 2012, 2006). Assentada neste fundamento, a noção de *Hospitalidade* revela a necessidade da suspensão de si no encontro clínico com o outro, a fim de compreendê-lo em sua alteridade, disponibilizando-se o *at*, assim, para uma desorganização, em maior ou menor grau, ao nível de sua personalidade empírica (Safra, 2009). Acredito que os *IpVs* estejam profundamente relacionados à Hospitalidade, pois, para acolher o outro em sua alteridade radical, hei de suportar os inevitáveis desarranjos que meus visitantes aportarão à harmonia pré-definida do meu lar. Não é fácil o que se passa ao anfitrião quando ele diz: "Entrem e fiquem à vontade!".

Quanto à questão das essências, Merleau-Ponty (1945/2006) esclarece que elas se tratam mais de um meio, e não um fim no método fenomenológico: "as essências de Husserl devem trazer consigo todas as relações vivas da experiência, assim como a rede traz do fundo do mar os peixes e as algas palpitantes" (p. 12). Desta forma, "buscar a essência do mundo não é buscar aquilo que ele é em ideia, uma vez que o tenhamos reduzido a tema de discurso, é buscar aquilo que de fato ele é para nós antes de qualquer tematização" (p. 13). Se num primeiro momento, então, o método implica a *descrição* fenomenológica, no segundo, é a *redução* - eidética/transcendental - que entra em cena. *Reduzir à essência é explicitar as relações entre as formas de aparição do fenômeno estudado anteriormente descritas*, as quais, ao mesmo tempo em que se manifestam às mais idiossincráticas subjetividades, revelam o universal inerente ao próprio fenômeno. Trata-se de um *entrelaçamento* entre singular e universal, que o mesmo Merleau-Ponty (1964/2005) denominou de *quiasma*.

Em outras palavras, diz-se que a intuição da essência de um fenômeno transcende suas manifestações particulares (Dartigues, 1973). Neste sentido, por exemplo, considerar a essência da esquizofrenia como uma brusca alteração na maneira de experienciar o tempo e o espaço vividos pelo sujeito relega as formas de manifestação da doença, isto é, seus inúmeros sintomas positivos e negativos, a um segundo plano de relevância para fazer o diagnóstico e pensar num norte de tratamento ao doente (Minkowski, 1927/2000).

Mas, para tal empreendimento, é mister assinalar que existem diversos fenomenólogos, e, diante da impossibilidade estrutural de uma redução fenomenológica completa e absoluta (Merleau-Ponty, 1945/2006), diversas fenomenologias. Se todas possuem em comum o projeto husserliano em seu ímpeto investigativo, de algumas ideias originais de Husserl distanciaram-se em maior ou menor grau.

Na presente investigação, interessa-nos um fenomenólogo específico de um grupo de médicos-psiquiatras, os quais, havendo aplicado o método fenomenológico ao campo dos transtornos mentais no início do século XX, delimitaram um novo campo científico de saber,

que não se reduz nem à Medicina, tampouco à Psicologia. Trata-se da Psicopatologia e, mais especificamente, da Psicopatologia Fenomenológica¹¹, tendo em Karl Jaspers (1883-1969) e Ludwig Binswanger (1881-1966), respectivamente, os seus fundadores (Moreira, 2011). Nosso autor é Eugène Minkowski (1885-1972).

2.1. A experiência clínica radical de Minkowski como embrião do AT

Já em 1923, o então jovem residente de psiquiatria Eugène Minkowski publicou um artigo no qual opera uma análise psicológica e fenomenológica de um caso de melancolia esquizofrênica, o qual acompanhara durante quase dois meses, dia e noite, no ambiente cotidiano do paciente (Minkowski, 1923/1970). Este acompanhamento deu-se em moldes formais e éticos bastante similares aos quais, 40 anos depois, fundar-se-ia o AT na América Latina (Antúnez, Barretto, & Safra, 2011). A respeito desta experiência, que também considero como um embrião do Acompanhamento Terapêutico, este psiquiatra, psicopatólogo e fenomenólogo de origem russo-polonesa revela:

Um caso fortuito, ou melhor, as vicissitudes da vida obrigaram-me a passar dois meses à cabeceira do leito de um enfermo. Estava constantemente, dia e noite, com ele. Não é difícil imaginar todos os inconvenientes que pode apresentar uma simbiose deste tipo, mas, por outro lado, esta cria ao espectador condições particulares que lhe permitem descobrir certos fatos que escapam, geralmente, à nossa atenção. (MINKOWSKI, 1923/1970, p. 15)

Em relação aos *inconvenientes que pode apresentar uma simbiose deste tipo*, o autor descreve algumas das *vivências perturbadoras e desorganizadoras* nele despertadas por esta radical experiência clínica: *agoniado* pela certeza manifesta de seu paciente de que, no dia seguinte, ser-lhe-ia outorgada uma mortal punição, Minkowski (1923/1970) *não mais consegue dormir*; sente-se *envergonhado e constrangido* quando o paciente introduz seus próprios filhos, que na época o visitaram e acabaram por conhecer o enfermo, naquela "maquinação tão desumana" que constituía seu delírio persecutório (p. 22). O fato de poder

¹¹ Recentemente, estudamos com mais detalhes como se deu a constituição histórico-metodológica deste campo do saber - a Psicopatologia e, mais especificamente, a Psicopatologia Fenomenológica e a Fenômeno-Estrutural. Não cabe, no escopo deste trabalho, reproduzir estas informações. Remeto o leitor interessado ao nosso artigo recém publicado sobre o tema (Faizibaioff & Antúnez, 2015, p. 43-45).

observar, *in loco*, a quantidade de dinheiro que o paciente gastava atuando este mesmo delírio deixa-o *espantado*, uma vez que, à época, Minkowski era apenas um assistente mal-remunerado a serviço de Bleuler (Allen, 1927/2000). O clima entre ele e seu paciente tornava-se, muitas vezes, reciprocamente hostil, de forma que Minkowski (1923/1970), a respeito destas vivências desconcertantes às quais está submetido o cuidador no acompanhamento prolongado de pacientes graves, sintetizou:

Não podemos conservar uma atitude médica 24 horas por dia; terminamos por atuar, a respeito do enfermo, igualmente às outras pessoas que o rodeiam. *Compaixão, doçura, persuasão, impaciência e fúria* sucedem-se assim alternadamente. De maneira que, nas circunstâncias precipitadas, não só observamos o enfermo senão que, ademais, temos a possibilidade de projetar a cada instante sua vida psíquica sobre nosso próprio psiquismo. É como se duas melodias radicalmente desarmônicas fossem executada simultaneamente e, apesar disso, se estabelecesse uma certa equivalência entre as notas de uma e outra. E isso nos permite adentrar um pouco mais que o habitual no psiquismo do enfermo. [itálicos nossos] (p. 17-18)

2.2. O aspecto pessoal da Fenomenologia de Minkowski¹²

Minkowski (1923/1970) percebeu, ao longo desta embrionária experiência como acompanhante terapêutico, que não é só a mera - ainda que rigorosa - enumeração e descrição dos sintomas psiquiátricos a via para uma compreensão mais profunda do sofrimento vivido dos pacientes. De acordo com os fundamentos da Psicopatologia Fenomenológica,

trata-se de descobrir, além dos dados objetivos e com sua ajuda, qual é a dimensão fundamental do *ser homem*, ou do *estar no mundo*, pela qual é definido o existente humano, que se encontra perturbada pela doença. É sobre o fundo dessa intuição - que o médico encontrará em si próprio e não no

¹² Este tópico foi por nós recentemente desenvolvido e publicado no artigo "O aspecto pessoal (ou vivido) em Minkowski como fundamento diagnóstico e metodológico da Psicopatologia Fenomeno-Estrutural". Para acesso na íntegra, cf. Faizibaioff e Antúnez (2015). Faço, aqui, apenas uma breve recuperação de seu conteúdo central, a fim de justificar a adoção da Fenomenologia de Minkowski como eixo subsidiário desta pesquisa.

quadro clínico - que poderão ser *compreendidos* os dados objetivos do diagnóstico. (DARTIGUES, 1973, p. 59)

A perturbação na dimensão ontológica sobre a qual se sustenta a essência da esquizofrenia, por exemplo, é descrita pelo psicopatólogo como uma alteração estrutural na forma como o sujeito adoecido experimenta o espaço e, sobretudo, o tempo vividos (Minkowski, 1923/1970, 1927/2000, 1933/1973). Em sua experiência, o devir encontra-se fechado, saturado pela certeza delirante e irremovível de um evento específico (como uma execução capital), e isso de forma permanente. A dimensão essencial da existência humana que, aí, encontra-se deturpada é a impossibilidade da vivência de um "futuro infinito de possibilidades, indefiníveis e imprevisíveis por essência" (Faizibaioff & Antúnez, 2014, p. 63).

Com este posicionamento, Minkowski (1927/2000) afastou-se de Bleuler, quem o influenciara sobremaneira no âmbito da prática psiquiátrica e psicopatológica. Para este, a essência do fenômeno mórbido esquizofrênico - o "transtorno gerador" - não reside na alteração do tempo vivido, mas na *esquize* (Spaltung) da personalidade do doente, encarnada no afrouxamento das associações e no descarrilamento do pensamento que se apresentam à observação clínica. Trata-se esta de uma concepção psicopatológica mais mecanicista, ou, no limite, que prescinde das *vivências despertadas no próprio clínico* quando da convivência com o paciente; consequentemente abre-se mão da própria relação interpessoal como eixo diagnóstico central.

Já em relação a Husserl, Minkowski (1997) dele se diferenciou pelo protagonismo que atribuiu à dimensão da *afetividade* como porta de entrada na Fenomenologia, deixando num segundo plano "a percepção com a intencionalidade que, na sua essência, ela [a afetividade] revelou" (p. 193). As vivências afetivas aportadas ao cuidador quando do encontro clínico com pacientes graves são os fenômenos mais importantes a serem levados em conta nesta perspectiva. A partir delas, desenha-se não só o diagnóstico, mas também as intervenções e o projeto terapêutico a ser desenvolvido, reduzindo-se a importância de classificações teóricas posteriores a respeito, por exemplo, da natureza contratransferencial ou não de tais fenômenos subjetivos (Faizibaioff & Antúnez, 2015). Afinal,

a fenomenologia nos convida a demorarmo-nos sobre os fenômenos a fim de precisar suas características fundamentais. Antes de conhecer a origem, nós devemos saber o que eles são, quais são os elementos que aportam, cada um

em sua especificidade, ao contexto geral da existência. (MINKOWSKI, 1966/1999, p. 456)

Finalmente, da filosofia de Bergson - cuja valorização dos *dados imediatos da consciência* (Bergson, 1888) fora fundamental na formação de nosso psicopatólogo de orientação fenomenológica - Minkowski também pôde discordar, num ponto crucial sobre a possibilidade ou não de acesso legítimo às vivências originárias do sujeito por meio da linguagem verbal. Pois

lá onde Bergson sustentava que o pensamento discursivo, que a linguagem, se mostrava incapaz de reproduzir estes "dados imediatos da consciência", Minkowski demonstra que se pode, pelo contrário, apoiar-se sobre ela para acessá-los; considera, assim, a linguagem como um dos mediadores essenciais de nossa função expressiva, e executará uma fenomenologia da linguagem, permitindo atingir principalmente as alterações do tempo vivido nos seus pacientes e, mais amplamente, as grandes linhas de abordagem desta no seio de cada uma de nossas individualidades (BARTHÉLÉMY, 2012, p. 95-96).

2.3. Justificativa dos subsídios teóricos e do estilo linguístico da pesquisa

Não só, então, pela experiência clínica radical de Minkowski (1923/1970), considerada como um paradigma do AT (Antúnez, Barretto & Safra, 2011), justifico a escolha deste autor como um *subsidiário* dos achados por mim apresentados nesta pesquisa. Também considere o fato deste psicopatólogo, como descrito no item anterior, ter desenvolvido uma Fenomenologia radicalmente humanista, cuja porta de entrada fora a afetividade e que considera a linguagem como um *organismo vivo* (Minkowski, 1933/1973), isto é, enquanto legítima via de acesso às vivências originárias daquele que sobre sua experiência escreve. Com estas atitudes, operou uma ruptura com seus mestres Bleuler, Huserl e Bergson, imprimindo sua marca pessoal ao campo de saber da Psicopatologia Fenomenológica.

Como minha formação no AT, conforme explicitado no Capítulo 1, sustentou-se também em Winnicott, este é outro autor cujas teorias e proposições clínicas entraram em diálogo com os dados levantados e apresentados no próximo capítulo. E, ainda que não possamos denominar o psicanalista inglês como um fenomenólogo *stricto sensu*, encontramos

não poucos trabalhos na literatura que operam um diálogo entre sua obra e a filosofia de autores centrais da Fenomenologia, como, por exemplo, Merleau-Ponty (Ayouch, 2012; Gurfinkel, 2001). Ademais, Aranha-Lima (2008) esclarece como a própria Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea é um campo do saber cujas referências teóricas "englobam desde autores seminais da psicologia fenomenológica (como Jaspers, Minkowski, Binswanger, Von Gebsattel, Tellenbach etc) e outros que com ela têm parentesco (como Kurt Schneider, Piaget, Winnicott e outros)" (p. X). Não se trata de grave desvio epistêmico, então, a apresentação de algumas ideias de Winnicott em uma pesquisa de cunho fenomenológico, ainda que esteja para além dos objetivos desta desenvolver este diálogo filosófico. Ademais, não esqueçamos que o psicanalista inglês também atendeu pacientes muito graves em condições extremamente radicais, tais quais os abrigos para crianças desalojadas de suas famílias devido aos bombardeios sofridos por seu país na época das Grandes Guerras (Winnicott, 2012).

Finalmente, a produção de Gilberto Safra também entrou no diálogo junto à destes autores internacionais. Sua relevância para o campo do AT foi especialmente abordada por Barretto (2012d). Ademais, por tratar-se de um autor *brasileiro*, considero imprescindível sua interlocução neste trabalho, o qual está voltado diretamente para as necessidades da Reforma Psiquiátrica e da Saúde Mental no Brasil. O rigor com que este autor estuda, dentre outras, a Fenomenologia e a obra de Winnicott, articulando-as com as mais graves e urgentes demandas clínico-assistenciais em nosso país, opera, a meu ver, uma verdadeira e necessária *antropofagia clínica*.

Assinalo o motivo de eu falar em todos estes autores enquanto *subsidiários*, *parceiros* ou mesmo *interlocutores* desta investigação. Ele relaciona-se com o fato de que, em uma pesquisa clínica como esta, teorias ou sistemas filosóficos só podem ser adotados como *subsídios*, e não enquanto *fundamentos*, pois o protagonismo teórico deve ser do próprio autor que empreende a pesquisa, cujo objeto nasce de sua própria e insubstituível experiência clínica (L.C. Figueiredo, comunicação pessoal, 2 de Outubro de 2015¹³). Assim, por exemplo, a abordagem da corporeidade na filosofia de Merleau-Ponty, por mais que se preste à compreensão reflexiva sobre os empreendimentos clínicos inaugurais de Winnicott, não está autorizada a substituir a experiência pessoal do psicanalista inglês. Pode-se convidar o filósofo, como um parceiro, a um diálogo com esta, mas não a suprimir inteira e meramente

¹³ Informação obtida no *Seminário de Pós-Graduação de Filosofia da Psicanálise do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP): Problemáticas filosóficas e o estudo da psicanálise na universidade*, realizado em São Paulo (SP), em 02/10/2015.

por meio de sua sobreposição com os aportes filosóficos daquele. Empreende-se, assim, um movimento epistêmico tanto de *rigor* quanto de *humildade*.

Portanto, no caso da presente dissertação, o protagonismo teórico deve do próprio autor, cuja vivência clínica pessoal, conforme descrita no Capítulo 1, levou à definição fenomenológica dos *IpVs* enquanto problemática de pesquisa. Na segunda seção do Capítulo 4, sintetizei minha contribuição autoral no que concerne à sistematização teórica dos achados apresentados no Capítulo 3, os quais, pela própria natureza da pesquisa qualitativa (Turato, 2005), já são aí apresentados em diálogo com os autores acima especificados, estes sempre enquanto meus *parceiros* clínicos e teóricos. Concomitantemente, descrevi minhas principais vivências de impasse ao longo destes 5 anos de inserção na clínica do AT, além das de Minkowski (1923/1970), referentes à sua experiência clínica embrionária anteriormente referida.

Antes de passar ao próximo capítulo, resalto que o uso da primeira pessoa do singular, ao longo de todo este texto, deve-se precisamente a estas questões metodológicas que acabo de assinalar. Recorro a uma **at** para subsidiar-me neste ponto:

Na bibliografia que conheci sobre o AT é recorrente o texto escrito em primeira pessoa e, quase em sua totalidade, o autor revela-se claramente. Mesmo com o uso de conceitos e termos técnicos, há sempre uma rememoração, a descrição de um atendimento em que o acompanhante é incluído com suas sensações e seus pensamentos. Acredito que isso revele uma das características fundamentais desse trabalho, que é a impossibilidade de ocultar a "pessoalidade" do acompanhante. Embora esse ocultamento nunca seja possível, ele é buscado, muitas vezes, em decorrência dos pressupostos teóricos que sustentam as práticas terapêuticas. (POSSANI, 2011, p. 207)

Ademais, a escrita fenomenológica, segundo Merleau-Ponty (1945/2006), é essencialmente uma questão de *estilo*, de dar vazão à *semântica pessoal* do autor. Neste sentido, lancei mão de uma linguagem mais literária, visando tocar o poético, ainda que em alguns pontos. O uso da *silepse de pessoa* enquanto figura de linguagem primordial, neste sentido, foi propositalmente adotado. Através desta, pretendi explicitar meu compartilhamento de diversas vivências de impasse descritas por outros **ats**, reconhecendo as formas como se nos manifestam no entrelaçamento entre o singular e o universal (Merleau-Ponty, 1964/2005). Assim, ao invés de dizer "o **at** sentiu-se extremamente desamparado e

amedrontado ante a necessidade do paciente em destituí-lo de seu lugar profissional", optei pela forma "os **ats** sentimo-nos extremamente desamparados e desprotegidos ante a necessidade do paciente em destituir-nos de nosso lugar profissional".

Busquei vivências de impasse em diferentes lugares da literatura do AT: artigos publicados em periódicos científicos indexados, capítulos de livro e artigos divulgados em revistas de outra natureza. Foram considerados os discursos dos acompanhantes (1) quando eles próprios descrevem ou citam como se sentiram e o que pensaram durante o acompanhamento de pacientes graves, (2) nas ocasiões em que falam das experiências de outros **ats**, de forma que estes compartilharam-lhas em situações de supervisão ou discussão em equipe, e (3) quando falam do AT de uma forma geral, ainda que não se refiram a casos específicos, tanto próprios como de outrem.

Fui recortando estas descrições cuidadosamente e, em determinado momento do percurso desta pesquisa, notei que elas apresentavam certa *repetição* quanto à maneira como se manifestavam aos acompanhantes-autores. Tal conjectura projetou o esboço de 6 categorias de manifestação fenomenológica, construídas por saturação. Apresento-as a seguir.

Capítulo 3: Seis Faces dos Impasses Vivenciais

Se por "*positivismo*" se entende o esforço, absolutamente livre de preconceito, para fundar todas as ciências sobre o que é "positivo", isto é, susceptível de ser captado de maneira originária, somos nós que somos os verdadeiros positivistas. (HUSSERL, 1950, p. 69)

Apresento, neste capítulo, uma síntese de todas as vivências de impasse encontradas ao longo desta pesquisa, as quais revelaram 6 categorias de manifestação fenomenológica dos *IpVs*. A "coleta" encerrou-se na medida em que se foi notando a *saturação* das formas de aparição do fenômeno elegido como objeto de estudo, isto é, a repetição de experiências de natureza similar por diferentes acompanhantes, em diferentes situações de acompanhamento.

Concomitantemente, relato *IpVs* por mim experienciados dentro de cada categoria esboçada, bem como os de Minkowski (1923/1970), no exercício do AT. Trata-se, então, de operar *um diálogo* entre todas estas vivências disruptivas, de forma a responder à pergunta de pesquisa sustentadora desta investigação com maior rigor metodológico.

Alguns comentários teóricos dos autores elegidos como interlocutores estão intercalados às exposições descritivas, já que, em pesquisas qualitativas, a discussão dos resultados acompanha a apresentação dos mesmos (Turato, 2005). Ainda assim, preservei o máximo possível as descrições em si, deixando para o Capítulo 4 reflexões mais sintéticas e conclusivas sobre uma possível "essência" dos *IpVs*. O uso intenso de citações diretas justifica-se neste sentido, ainda que não quebrem a harmonia e a coesão geral da estrutura do texto.

Ressalto, por último, tratar-se de uma descrição que jamais pode atingir a perfeição, pois **não existe 100% de pureza em categorias empíricas**. Passemos, feitas estas ressalvas, a ver as seis formas como os *IpVs* se nos manifestam aos acompanhantes terapêuticos.

3.1. Impactos físicos e sensorceptivos

Ao propormo-nos a penetrar no universo cotidiano dos acompanhados, os **ats** encontramos-nos sujeitos a inúmeras dores, cores, odores e dissabores. As diversas configurações ambientais onde se dá o *fazer AT* estimulam e estressam nossa musculatura esquelética, e também podem excitar nossa capacidade tátil, auditiva, visual, gustativa e

olfativa no registro do desagradável. Tais vivências, então, não estão isentas de se nos apresentarem como impasses vivenciais.

Descrições de *cansaço físico* e *exaustão* não são raras entre os **ats**, em uma clínica onde se tornam rotina os imprevistos e as extrapolações das atividades inicialmente delimitadas pela dupla acompanhante-acompanhado (Dias, Breyton & Goldman, 1997; Farab, 1997). Desejamos, muitas vezes, *ir embora*, encerrar um AT muito antes de concluir alguma atividade anteriormente planejada, ou mesmo depois de ela haver estendido-se horas a fio (Farab, 1997). Isso quando não *nos perdemos* ou nos vemos *engarrafados* nas teias dos grandes conglomerados urbanos nos quais os acompanhamentos costumam ocorrer (Gerab & Berlinck, 2012), já que grandes deslocamentos são imprescindíveis no dia a dia do trabalho do **at** (Marco e Calais, 2012).

Encontramos relatos de *dores e lesões musculares* mais pontuais quando, por exemplo, o **at** propõe-se à prática de esportes com seu paciente, acompanhando seu ritmo alucinado (Leães, 2011). No extremo, descreve-se o risco à própria *integridade física* dos acompanhantes (Chauí-Berlinck, 2012).

Em minha experiência como **at** nas unidades de emergência e UTI de hospital terciário, referida no Capítulo 1, assinalo as constantes dores nas pernas resultantes da perambulação diária pelas intermináveis escadas que ligavam os 5 andares ao longo dos quais os pacientes encontravam-se internados. Também não me esqueço de um AT em que levamos, eu e outro colega, uma paciente para conhecer uma bela praia no litoral norte de São Paulo, retornando no mesmo dia para a capital. A dor em minhas costas aportada pelos 400km dirigidos só não foi menos intensa porque, ao adentrar a cidade, fomos recebidos por uma tempestade de verão que me exigiu triplicar a atenção ao volante, exacerbando minha tensão lombar. Chovia tanto, mas tanto, que um locutor de rádio alertava os motoristas: "atenção, o viaduto X está alagado! É isso mesmo, alagou o viaduto, mas não a avenida sobre a qual ele passa. Utilizem alternativas!". Alternativas?! Já não mais compreendia o que estava sendo falado... Quando, de soslaio, olhei para o banco de trás - crente de que a acompanhada estaria ainda mais assustada do que eu com todo o caos - flagrei-a dormindo profundamente.

E em se falando de conglomerados urbanos, nos quais o clima comporta-se de maneira tão ou mais enlouquecida que as pessoas que acompanhamos, ao pormos o pé na rua e circularmos pela cidade com nossos acompanhados, devemos estar prontos para enfrentar súbitos e desagradáveis episódios de *frio* ou *calor* extremos (Hermann, 2010). "Quase meio dia, o calor é de rachar" (Sereno, 1997, p. 50); "Era uma tarde de verão gaúcho, e isso significa muito calor" (Ulrich, 1997, p. 186), desabafam os **ats** sobre tais experiências.

Mas não precisamos, necessariamente, estar na rua ou a céu aberto para vivenciar essas fervuras e resfriamentos. Muitos pacientes que encontramos no AT, ao menos no início dos encontros, não conseguem sair da própria casa, do próprio quarto. E é comum os quartos de nossos acompanhados serem escuros, abafados e, em dias especialmente quentes, levar ao limite o desconforto e o mal-estar físico dos **ats** por neles haver de permanecer (Grupo Trama, 1997). No outro extremo do termômetro, uma **at** relata o caso de um paciente cujo hábito de manter o ventilador do quarto ligado na última potência, durante uma semana de muito frio, fazia-a sentir-se "completamente congelada" (Cassettari, 1997, p. 117). À impossibilidade declarada do paciente em atender seu pedido para desligar o aparelho seguiram-se outras facetas vivenciais limítrofes para a **at**, configurando-lhe um *IpVs* de proporções estanques:

Cheguei a tentar ficar ao lado do quarto, no corredor, mas não pude sustentar. O fato é que aquele lugar que eu ocupava era tão insuportável que congelei. Congelei com o seu ventilador, congelei com sua loucura e com meu enorme medo, que me paralisou e me impediu de criar, de operar desdobramentos, por meio de brincadeiras ou outro caminho. (CASSETARI, 1997, p. 117)

Também os **ats** sofremos lesões físicas advindas de manifestações comportamentais de nossos acompanhados, ainda que estas possam vir a revelar, num segundo momento, este ou aquele significado. Em aventuras clínicas cuja mera escuta não dá conta do recado, não podemos nos furtar às marcas deixadas pelos pacientes em nossos corpos (Serenio, 1997). Ao sermos xingados, desviarmos de objetos a nós atirados (Farab, 1997) e até agredidos por eles (Faizibaioff, 2013), concomitante à precaução de nos resguardarmos minimamente, tememos também pela integridade física daquele que nos ataca. E a situação parece ficar ainda mais difícil para os **ats** quando estamos na rua com tais pacientes, os quais, nestes momentos limítrofes, comunicam-nos sua raiva da forma mais primitiva possível (Logatti, 2011). A este respeito, diz a **at** sobre um de seus acompanhados:

Algumas vezes, fui agredida por ele; ele tinha uma incrível técnica de puxar os cabelos das pessoas: enrolava seus dedos nos meus cabelos e quanto mais eu queria me desvencilhar mais emaranhada ficava, depois puxava-os violentamente de um lado para o outro. Eram momentos de pânico, acredito que mútuo. (CASSETARI, 1997, p. 112).

Possani (2011), em sua experiência de AT com crianças autistas, relata um episódio semelhante, o qual sucedeu uma primeira vivência de *muita dor*, quando tivera seu braço subitamente mordido por uma acompanhada. A **at** conta que ficou presa pelos cabelos por um garoto, quem os agarrou com tanta força a ponto de ela haver pedido ajuda para dele conseguir desvencilhar-se: "*eu senti o desespero*" (p. 206-7).

Também uma manifestação amorosa por parte de nossos acompanhados pode impactar-nos fisicamente, quando Aguilar (1997), por exemplo, sente-se *estrangulado* pela força bruta com a qual seu paciente abraçava-lhe nos encontros de AT. Eu, durante dois ou três anos, acompanhei uma adolescente portadora de grave crise genética, associada com quadro autístico e explosões de agressividade. Ela já havia sido expulsa de duas escolas, a segunda delas por ter quebrado o braço de um professor que lhe tentou conter quando ela ameaçara bater em um colega. Esta paciente era, de fato, bastante alta e forte! Na ocasião deste AT, não faltaram situações em que por ela eu era empurrado contra a parede, esbofeteado repentinamente e, em praticamente todos os encontros, sufocado e lambuzado por seu forte abraço, acompanhado de viscosas lambidas e cuspes.

Já no plano sensoperceptivo, apresentam-se impasses vivenciais especialmente no registro olfativo. Não é incomum encontrarmos pacientes em precárias condições de higiene, independente se trata-se daqueles de classe média alta (Ulrich, 1997), que fazem da própria cama um dissociado mosaico de comida, lixo e urina (Piné, 2011), ou de pessoas em situação de rua, frente às quais nossos mecanismos burgueses de negação implicam outras formas de repúdio que não a meramente visual (Ramos e Majolo, 2012). Lembro-me, na minha época de **at** no PS/UTI, da dificuldade em lidar com o "cheiro de UTI" e, também, com o mau hálito de muitos dos pacientes que atendia, algo que se repetiu em outros acompanhamentos de pacientes psicóticos, com lesões neurológicas e em condição de extrema vulnerabilidade social.

Uma ilustrativa dificuldade vivencial desta natureza é relatada por um acompanhante quando se refere ao AT de uma paciente de 32 anos, portadora de obesidade mórbida, deficiência visual e transtorno bipolar, a qual chama de "Lua":

No segundo encontro, proposto para a casa de Lua, quando cheguei me deparei com um lugar escuro, úmido, sujo, com cheiro nauseante. Lua tinha três cachorros, e eles faziam suas necessidades pela casa toda, inclusive em cima do sofá e das camas. Ao entrar no quarto a sensação de mal-estar era ainda pior, pedi para que ela abrisse um pouco a janela, ao que ela respondeu: “não

gosto de sol e claridade, prefiro ficar no escuro, vou acender a luz, pode ser?"
(CARNIEL & PEDRÃO, 2010, p. 66)

Além destes *cheiros azedos* que, nas ocasiões menos infortunadas, entopem-nos os narizes (Porto, 1997), nossos olhos assistem a cenas bizarras. Como os do **at** cujo acompanhado costumava frequentar compulsivamente um cinema pornográfico no centro de São Paulo, e aquele se via obrigado a testemunhar, além das inúmeras cenas explícitas no telão, pessoas desconhecidas masturbando-se à sua volta (Braga Neto, 1997). Voltando às casas e quartos de nossos pacientes, afeta-nos a falta de luz ocasionada pela situação de escuridão das janelas frequentemente fechadas (Berger, 1997), chegando a nos causar vertigem (Deus, 2011). Uma outra **at**, neste sentido, refere haver sentido-se entre *escombros* durante o tempo em que acompanhava uma paciente dentro de sua casa, chocada pelo testemunho ocular do nível de desorganização e bagunça na qual se desenrolava sua existência cotidiana (Della Torre, 2011).

Quanto às vivências auditivas, já assinalei as agressões verbais que nossos acompanhados muitas vezes nos dirigem. Certa vez, um deles gritava tanto comigo, tentando culpabilizar-me por tudo aquilo que não acontecera em sua vida, que me vi virando as costas e abandonando nosso encontro depois dos primeiros quinze minutos. Para conseguir me reencontrar com o timbre de sua voz, o qual ficara estalando dentro dos meus tímpanos por 2 dias, foi necessário um grande esforço pessoal. Curiosamente, este mesmo paciente levou-me a experimentar o pior café que já tomei na vida, o qual ele insistia em servir todas as vezes em que eu ia até sua casa. Era uma espécie de água fétida e turva onde, misteriosa e imprevisivelmente, algumas partes eram frias e outras quentes. Hoje, penso que este horroroso café, responsável por meus *IpVs* a nível gustativo, representava um aspecto importante de sua história de vida, a respeito de haver sido criado por uma mãe atormentadora, cujas variações de estado de espírito não se mostraram minimamente previsíveis e assimiláveis para seu filho nos primórdios de sua existência. Como assinala Winnicott (1960/2011), a mãe que verdadeiramente enlouquece é a das mudanças irregulares de humor¹⁴. E, acompanhando seus filhos, "muitas vezes, só o que nos resta é uma dor de barriga" (Possani, 2011, p. 212).

¹⁴ "Se o *self* verdadeiro chega a ser detonado e aniquilado, isso ocorre na vida do infante cuja mãe não só não foi 'suficientemente boa' no sentido exposto, senão que foi boa e ruim de uma maneira atormentadoramente irregular. Neste caso, a mãe, por causa de sua própria enfermidade, necessita causar e manter a confusão em quem está em contato com ela" [Tradução nossa] (Winnicott, 1960/2011, p. 191).

3.2. Sensação de impotência, desesperança e não saber

A sensação de impotência e de que nossos saberes, muitas vezes, pouco ou nada têm a contribuir na prática do AT com pacientes graves é frequentemente descrita pelos acompanhantes como um obstáculo não desprezível ao seu trabalho.

Tais vivências se nos manifestam ora mais pontualmente - "por um momento sinto-me impotente" (Gerab & Berlinck, 2012, p. 97) - ora de forma mais extensa, quando uma acompanhante, por exemplo, relata *não saber muito bem como agir* no início do AT com uma paciente portadora de síndrome de Down, descrevendo seu desconforto vivencial relacionado ao *desconhecimento de qual caminho seguir* na condução do processo terapêutico (Kibrit, 2013). Rolnik (1997) descreve este tipo de *IpVs* no extremo, ao sentir não saber "nem por onde começar" (p. 85) quando do início de um determinado caso.

Não que na prática clínica, de uma forma geral, estar frente a um paciente, às suas defesas, desconfiâncias e àquelas consequências de todos os encontros humanos que não puderam acontecer em sua história não implique, mesmo ao terapeuta no consultório, vivenciar a impotência e o não saber no cotidiano da práxis. Contudo, devido ao grau em que tais falhas e fraturas, sobretudo nos cuidados iniciais, manifestam-se na vida dos pacientes que encontramos na clínica do AT (Safra, 2012, 2009), tais vivências visitam-nos com diferentes intensidades e qualidades quando deixamos nossas familiares salas de atendimento.

A complexidade da situação física, psíquica e social dos acompanhados, aliada ao baixo alcance de qualquer sistema teórico previamente adotado em relação ao AT (Ulrich, 1997), leva-nos a situações de impasses nas quais não sabemos como agir e nem lidar com as inúmeras demandas a nós enveredadas (Lazzarotto, Carvalho & Becker, 2013). Não é incomum atribuímos isso a supostos lapsos em nossa formação (Rolnik, 1997), como se fôssemos *incompetentes* e, paralelamente, houvesse uma sofisticada preparação teórico-intelectual para dar conta do recado.

Às dificuldades encontradas nos momentos de saída com sua acompanhada portadora de deficiência mental, a qual não aprendera "sequer a comprar uma bala" ao final de 1 ano de AT, Gabanela (1997) associa a "necessidade de me instrumentalizar mais, de fundamentar o que fazíamos" (p. 206-7). Tal estado de coisas pode tornar o trabalho "chato, rotineiro e sem criatividade" para os **ats** (Gabanela, 1997, p. 206). Experimentei esse tipo de *IpVs* já na minha primeira experiência como **at** no PS/UTI, conforme relatei no Capítulo 1. Na ocasião, fantasiava com um dossiê operacional sobre *como fazer* este tipo clínica, de que maneira

proceder frente àquelas situações completamente diversas das encontradas no *locus* ambulatorial. Naturalmente, este manual nunca existiu.

Mas não só pela via intelectual podemos encontrar-nos tentando dar conta destes dolorosos *IpVs*. Muitas vezes, caímos na ilusão de que será possível aplacar *toda* a angústia de nossos acompanhados (Chévez, 2012). Se não sabemos por quais caminhos seguir, ao menos temos a certeza de que este é um dos quais jamais devemos adotar em nossas aventuras clínicas como acompanhantes terapêuticos. Pois o AT é um "trabalho artesanal, de investimentos e apostas" (Ramos & Majolo, 2012, p. 73), no qual acompanhamos pessoas com as mais graves configurações psicopatológicas já descritas, ou sequer ainda pensadas (Maduenho, 2012). Sentimos, frequentemente, que nossos pacientes não melhoram, não saem do lugar, e que, caso evoluam, paira no ar uma inexorável ameaça de regressão e recaídas bruscas a uma suposta "estaca zero". Silva e Silva (1997), por exemplo, relatam a realização de diversas reuniões de uma equipe de **ats** quando um paciente, cujo tratamento parecia estar indo bem, "regride" abruptamente e passa a ser internado repetidas vezes dali em diante. A sensação coletiva era a de "uma circular de culpas em relação ao que estava acontecendo" (p. 228). Travou-se um impasse relacionado com a vivência de impotência e a sensação de *tudo haver sido perdido*. Penso que, metaforicamente, tais vivências assemelham-se a uma abrupta imposição autoritária de um governo ditatorial que, com um ligeiro e pontual golpe de Estado, vem a anular importantes conquistas democráticas, alcançadas às custas de muito sangue e suor durante um extenso período histórico.

Certa vez, ao adentrar em um caso de AT de um paciente fronteiriço e muito fragilizado, lembro-me da pessoa de quem partira a indicação, um antigo **at** do mesmo caso, ficar impressionado com o "tanto de coisas que eu havia conseguido fazer já nos primeiros encontros" (sic). Eu não entendia do que se tratava este julgamento. Afinal, eu não operara nada mais do que uma ou duas saídas pontuais em que levávamos sua filha brincar na praça da esquina, além de suportar sua perene desconfiança e agressividade para comigo. Mas eu sentia que nenhuma "intervenção" estava sendo feita, que nada estava acontecendo, assim como um outro **at** cujo acompanhando negava-se constantemente às suas propostas de saída: "eu sentia que não estava fazendo nada, sentia que o acompanhamento não estava funcionando, havia de sair, tinha que trabalhar estas coisas que eu estava vendo" (Romero e Sacadura, 2013, p. 49). Vivenciamos *incômodo* em tais situações, por sentirmos que *não estamos conseguindo cuidar de nossos pacientes* (Gonçalves, 2011). Quanto à fala deste colega que me indicara o referido caso de AT, só dois anos depois pude compreender o que ela dissera: tratava-se, mais uma vez, do sábio e sensato assinalamento winnicottiano sobre o

quão pouco pode ser feito no trabalho clínico com pessoas portadoras de graves psicopatologias (Winnicott, 1961/2012).

Recentemente, em uma discussão de uma disciplina da pós-graduação na qual eu apresentava o projeto desta dissertação, uma colega, que até então desconhecia o dispositivo do AT, perguntou-me: "mas o que faz um **at**?" Não soube responder. Pensei, na ocasião, que ao lidar com casos graves e cronificados, nos quais pequenos avanços conquistam-se com grau de esforço inversamente proporcional à facilidade com que se perdem (Dias, Breyton & Goldman, 1997), a maior tarefa do **at** seja lidar com suas próprias vivências de não saber, impotência e desesperança. Pois, visitados por tais experiências, hesitamos (Silva & Silveira, 2013), desanimamos (Rolnik, 1997), sentimo-nos sufocados (Kibrit, 2013), físgados (Lazaroto, Carvalho & Becker., 2013), imobilizados (Marques, 2013); no limite, mortificamo-nos (Piné, 2011).

Minkowski (1923/1970) descreve um *IpVs* desta ordem, na ocasião de sua embrionária experiência como **at**, referida no Capítulo 2 desta dissertação. Ao seu paciente, portador de melancolia esquizofrênica, o devir encontrava-se fechado, situação delimitadora de uma certeza manifesta e irremovível, a qual determinava o conteúdo de seu delírio: após serem-lhe introduzidos no ventre todo tipo de sujeira e lixo que encontrava em seu ambiente cotidiano - interpretação deliróide que o psicopatólogo denominou de "*Política dos Resíduos*" - ele ainda seria esquartejado em praça pública, num macabro ritual masoquista. O jovem e ávido residente de psiquiatria tentou, então, intervir. A cada noite, quando o paciente dizia-lhe que no dia seguinte aconteceria sua tão temida execução capital, Minkowski assinalava-lhe como esta não ocorrera em nenhum dos dias anteriores, contrariando, com dados de realidade, a convicção deliróide do enfermo. Buscava, com isso, demonstrar-lhe a falta de correspondência lógica do conteúdo de seu delírio, visando, ingenuamente, removê-lo. "Mas a mesma cena repetiu-se no dia seguinte, e nos sucessivos. Depois de três ou quatro dias **eu havia perdido toda a esperança**, enquanto ele não havia mudado em nada sua atitude" [grifos nossos] (Minkowski, 1923/1970, p. 23). A ausência de modificações mínimas no comportamento delirante do paciente, a despeito de todo o esforço e compenetração de seu acompanhante, abriu as portas para que a impotência e a desesperança o visitassem ao nível da experiência sensível.

Impotente e de *coração apertado*, outro **at** constata como sua paciente não respondia às suas propostas de jogo, sentindo ser "o trânsito que estava impossível" (Berger, 1997, p. 76). Algo interessante que, então, começa a ele manifestar-se é a vivência de *muita irritação*, sendo que sentimentos de raiva, irritabilidade e indignação são descritos, também, por outros

ats mergulhados em *IpVs* de impotência, desesperança e não saber: "naquele momento senti uma espécie de raiva, dela, da mãe, não sabia de quem!" (Gabanela, 1997, p. 215); "e quantas vezes nessa circulação não nos dissemos quase indignados: 'esse cara teria de sair de casa'; 'seria tão legal se ela conseguisse morar sozinha'; ou, ainda, 'do jeito que funciona essa família, vai ser muito difícil fazer alguma coisa'" (Dias, Breyton & Goldman, 1997, p. 144); "como nada que eu falava parecia alterar a postura de Bia, sinceramente, comecei a ficar irritada e sem jeito!" (Farab, 1997, p. 293). Sobre o mesmo paciente melancólico-esquizofrênico, descreve Minkowski (1923/1970):

A "política dos resíduos" evidentemente ocasionava grandes gastos. Tirar do seu caminho todos os pedaços de fio e vidro para logo recolhê-los; comprar todas as revistas; publicar livros. Quanto dinheiro deve custar isso tudo! Seguramente deve ele ter realizado uma subscrição em toda a França e recorrido aos fundos secretos do Ministério. (p. 21)

Penso que seu espanto e indignação em relação à quantidade de dinheiro gasta pelo paciente na atuação de seu delírio não foi fruto, apenas, do fato de que Minkowski era, à época, apenas um assistente mal-remunerado a serviço de Bleuler (Allen, 1927/2000). Se atentarmos à *ironia* contida no final do trecho citado, podemos especular que o psicopatólogo experimentou vivências de *irritação* associadas à impotência e ineficácia de suas intervenções. Como destaquei acima, suas diárias tentativas de demonstrar ao enfermo a falta de correspondência de suas rígidas convicções com a realidade compartilhada eram como vermes frente à magnitude colossal do quadro mórbido com o qual lidava. Seus gastos excessivos, dia após dia, apenas deveriam ressaltar, para Minkowski, suas vivências de impotência e desesperança frente a um caso tão grave e cronificado. Pé no atoleiro!

Confesso sentir-me aliviado ao constatar que tais vivências de raiva e irritação, enquanto fenômenos secundários da sensação de impotência, desesperança e não saber, não são apenas minhas. Mais ainda: nas diversas vezes em que senti muito ódio de alguns acompanhados - defrontando-me sobre como, no AT, mudanças são "difíceis de acontecer e permanecer" (Logatti, 2011, p. 104) - costumava julgar estas vivências associadas com uma suposta "fraqueza de caráter" por minha parte. Como era possível eu sentir *tanta* raiva e experimentar fantasias de retaliação deveras cruéis para com pessoas tão fragilizadas e que em cujo lugar, caso lá estivesse eu, talvez não conseguisse sequer tocar minimamente minha existência? Minkowski (1923/1970) deu-me o primeiro amparo ao assinalar que *todos*

experimentamos os mais profundos e disruptivos sentimentos de raiva quando acompanhamos intensamente pacientes graves, sobretudo nos moldes clínicos do AT. Hoje, concluo que não se trata de fraqueza de caráter do **at**, mas da própria *fragilidade dos encontros* que porventura se manifestam nesta clínica limítrofe (Della Torre, 2011).

Em suma, pacientes cujos modos de estar no mundo nos deixam "sem possibilidades de interlocução" (Grupo Trama, 1997, p. 125), cuja necessidade de boas experiências iniciais vai imediatamente de encontro à sua compulsão mortífera em destruir estes mesmos encontros fortuitos (Dias, Breyton & Goldman, 1997), cujos demônios nos invadem e desconstroem qualquer sentimento de estabilidade e firmeza com os quais visamos à tarefa de ajudá-los (Faizibaioff, 2013), eles fazem-nos ter a sensação de que, a despeito de toda a "infraestrutura clínica" que levantemos em seu entorno, os **ats** encontraremos-nos, sempre, "muito aquém da real dimensão e intensidade de suas necessidades" (Deus, 2011, p. 128). Algo como o choro agoniado e indecifrável de um bebê, que não cessa apesar de todas as nossas tentativas de aplacar suas necessidades, situação que talvez só nos deixe menos impotentes e com a sensação de baixo alcance de nossos saberes prévios do que aquela na qual o bebê sequer tem a capacidade de chorar.

3.3. Fragilidade do lugar profissional do **at**

Diferentemente de nossos irmãos argentinos, dos quais herdamos o embrião desta modalidade clínica, o AT não é uma profissão regulamentada em nosso país (Marco & Calais, 2012). Sua possibilidade de normatização institucional, tal qual ocorreu com a profissão de psicólogo nos anos 1960 (Lei nº 4.119/1962), é um ponto de acalentadas discussões entre os **ats** nos dias atuais (Chauí-Berlinck, 2012; Marco e Calais, 2012; Werneck Filho, 2010).

Neste âmbito, diversos **ats** descrevem o *preconceito* e a *desvalorização* vivenciados em relação ao termo "AT", os quais se desdobram em dificuldades como a resistência de muitas famílias em contratar e aceitar um trabalho ainda pouco conhecido (Marco & Calais, 2012), cuja duração tende a ser longa e os resultados, essencialmente, imprevisíveis (Farab, 1997). Mesmo quando as famílias aceitam a entrada do **at**, muitas vezes o retorno financeiro pode deixar a desejar (Werneck Filho, 2010; Dias, Breyton & Goldman, 1997). Sem falar nos calotes (Maduenho, 2012).

Se a falta de legitimação institucional da profissão, por um lado, contribui para a abertura polifônica do campo a diferentes áreas do saber, espaços de atuação e diversidade da

formação profissional dos **ats** (Barretto, 2012a), por outro “ainda não há uma mentalidade governamental interessada em incluir o AT na malha dos profissionais de saúde regulamentados” (Werneck Filho, 2010, p. 0). Paradoxalmente, quando inclusos em uma equipe multiprofissional – ainda que sem um vínculo empregatício legítimo – os **ats** descrevem suas dificuldades em assumirem a função de articulador principal entre as demandas da família, da equipe e dos pacientes (Marco & Calais, 2012). Não é raro sentirmo-nos coagidos a ocupar um lugar ao qual todas as responsabilidades são delegadas, constatando, em relação aos diferentes profissionais comumente envolvidos no projeto terapêutico de um caso grave, “pouca disposição ou despojamento necessários à ação interdisciplinar” (Pitiá, 2013, p. 78). Bezerra (2011), neste sentido, descreve sua "experiência de desolação" (p. 88) diante da piora drástica e abrupta de uma paciente, ocasionada por falhas de comunicação entre os profissionais componentes da equipe de atendimento.

Em instituições, os **ats** também vivenciamos importantes dificuldades ao tentarmos ora aplacar, ora problematizar as demandas institucionais (Kibrit, 2013). Isso quando não nos vemos capturados pela burocracia, a qual torna o trabalho desgastante e imbricado (Serenó, 1997). Quando eu assinalei, no primeiro capítulo desta dissertação, meu esgotamento ao término do trabalho de AT nas unidades de urgência e emergência de um hospital terciário, este não deveu-se apenas à gravidade dos casos em si ou ao final inesperado de minha análise. Tão ou mais importante foram diversas vivências de incongruências e abusos institucionais encarnadas nas condições de trabalho às quais estávamos submetidos.

Encontramos **ats** que relatam impasses associados à ausência ou, no limite, à restrição da equipe de atendimento do caso somente ao acompanhante e a um psiquiatra responsável pela prescrição medicamentosa (Freitas, 2013). Ou, como Piné (2011), em cujo caso destacado no primeiro capítulo desta dissertação, o **at** foi o único que “sobrou” na malha de atendimentos do paciente, havendo todos os outros profissionais abandonado o caso.

Ora, muito se fala do AT não só como um dispositivo assistencial em si, mas como o próprio articulador da rede de atenção psicossocial do sujeito (Gonçalves & Benevides de Barros, 2013; Costa & Fonseca, 2013). Mas a experiência não cessa em demonstrar a grande dificuldade de articular, manter ou mesmo estar em rede. A "afobação comum nos encaminhamentos do AT" (Cruz, 2011, p. 165) faz-nos adentrar em casos graves nos quais, ao exemplo de Oliveira e Tufolo (2011), comumente os acompanhados já abandonaram a psicoterapia, as consultas psiquiátricas e a própria regularidade na correta tomada da medicação. E, caso não consigamos reconstruir, ainda que aos trancos e barrancos, uma rede de sustentação mínima para os pacientes, *despencamos*. Foi o que me aconteceu quando da

saída de um caso devido a um *IpVs* nesta ordem, o qual relatei no primeiro capítulo desta dissertação. Articulação corrompida, beco sem saída!

Ante estas dificuldades encontradas por nós já nos primeiros encontros com pacientes muito adoecidos, vivenciamos ansiedades tamanhas que nos fazem pensar ser melhor procurar qualquer outra profissão, como servente de pedreiro, por exemplo (Maduenho, 2012), além de constantemente sentirmo-nos perturbados com a sensação de que nossa jovem carreira clínica está inexoravelmente fadada ao insucesso (Cruz, 2011), quando não aos tribunais criminalistas (Possani, 2011).

A influência maciça da Psicanálise clássica nos primórdios do AT parece também contribuir para a emergência de *IpVs* desta ordem. A situação de análise em consultório, o *setting* tradicional, costuma ser visto como algo superior ao AT (Silva & Silva, 1997), como se este fosse tão somente um meio através do qual os pacientes poderiam, finalmente, tornar-se analisáveis (Leite, 1992). Muitos dos **ats**, em algum ponto de nosso percurso clínico, já nos vimos em questionamentos, por exemplo, sobre se "o fato de o paciente e o terapeuta se encontrarem fora do *setting* clássico não alteraria, e até inviabilizaria, a relação transferencial" (Barretto, 1997, p. 265).

Especialmente nos primeiros contatos do clínico com o AT, podem surgir dolorosas indagações desta natureza (Gabanela, 1997), as quais nos fazem sentir *menos, sub clínicos*, quando perguntamo-nos angustiados: *o que eu estou fazendo aqui?* (Bezerra, 2011, p. 86; Farab, 1997, p. 287). *Simplesmente acompanhando* não costuma ser uma resposta que alivia tal impasse, ao menos enquanto não nos damos conta e aceitamos o quão difícil é ver e permanecer com o simples (Fernandes, 2010), com o precário da condição humana (Safra, 2004).

Certa vez, uma colega perguntou-me quando eu iria, finalmente, "começar a *clínica* de fato" (sic). Não entendi a pergunta, pois, embora à época eu ainda não atuasse no consultório, já estava bastante envolvido com diferentes casos de AT. Ela assinalou, então, que se referia a uma suposta clínica *stricto sensu*, construída sob "o maravilhoso continente das quatro paredes", de forma a permitir a emergência da tão ansiada relação transferencial. Só não fiquei menos ofendido com tal questionamento por dar-me conta do reducionismo de seu pensamento, associando a amplitude fenomenal da Clínica, do *inclinarse sobre o leito*, exclusivamente com a prática ambulatorial, e, ainda mais grave, com os fundamentos da metapsicologia psicanalítica.

É que diferentemente da Psicanálise, ou de outras abordagens clínicas consolidadas institucionalmente, "a falta de sistematização teórica do AT resulta numa fragmentação de

nossa identidade e em uma falta de identificação que possa percorrer os diferentes grupos de **ats**" (Ghertman, 1997, p. 234). É sobre a dificuldade em lidar com a fragilidade do lugar profissional determinada por um dispositivo clínico tão pouco saturado epistemologicamente que falam os **ats**, ainda que nesta abertura polifônica resida sua própria potencialidade (Barretto, 2012a). Mazarina (1997), acompanhando pacientes graves em espaços de convivência, sintetiza este ponto:

Para os profissionais, quando se trata de medicar, interpretar, fazer entrevistas, oficinas etc., está perfeito; agora, quando não há mais essa referência codificada (que pode ser um *setting* dado desde fora ou desde dentro) e quando não se fornece um modo de ser, um continente dentro de um vínculo codificado, o jogo vincular com o paciente torna-se ameaçador. (p. 169)

Silva e Silva (1997) relatam vivências similares, quando do mergulho em um complicado acompanhamento, durante o qual se encontraram "em situações de impasse que impunham um questionamento diário de nossa postura ética no trabalho, que nos reafirmavam a não-possibilidade de se estabelecer um padrão, um método, para essa natureza de atividade" (p. 229). Paradoxalmente, contudo, à medida que tal empreendimento epistêmico vai sendo construindo no campo do AT - algo que é ilustrado pela revisão sistemática operada recentemente por Benatto (2014) - alguns acompanhantes experimentamos uma espécie de "fobia em nos apropriarmos desses instrumentos [teóricos] disponíveis em nosso meio, como se estivéssemos cometendo um ato de pirataria, usando esses 'bens' para fins ilegais" (Ghertman, 1997, p. 236). Difícil mesmo, pelo visto, é lidar com paradoxos. "Acompanhante terapêutico ou exorcista? Que trabalho é este que me propus a fazer?" (Faizibaioff, 2013, p. 4).

3.4. Estranhamento /questionamento das próprias representações normal/patológico

Dispondo-nos a perambular pelas ruas acompanhando "loucos", vemo-nos em situações inusitadas e embaraçosas, expostos ao olhar hesitante, curioso e porventura discriminatório dos transeuntes "normais", incluindo o nosso próprio. Tais vivências, descritas por muitos **ats**, constituem-se, num primeiro momento, como sensações de *estranhamento*, uma espécie de incômodo por depararmo-nos, cotidianamente, com o fenômeno da loucura e da doença mental de maneira tão íntima.

"Estar na rua com essas pessoas implica poder tolerar e sustentar olhares de estranhamento que invariavelmente recaem sobre elas e sobre quem as acompanha" (Grupo Trama, 1997, p. 122), relata um grupo de **ats** a respeito do acompanhamento de pessoas portadoras de deficiência mental severa. Já Berger (1997), acompanhando uma paciente portadora de síndrome de down, conta que *hesitaram*, ambas, em continuar comparecendo a um parque perto de sua casa, depois que diversas crianças "normais" demonstraram, repetidas vezes, rejeição e exclusão explícitas pela garota. Reagindo de tal forma, "não sofreríamos mais' o impacto da diferença difícil de ser processada" (p. 77), diz a profissional sobre a situação de impasse.

No fogo cruzado de tantos olhares, vivências de *vergonha* e *constrangimento* nos visitam constantemente (Porto, 2013). Farab (1997) relata como, ao acompanhar uma paciente durante um passeio com seu cachorro, "às vezes, via-me em situações ridículas, com coleiras nas pernas... tropeçando pelas ruas. Luck [o cachorro], literalmente, levava-nos passear... e, enquanto nos arrastava, tentávamos segurá-lo... Cheguei a cair um dia" (p. 289). Em outra situação, ante o comportamento inadequado da mesma acompanhada em uma lanchonete, a **at** sente-se "desconcertada" (p. 290), desculpando-se exasperadamente com todos os frequentadores do estabelecimento pela conduta da garota.

Minkowski (1923/1970) experimentou tais vivências em uma situação na qual seus filhos viajaram à Suíça, no período em que acompanhava, dia e noite, seu paciente portador de melancolia esquizofrênica. O enfermo acabou por conhecê-los, e não tardou para que os incluísse em seu sanguinário delírio de aniquilação: após introduzirem-se todas as sortes de lixo dentro do seu corpo, ele seria esquartejado em praça pública, e deste horrendo espetáculo participariam os filhos do psicopatólogo: "Quando meus filhos vieram visitar-me, fiz com que trouxessem com eles um porta moedas cheio de dinheiro; também estas moedas lhe seriam introduzidas no ventre. Que vergonha! Fazer meus próprios filhos participarem de uma maquinação tão desumana!" (p. 20). O desumano, aqui, testemunha sua difícil experiência subjetiva ante a contemplação radical da alteridade de seu paciente, a qual se lhe apresentou tão intensamente que, *num primeiro momento*, o cuidador não pôde se furtar a subtrair-lhe a própria humanidade. É como se dissesse, diante do *susto*: "isto é deveras estranho para ser considerado como algo inerente a um semelhante meu".

Vivências de tal ordem invadiram o jovem residente de psiquiatria quando desta sua radical experiência clínica. Vejamos como este estranhamento aparece, logo de cara, nas primeiras apreciações do acompanhante sobre seu paciente:

Desde o primeiro olhar sua vida psíquica se nos revela completamente diferente da nossa. Ao estudar seus delírios tal diferença nos parece tão grande para não tomar em consideração qualquer correlação entre as duas. Por um lado, o homem normal; no lado oposto, o indivíduo que perdeu a razão e delira. (MINKOWSKI, 1923/1970, p. 22)

Outra metáfora de que se utiliza o psicopatólogo, contrapondo sua "sanidade" à enfermidade mental do acompanhado, é a de *duas melodias radicalmente desarmônicas executadas simultaneamente* (Minkowski, 1923/1970, p. 17-8). Mergulhado nesta experiência de estranhamento, ele lança sua questão de pesquisa: "mas de onde seu psiquismo claramente aparta-se do nosso? Em que se mostra o psiquismo do enfermo radicalmente diferente do nosso?" (p. 22). Levando em conta, finalmente, seus estudos sobre a estrutura espaço-temporal das perturbações mentais - cuja síntese seria publicada 10 anos mais tarde (Minkowski, 1933/1973) - ele afina seu questionamento: "Qual é, então, a noção de tempo de nosso enfermo e em que ela se diferencia da nossa?" (Minkowski, 1923/1970, p. 23).

Trata-se, no caso, de um paciente dentre cujos sintomas encontram-se bruscas variações de humor, às vezes predominando o elemento depressivo-melancólico e, noutras, o paranoide-persecutório. Minkowski (1923/1970) reconhece no primeiro a única conduta de contato interpessoal que permanece em sua relação simbiótica com o enfermo, ainda que, devido à força com que se repetia sua lamúria mórbida, esta deixa de lhe comover, em absoluto, após algum tempo de acompanhamento. Já em relação ao seu delírio persecutório, na maioria das vezes em que se apresenta, o paciente atua-o furtando-se à acusação de outrem. Mas em outros momentos, contudo,

seu tom torna-se mais áspero, maldiz aos seus perseguidores, denuncia sua maldade e sua crueldade, excluindo-me de suas recriminações. O contato social já está então gravemente comprometido, embora permaneça, ainda, certa relação entre nós. Mas as coisas podem piorar ainda mais: então, me ataca diretamente, não pode tolerar minha perfídia. Por um lado, sou a pessoa mais amável do mundo, fora de sua família e, por outro, tomo parte ativa na terrível conspiração erçada para prejudicá-lo... **O desmoronamento já é total: permanecem, apenas, dois seres que não se compreendem em absoluto**, e, conseqüentemente, têm uma atitude reciprocamente hostil. Eu me irrita; sua ira traduz-se numa atitude completamente anti-social. Acusa-me das piores coisas

e põe-se a atirar no jardim, propositalmente, todos os fios e pedaços de fósforo que encontra. [grifos nossos] (p. 19-20)

No trecho em destaque, vê-se como a sensação de estranhamento chega-lhe ao extremo na experiência de acompanhamento. Desmoronamento, incompreensão absoluta, levando a uma situação de animosidade bastante difícil de manejar. É disso que se trata esta categoria fenomenológica de impasse vivencial, a qual, sobretudo no início dos casos de AT, acompanha-nos incansavelmente.

Andando pelas ruas, ademais, deparamo-nos com pessoas que podem invadir e perturbar a já frágil situação psíquica dos nossos acompanhados, com comentários inoportunos os quais, muitas vezes, respondem à ideologia da periculosidade do louco (Vasconcelos et al., 2013). Mas, também, isso pode partir de nossos próprios pacientes em relação às pessoas com quem esbarramos em nossas andanças, pois se trata de um enquadre aberto não só de fora para dentro, mas também de dentro para fora (Dozza, 2012). Neste sentido, lembro-me do constrangimento e da vergonha que eu passei, por diversas vezes, em acompanhamentos nos quais pacientes dependentes químicos apresentavam-se completamente entorpecidos nos encontros que empreendíamos em teatros ou outros lugares públicos. Houve um dia em que, na fila do evento, um deles começou a abordar todas as pessoas e interpelar-lhes: "o senhor sabe o que é esmegma¹⁵???". Eu já não sabia mais, a essa altura, onde enfiar a cara, e só consegui ficar completamente paralisado, rezando para que ninguém lhe agredisse. De fato, "o encontro com a diferença presente na loucura... é sempre instabilizador", aportando-nos uma "*sensação de entorpecimento*" ou, no limite, "de imobilidade" (Marques, 2013, p. 35).

Testemunhamos, na convivência com nossos acompanhados, modos bastante distintos e peculiares *de se estar-no-mundo*, de habitá-lo na medida de suas possibilidades. Daí o estranhamento, o constrangimento, a vergonha. Num segundo momento, entretanto, os **ats** passamos a *questionar as nossas próprias maneiras de existência* (Serenó, 1997). O estranhamento, a vergonha, o constrangimento, a desestabilização (Rolnik, 1997), a sensação de *desencaixe* (Minkowski, 1923/1970), quando conseguimos sustentá-los, dão lugar, então, a novas - e talvez até mais dolorosas - formas de manifestação deste tipo de impasse, que se nos apresentam, agora, como indagações do tipo: *mas quem é o louco? O que é normal e o que é patológico? Como pode ser considerado saudável aquele que se adapta e bem-funciona em*

¹⁵ Esmegma é uma secreção esbranquiçada, dotada de um cheiro desagradável, que se forma comumente ao redor da glande do pênis, consistindo numa mistura de células mortas, óleo e gordura.

um mundo deveras adoecido? Trata-se, a partir daí, de lidar com outro estranhamento, o "estranhamento dos que só podem ser 'loucos' se aproximando dos trânsitos em que os normais circulam" (Mazarina, 1997, p. 175).

Sobre esta interessante "transição", um **at** relata sua vivência quando estimula seu paciente a pedir informações para os transeuntes da rua, visando descobrirem o caminho para determinado destino almejado: "acho estranho aquele 'louco' adequado, educado e zeloso no trato com os informantes" (Pandjarian, 1997, p. 65). A partir de apercepções desta natureza, passamos à problematização de nossas próprias representações de saúde e doença, normalidade e loucura, "suportando a dor do inevitável turbilhão que isto implica" (Rolnik, 1997, p. 90). Podemos inferir que o próprio Minkowski (1923/1970) também experimentara, de alguma forma, tal faceta destes *IpVs*, descrevendo posteriormente como seu paciente, "às vezes, se comporta de forma inteiramente normal e participa das conversas comuns sem delatar para ninguém seu estado mórbido" (p. 18).

Certa vez, eu encontrava-me desesperado por uma situação pontual que se me apresentou de maneira brusca. Ao manifestar tal exasperação para um membro do meu sistema familiar, fui interceptado pelo seguinte discurso: "Danilo, têm vezes em que você fica tão ou mais enlouquecido que os pacientes que atende! Acalme-se! Imagine só, se eu tiver de contratar alguém como você para tratar de você mesmo?". Das indagações que daí surgiram, compreendi melhor a dor inerente a tal *IpVs*.

Vejamos como outra **at** descreve sua vivência de questionamento das próprias representações normal/patológico, sanidade/loucura. Ela fala, na ocasião, das marcas nela deixadas por uma acompanhada, Helena, a qual

costumava dizer que os loucos eram aquelas pessoas reconhecidas como sãs pela sociedade. Em nossos passeios pelo centro encontrávamos tanta normalidade ou loucura que ela dizia: "Que povo louco!". Isso nunca esqueci, e agora tento elaborar tais questões a partir da **lucidez e/ou loucura** que Helena me trouxe. [grifos nossos] (AFFONSO, 2013, p. 42)

Minkowski (1923/1970), depois de estranhar em absoluto a alteridade de seu paciente, vai reconhecendo como, durante certos momentos e fases difíceis de nossas vidas, todos nós, os "normais", também experimentamos vivências análogas àquelas relativas ao fechamento do devir e às convicções delirantes sobre um futuro inóspito e já saturado, do qual não mais podemos escapar. Ele assinala que "esta ideia também temos nós, levamo-na conosco, porque

somos todos, em um certo momento, condenados à morte quando nosso ímpeto pessoal debilita-se e o futuro se fecha diante de nós" (p. 25-26). É por isso que ele metaforizou não apenas ele e seu paciente tais quais duas melodias absolutamente desarmônicas executadas concomitantemente; mas era como se, "apesar disso, se estabelecesse uma certa equivalência das notas de uma e outra" (p. 17-8).

Creio que tais percepções são tão ou mais constitutivas de *IpVs* quanto o estranhamento, a vergonha e o constrangimento sentidos pelos **ats** num primeiro momento. Pois implica olharmos para nossa próprias partes adoecidas, operar uma verdadeira *redistribuição de loucura* (Moffatt, 1983), em harmonia com a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este parece ser o caminho imprescindível para a desinstitucionalização da loucura, sua meta última. Caminho este, contudo, não isento de atoleiros e becos sem saída, pois "a qualificação de 'louco' depende do nível de tolerância àquilo que é diferente, e quanto maior for a intolerância maior será a quantidade de gente qualificada como 'louca'" (p. 193). Trata-se, enfim, da dor de assumir e tolerar nossas próprias *loucuras privadas* (Green, 1972/2008), cuja profundidade nós acessamos tão escancaradamente no AT, justamente por causa das escancaradas *loucuras manifestas* de nossos acompanhados.

3.5. Desproteção, insegurança, medo

Como uma atividade mais exposta, fora das quatro paredes do consultório, estamos os **ats** mais propensos a sentirmo-nos *desprotegidos* (Werneck Filho, 2010). A ausência de respaldo legal e de um código de ética do AT, em nosso país, também contribui para a vivência de *insegurança* dos acompanhantes (Marco & Calais, 2012). E as inúmeras situações de vulnerabilidade social estruturantes de espaços com grande potencial de violência urbana, nos quais nos vemos circulando com nossos acompanhados, deixam-nos constantemente *amedrontados* em alguns atendimentos (Wachs et. al., 2010). Sentimo-nos, constantemente, na *linha de fogo* (Portela, 2012).

Neste sentido, Porto (1997) relata uma situação de acompanhamento na qual se viu grudado ao corpo de Greta, uma moradora de rua, a qual atravessava ruas sem ao menos olhar para os lados. Atemorizado, *teme por seus corpos*, e não entende como chega ileso ao outro lado da travessia. Trata-se do medo experienciado na circulação por uma cidade "vívda como perigosa" (p. 44). Adiante, durante o mesmo acompanhamento, o **at** relata haver percebido estar sendo assaltado por uma pessoa conhecida de Greta: "tremi quando ele desvendou o revólver, disfarçado sobre a jaqueta" (p. 46).

Fazendo AT, compreendi como diversas atividades básicas do nosso dia a dia - tais quais acordar num horário pré-programado, deslocar-se no tempo e no espaço com precisão e flexibilidade, preparar um prato qualquer para o almoço, ou mesmo atravessar a rua - só são possíveis porque *muita coisa já aconteceu em nossa história*, isto é, houve encontros humanos que foram bons e repetidos o suficiente para que pudéssemos apropriarmo-nos de cada pedacinho da realidade de forma razoavelmente confortável. Mas atravessar a rua, algo tão simples, pode se tornar um impasse quando estamos na posição de **ats**, ao lado de pessoas cuja vivência destes mesmos bons e repetidos encontros fora solapada por inúmeras experiências de ruptura e descontinuidade. Vejamos como se sentiu outro **at** em relação a isso, acompanhando uma paciente com tendências suicidas:

Lembro-me da aflição da primeira vez que fui atravessar a rua ao seu lado, e o pavor de que algo pudesse acontecer tomava conta de mim. Chegando à beira da calçada, meu impulso foi de segurá-lo pela mão, numa tentativa de manter a situação sob controle. (PETRI, 1997, p. 128)

O **at** é um nômade. Promove, junto aos seus acompanhados, *errâncias* pela cidade, um *andar sem destino*, aberto ao inédito, ao inaudito, ao singular (Rolnik, 1997). Nesta empreitada - eticamente distinta daquela do terapeuta cognitivo comportamental, que sai à rua com seu paciente visando a uma dessensibilização sistemática enquanto técnica rígida e fechada - não há garantia alguma de segurança, ninguém sai *ilesos*, isto é, "com o corpo livre de marcas". (Serenó, 1997, p. 53). Trata-se mesmo de uma *aventura*.

Quantas vezes temos de "enfrentar o trânsito paulista, escapando de fechadas e batidas, ao mesmo tempo em que mantemos uma certa 'atenção flutuante' em relação ao sujeito que pragueja ao nosso lado" (Ghertman, 1997, p. 234). Imersos em inevitáveis e inesperadas situações do caos urbano, sentimo-nos *à beira do precipício* (Serenó, 1997). Relatei, recentemente, como *fui tomado por um favor que subitamente tornou difícil até minha própria respiração* ao deparar-me com um congestionamento tamanho, devido a um grave acidente automobilístico em uma via arterial de São Paulo, que implicou um atraso considerável para que eu conseguisse buscar minha acompanhada em seu trabalho. Ela não tolerava demoras de qualquer espécie e, menos ainda, explicações as mais plausíveis possíveis para as mesmas (Faizibaióff, Antúnez & González, 2014, p. 13-14).

Quanto às famigeradas tempestades de verão, cujas consequências tornam-se desastrosas em um conglomerado urbano construído às custas de maciços soterramentos

fluviais como São Paulo, lembro-me de duas ocasiões em que, dirigindo com acompanhados a bordo, *espantei-me* menos pelos raios e trovões destruindo árvores e fios elétricos à nossa frente do que pela total ausência de suas reações frente a tais episódios, incluindo, aí, a *grande insegurança e medo* que se me manifestaram explicitamente. Na primeira delas, o paciente exigia, como um bebê faminto, que continuássemos o trajeto previamente acordado, pois queria comprar revistas em quadrinho em uma loja do outro lado da cidade, ainda que, para o tal, o meu pequeno carro popular houvesse de transformar-se magicamente num veículo anfíbio. Na outra, a assustadora chuva dourada promovida pelo estouro dos fios de um poste de iluminação, bem acima de nosso teto, não foi suficiente para que outro paciente interrompesse seu melancólico discurso a respeito de todos aqueles lutos impossíveis de lhe serem elaborados. Como pontua Minkowski (1927/2000) sobre a psicopatologia da esquizofrenia, parece-me que, em ambas as situações, a perda do contato vital com a realidade manifestava-se, evidenciando a incapacidade dos acompanhados de vibrar em uníssono com o ambiente circundante, fazendo parte deste a *nítida angústia* de seu **at** ante tais adversidades cataclísmicas.

Cassettari (1997), a respeito destes *IpVs*, dá o seu relato. Tratava-se do AT com um adolescente autista de 15 anos, agitado e que constantemente agredia a acompanhante:

Nos primeiros dois meses, eu não me sentia segura para proteger-me e dar continência a ele, então não propus irmos à rua. No terceiro mês, houve um período de grande instabilidade devido a uma viagem de sua mãe. Apenas no quarto mês senti que era preciso sair e que eu deveria tentar, mas ele resistia; até que conseguimos sair algumas vezes, para parques e pelas ruas de seu bairro. (p. 112)

Mas mesmo por entre os inúmeros bosques e parques urbanos componentes da paisagem de diversas capitais brasileiras - os quais se nos apresentam como refúgios temporários do caos urbano - podemos adentrar e depois descobrir que não mais sabemos voltar, deparando-nos com situações-limite dos acompanhamentos nas quais, ainda por cima, temos pacientes graves ao nosso lado. Foi o que aconteceu em uma destas saídas, as quais a mesma **at** tanto temera durante meses:

Quando percebi que não sabia voltar, confrontei-me com um momento limite do acompanhante. Tive medo, cenas de acompanhamento nas quais João tinha

me agredido vieram à minha mente, temi que se demorássemos a encontra a saída, João entrasse em pânico e fosse impossível contê-lo. Não era eu a AT? Eu *deveria* saber como sair, ou será que não? (CASSETTARI, 1997, p. 114)

Uma outra **at** temia por uma saída na qual combinara com seu acompanhado de ir a um local de grande comércio popular, em que a polícia estivera, no mesmo dia, fazendo apreensões e protagonizando episódios de violência urbana:

E lá fomos nós. Ele parecia tranquilo. O de sempre. E eu ficava tentando prever todas as situações. Lembrava que, se alguma coisa acontecesse, eu seria processada e presa. E lembrava os adolescentes que eram presos e pensava: "Se eu tivesse ido ao psicólogo quando pequena, não teria escolhido essa profissão e não correria esse risco. Puxa vida!" (POSSANI, 2011, p. 213)

Araújo (2005) relata uma situação talvez ainda mais angustiante, quando acompanhava, junto a uma equipe de **ats**, um garoto portador de distúrbio autístico. Neste caso, foi somente o paciente que se perdeu, em um momento quando entravam num ônibus ele e a **at**, mas esta caiu da plataforma e o veículo embarcou com o rapaz em seu interior. Apenas foram encontrá-lo 3 dias depois, a mais de 100km de distância do local do acontecido.

Recentemente, ingressei em um cargo público visando dar alguma estabilidade econômica para tocar a minha clínica, tanto no consultório como no AT. Dada a instabilidade financeira deste tipo de trabalho - a qual tem a ver com o terceiro tipo de *IpVs* descrito neste capítulo - julguei importante possuir uma fonte de renda alternativa que me permitisse, de fato, lançar-me ainda mais profundamente nestas aventuras clínicas. Foi interessante, a este respeito, a fala de muitas pessoas conhecidas: "que bom, agora você já pode largar essa coisa de AT!". Ao serem por mim questionadas sobre por que pensavam assim, assinalaram: "esse trabalho é muito *perigoso*, é só para quem está começando, agora você não precisa mais disso!". Sereno (2012) relata a experiência similar de uma **at** em relação a tais vivências de desproteção, insegurança e medo, quando esta adentrara, como **at**, uma residência terapêutica (SRT): "*quando vim trabalhar na residência, eu não sabia que era uma casa de loucos. Minha mãe disse que me sustentaria mais um tempo para eu largar esse serviço!*" (p. 226).

Se para o acompanhante e seus entes que por eles se preocupam já não é fácil, imaginemos a magnitude dos *IpVs* desta ordem que enfrentam aqueles que concebem e inauguram empreendimentos clínicos ousados no campo do AT, tais quais as moradias

assistidas: "Que pavor nos abateu quando, nas vésperas da inauguração [de um SRT], nos conscientizamos da dimensão e implicações dessa nossa ousada opção. Quase por reflexo tentamos recuar, felizmente o processo já era irreversível" (Dias, Breyton & Goldman, 1997, p. 144-5). A desproteção ocasionada pela ausência do respaldo legal e do código de ética do AT deixa-nos um vácuo de insegurança em relação às questões sanitárias e jurídicas que podemos vir a enfrentar acompanhando os pacientes mais graves possíveis, ainda mais quando eles dormem sob o teto das instituições por nós administradas.

Neste sentido, o medo de ser processada ou presa, no relato de Possani (2011) acima transcrito, é algo de que compartilhei e continuo compartilhando em diversas situações de AT, e tal tipo de *IpVs* já me adquiriu tamanha magnitude ao ponto de eu sair de um caso que caminhava aparentemente bem. Não consegui, na ocasião, dar conta de tais vivências, mesmo utilizando-me de todos os meus espaços de cura (Maduenho, 2012). Desproteção, insegurança e medo. Beco sem saída!

3.6. Interpenetração fusional

O AT implica, via de regra, *intensa e prolongada* convivência com os pacientes, os quais costumam despejar-nos demandas massacrantes e que não parecem conhecer limites (Chévez, 2012). As experiências aportadas por tal faceta dos *IpVs* implicam, nesta categoria, a sensação de ameaça à própria integridade psíquica dos **ats** (Chauí-Berlinck, 2012). Elas relacionam-se também com o medo, mas um medo diferente daquele implícito na última categoria por mim relatada; aqui, trata-se do *medo de ser absorvido pelo delírio do paciente*, já descrito por Minkowski (1923/1970) em sua experiência embrionária como **at**.

Estas "interpenetrações violentíssimas", estes "movimentos turbulentos de invasão de um terremoto mental" (Maduenho, 2012, p. 35) são o tipo de *IpVs* mais encontrado nos relatos dos acompanhantes. Descrevem-se, neste âmbito, vivências de *entorpecimento* (Marques, 2013), *transbordamento* (Oliveira, 2013), *atravessamentos* (Freitas, 2013), *desamparo*, *ameaça*, *perturbação* (Cruz, 2011, p. 171), *pavor*, *vertigem* (Cauchick, 2001), *desorientação* (Portela, 2012), *simbiose* (Minkowski, 1923/1970) e "ansiedades de tipo confusional" (Dozza, 2012, p. 62).

Vemos isso ocorrer em dois níveis: nos momentos dos encontros clínicos em si, ou, mais comumente, naqueles posteriores aos atendimentos. Cauchick (2001) narra a vivência disruptiva de um **at** que, ao colocar-se numa certa brincadeira de imitação do riso exasperado, aflito e alucinado de sua acompanhada - em um episódio no qual ambos puseram-se a

gargalhar de forma cada vez mais intensa - experimentou um intenso estado de enlouquecimento temporário. Em determinado momento deste bizarro jogo simbiótico,

o **at** sentiu-se estranho, percebeu que estava suando gelado. A sala perdendo a cor, transformando-se num tom amarelo pálido, sem contorno. Os rostos enormes, bocas escancaradas e sons de riso metálico ocuparam todo o espaço. Tudo estava desfocado, o único foco centrava-se nos *rostos risos loucos*. Sensação de pavor. A situação se tornara insustentável para ele. Num impulso irresistível, ele saiu abruptamente, os passos vacilantes em direção ao quintal próximo à árvore. Sensação de vertigem. Respirou profundamente. Fechou os olhos. Sentiu medo. Abriu-os imediatamente. Começou a olhar tudo o que estava ao seu redor, na tentativa de retornar à realidade habitual. Precisava acreditar que não tinha enlouquecido definitivamente, embora acabasse de sentir a vertigem abissal da loucura. (p. 110-111)

Passei por uma situação semelhante quando trabalhei como **at** num Serviço Residencial Terapêutico. Fui levar a medicação de uma moradora esquizofrênica até seu quarto, onde ela já se encontrava deitada, preparando-se para dormir. Eram tantas pílulas! E ela tinha o hábito de engoli-las toda de uma vez, fazendo-nos desconfiar da existência de uma super-elasticidade da musculatura de sua garganta. Nesta noite, quando ela pegou os remédios na mão, emitiu um autêntico "hummmmmm", como quem se prepara para saborear um delicioso filé mignon à parmegiana. Meus olhos se arregalaram e, juntos, caímos numa gargalhada horripilante. Eu ria sarcasticamente, creio que assim ela também, pois estava evidente como soava absurda toda aquela quantidade de medicações psicoativas. Não consegui controlar meu riso, e saí do quarto atordoado, sentindo-me em processo de fusão com ela. Adveio-me, de chofre, uma grande sensação de *vertigem*, como relatam vários **ats** a respeito destas vivências fusionais. Senti meu rosto se desfigurando, e um misterioso estado febril tomou conta do meu corpo todo.

Outras vezes, experimentamos tais *IpVs* após os encontros em si, sentindo, em relação às fraturas daqueles que nos propomos acompanhar, toda a "vida e angústia que ficam em nós" (Lazzarotto et al., 2013, p. 61). No extremo, um **at** relata os efeitos prolongados da *invasão* experienciada em determinado encontro de AT: "há meses, desde o que estou lhes contando me aconteceu, acordo no meio da noite, sonhando com tudo isso" (Porto, 1997, p. 44). A *insônia* é, de fato, uma constante com a qual temos de nos haver no trabalho de AT

(Maduenho, 2012). Ela também foi descrita pelo jovem residente de psiquiatria Minkowski (1923/1970), quando, já nos primeiros dias de "vida em comum" com seu paciente esquizofrênico, ele presenciou suas irremovíveis declarações manifestas a respeito de sua suposta execução capital, a qual aconteceria, sem sombra de dúvidas, na noite seguinte: "angustiado, não conseguia mais dormir e mantive-me desperto a noite toda. Eu me consolava dizendo-me que no dia seguinte ele poderia comprovar o infundado de seus temores. Mas a mesma cena repetiu-se no dia seguinte, e nos sucessivos" (p. 23).

A compenetração fusional pode chegar a tal ponto que os **ats** vivenciamos sentir o mesmo que os pacientes sentem (Portela, 2012). Às vezes, fica difícil conseguirmos nos furtar a não *pensarmos e preocuparmo-nos com eles 24 horas por dia*, quando nos sentimos invadidos, desorientados, abismados, desamparados, des-esperados, permeáveis às solicitações gritantes dos acompanhados que interrompem nosso sono, nossa paz de espírito, nosso próprio devir: urgência e emergência psíquico-existencial (Ramos & Majolo, 2012; Costa & Poli, 2010; Chévez, 2012; Werneck Filho, 2010). Quando o sofrimento de um paciente grave *ressoa em nós como urgência* (Cruz, 2011), vemo-nos fazendo intervenções de emergência nas madrugadas, finais de semana, feriados etc. Neste sentido, os **ats** podem sentir que estão realizando uma espécie de "terapia sacrificial" (Chévez, 2012, p. 82).

Acompanhante, acompanhado, seus corpos que se encontram, chocam-se, e as intensidades do impacto capazes de orbitar o desesperador (Carniel & Pedrão, 2010). Porto (2013), a este respeito, lança mão de alguns termos representativos desta categoria de manifestação fenomenológica dos impasses vivenciais no AT: "interpenetrabilidade", "atenção corpo-flutuante" (p. 3), já que o **at** "escuta com todas as partes do seu corpo, escuta com o ouvido e o pensamento, com o peito, a barriga, escuta andando, escuta fazendo" (p. 6). É mais que mera escuta, mais que interpretação; é *interpenetração* (Faizibaioff & Antúnez, 2015).

Mazarina (1997) descreve o medo compartilhado pelos **ats** a respeito de um contato mais espontâneo com pacientes graves: "o que pode acontecer?" (p. 174). Este receio parece estar relacionado com um aspecto central da necessidade dos acompanhados, que buscam no **at** não tanto um profissional capacitado, mas, antes, a própria *pessoa* do terapeuta (Safra, 2012). Lançam-nos, assim, em situações de tamanha angústia que absorvem toda a nossa atenção (Barretto, 1997), levando-nos a sentirmo-nos *confundidos* (Gabanela, 1997), mergulhados "num medo paralisador... numa indiscriminação tal que, por vezes, só o anoitecer, o cair da tarde, faz com que eu me dê conta que acabou o nosso encontro" (Cassettari, 1997, p. 212-13).

Creio que este tipo de *Ips* está profundamente ligado à faceta ontológica da Hospitalidade: abrimos as portas de nossa "casa", de nosso próprio psique-soma (Winnicott, 1958/2000), visando acolher a alteridade radical dos acompanhados. Contudo, isto implica uma brusca desorganização na ordem pré-estabelecida em nosso lar, isto é, em nossa personalidade empírica (Safra, 2009), pois "abrir-se para o ser é perder a sustentação das representações. E isso, frequentemente, é vivido como a perda de si mesmo, é vácuo, é vertigem" (Barretto, 1997, p. 253-4).

De outro lado, no mesmo movimento, também somos convidados - quando não coagidos - a conhecer a habitar o vazio destes pacientes, seus abismos (Pandjjarjian, 1997). "Muitas vezes vamos ou ficamos em lugares onde o paciente costuma ficar ou ir, até entendermos, às vezes à custa de muita angústia, o mortífero que aquele lugar intensifica" (Braga Neto, 1997, p. 104-5). Por isso que não se trata, apenas, de uma penetração, mas sim de compenetração - ou interpenetração - e aí reside a força mesma deste *Ips*.

Uma *at*, neste sentido, relata haver sentido-se "como se fosse uma 'boneca', só que com vida", na medida em que a acompanhada tentava manipulá-la da forma como bem quisesse durante os encontros (Farab, 1997, p. 273). Cassettari (1997), a respeito de tais vivências tão *intensas* e *impactantes*, atenta a uma questão fundamental na práxis do AT, a partir de um caso específico em que experimentou tais *Ips*: "a possibilidade de suportar determinadas 'viagens' que os pacientes nos propõe: a viagem, neste caso, era eu não existir" (Cassettari, 1997, p. 113).

Cruz (2011) pontua como os fenômenos subjetivos trazidos por nossos acompanhados nesta modalidade clínica específica inscrevem-se bem menos do campo dos sentidos do que no das intensidades. Sobre um AT realizado junto a um adolescente fronteiro e muito fraturado, ele nos dá o seu relato sobre suas vivências de impasse: "muitas vezes era difícil permanecer com ele, sobretudo em momentos nos quais os afetos eram indiscrimináveis, de medo, sem ameaça, de longas meditações em silêncio profundo, de pedidos impossíveis de realizar, fatos bastante frequentes" (p. 167). Outra *at*, durante um passeio em que acompanhava uma criança com síndrome de Down constantemente rechaçada pelas outras de seu grupo, assusta-se, de chofre, quando percebe que é tida, por um grupo de mães, como a genitora da acompanhada. Ademais, percebe que lhe sentem pena por isso:

O aperto no peito é imediato. "Eu, mãe de Flávia, não!". O horror se instala em mim, percebo o desejo de ir me explicar, não, eu não tinha gerado aquela

menina mongoloide, não era minha filha de outra tribo. Surpreende-me o impacto narcísico do olhar daquelas mulheres. (BERGER, 1997, p. 77-8)

Eu relatei, no primeiro capítulo desta dissertação, os impactos em mim gerados pelo encontro brusco e inesperado com os demônios de um paciente em crise toxicomânica (Faizibaioff, 2013, 2014). Fiquei *enlouquecido*, por dois, três, quatro dias, tremi de medo, vacilei, pensei em largar o AT. Creio que é nesta categoria fenomenológica dos *IpVs* que, fundamentalmente, residiu esta perturbadora experiência.

Ressalto, utilizando a metáfora de Minkowski (1923/1970), que quando se estabelece uma certa harmonia entre as notas das duas melodias radicalmente desarmônicas que representam o acompanhante e seu acompanhado, a *interpretação* dá lugar à *interpenetração*. A partir daí, "o acompanhante se torna poroso ao modo de ser do seu paciente" (Safra, 2012. p. 94), e as consequências experienciais desta empreitada constituem-se como *IpVs* para grande parte dos **ats**, os mais frequentemente relatados no levantamento bibliográfico por mim explorado ao longo desta pesquisa.

Capítulo 4: Acompanhamento Terapêutico: a Clínica do Impasse

Me alimento desse breu
 Já nem sinto quem sou eu
 Noturno, fugaz
 Já não sei se sou capaz de parar
 Bifurcação, entroncamento, contramão
 São ruas sem fim
 Vias de fato aos pés de quem
 Desrespeitou sinais e atravessou ileso
 Decidiu flutuar, quis se plantar de peso
 Quando a noite cansar e a luz brotar à esmo
 Sigo o meu caminhar,
 nunca amanheço o mesmo

(METÁ METÁ - Vias de Fato)

Neste último capítulo, pretendo encaminhar as reflexões geradas a partir da descrição fenomenológica dos *IpVs*, visando abarcar a problemática da *essência* de nosso objeto de estudo. Embora minha principal preocupação e recorte tenham sido a descrição em si, não posso furtar-me ao esforço de tentar buscar, para além das 6 formas de manifestação dos impasses vivenciais anteriormente descritas, aquilo que as transcende e permite intuir a essência do fenômeno. É o que demanda o método fenomenológico.

Para o tal, julgo necessário, antes, falar sucintamente sobre *os modos empregados pelos ats para dar conta dos IpVs experienciados*. Muitos deles, nos mesmos escritos em que descrevem as formas como os impasses se lhes manifestam, também assinalam estratégias e caminhos possíveis para sustentar e atravessar tais vivências disruptivas. Embora não seja meu objetivo aprofundar este ponto - o qual trata dos *espaços de cura dos ats* (Maduenho, 2012) - creio ser de fundamental importância incluí-lo na discussão, por estar entrelaçado à intuição da essência dos *IpVs*.

4.1. Das estratégias de sustentação e atravessamento dos *IpVs*

De uma forma geral, a maioria dos autores-*ats* que versam sobre tais "estratégias" aposta no tripé *análise pessoal, supervisão clínica e estudo/formação* como a principal via para dar conta dos *IpVs* experienciados. Praticamente em todas as fontes bibliográficas consultadas e apresentadas no Capítulo 3 esta referência é feita, sendo de tamanha familiaridade no meio que, a seu respeito, apenas me limitarei a assinalar que também

compartilho da importância da tríade análise-supervisão-estudo para nossa sobrevivência enquanto acompanhantes.

O que gostaria de destacar são algumas "estratégias" particulares, mais personalizadas, a respeito, cada qual, da categoria específica de manifestação fenomenológica dos *IpVs* experienciados. Coloco *estratégias* entre parênteses pois não se trata de *aplicá-las* conscientemente, visando à lida e transposição *técnicas* dos atoleiros e becos sem saída encontrados no AT. Elas apontam, antes, para caminhos por vezes compartilhados pelos acompanhantes, e possibilitam-nos intuir algo sobre a essência dos *IpVs*, como aqui tentarei desenvolver.

Quanto aos *impactos físicos e sensoperceptivos*, descreve-se a crucial disposição dos **ats** de estarmos "abertos à experimentação de intensidades" (Lazzarotto et al., 2013, p. 60). É necessário não somente *suportarmos* visões bizarras, cheiros nauseantes ou sabores desagradabilíssimos, mas *nos deixarmos contaminar* por estas experiências sensoriais (Ramos e Majolo, 2012). São elas mesmas que nos contam de profundos aspectos de nossos acompanhados, os quais, muitas vezes, só podem ser apercebidos pelo **at** mediante vivências sensoriais absolutamente repugnantes. Neste sentido, por exemplo, Cauchick (2001) relata a importância de uma equipe de **ats** haver respeitado e apreciado, cotidianamente, a profunda bagunça e as más condições de higiene em que vivia um paciente psicótico, como forma de compreender mais densamente seu modo peculiar de estar no mundo e de que maneira constituía-se sua lida com a angústia a partir dele.

Na experiência que relatei sobre o pior café que já tomei na minha vida, foi importante eu haver vivenciado, por diversas vezes, esta desagradável experiência gustativa, pois, através dela, pude compreender algo importante sobre as atormentadoras variações de humor da mãe daquele acompanhado¹⁶. Tal empreendimento reposicionou-me no caso, desaguando em um aprofundamento compreensivo e da complexidade de nosso vínculo.

Em relação aos impactos físicos, Farab (1997) sugere ser relevante tentarmos mostrar ao paciente nossas próprias reações ante a recepção corporal de suas manifestações agressivas e/ou amorosas primitivas. Aguilar (1997) descreve uma situação pontual neste sentido:

¹⁶ Cf. p. 42 desta dissertação.

Na terceira visita, o abraço de David se tornou estrangulamento. Afastando-o com força, falei que aquilo machucava. Ao mesmo tempo espantado e tentando compreender, ele perguntou: 'Faz mal, faz?'. E eu respondi: 'Sim, faz muito mal'" (p. 203)

O acompanhado, no caso, sequer percebia a dimensão lesiva de tal comportamento. O assinalamento do **at** quanto ao mesmo pôde, por meio da relação interpessoal, promover um encontro significativo, a partir do qual se estabeleceu, àquele, uma experiência de socialização. Afinal, para eu aprender que certas atitudes minhas machucam alguém, é preciso que (1) haja alguém, que (2) este alguém esteja suficientemente aberto para receber o meu gesto agressivo/amoroso primitivo e que, finalmente, (3) haja algum vínculo de comunicação e confiança entre nós para que a pessoa possa devolver-me as consequências lesivas do meu gesto, a partir de sua própria experiência de dor. Se para muitos de nós tal constatação parece óbvia, um dado naturalizado, lembremos que diversos pacientes atendidos no AT sequer gozam da primeira destas necessidades ontológicas. Assim, pode ser o **at** a primeira pessoa em sua história que recebe, suporta e devolve-lhes suas próprias vivências de *dor*, aportadas por sua agressividade ou amorosidade menos lapidadas socialmente.

Minkowski (1933/1973) filosofa sobre a dor física em suas reflexões sobre o aspecto temporal da vida, no primeiro livro da obra *O Tempo Vivido*. Para ele, o fenômeno temporal da *espera* - a qual é sempre ansiógena, pois nela "todo o devir, concentrado fora do indivíduo, cai sobre ele como uma massa potente e hostil, tratando de aniquilá-lo" (p. 83) - aproxima-se da dor física enquanto fenômeno sensorial. De acordo com o psicopatólogo, a dor física acontece para além de uma simples contraposição às sensações agradáveis, pois anuncia a *existência material de uma alteridade inegável*, a qual "nos anuncia um golpe dirigido, com contato imediato, contra nossas forças vivas por uma força estranha que vem de fora e nos ameaça em nossa existência mesma" (p. 84). No plano sensorial, dor física; no temporal, a espera.

E é justamente por meio da *espera* vivida que os **ats** descrevem caminhos para a sustentação e atravessamento da segunda categoria de *IpVs*: as *vivências de impotência, desesperança e não saber*. Cotidianamente, os **ats** somos convocados a tolerar a frustração e depararmos-nos com a impotência (Ramos & Majolo, 2012). Esperar, assim, que algo significativo se manifeste ao longo dos acompanhamentos - ainda que de forma *descontínua*, considerando a constante falta de "avanço" sentida por nós em relação a muitos casos graves -

possibilita estarmos abertos a possíveis, imprevisíveis e capitais vivências de *surpresa* (Berger, 1997). São estas que nos encorajam no atravessamento dos atoleiros.

Fundamental é acompanhante e acompanhado poderem ser surpreendidos por acontecimentos mundanos e pequenas mudanças internas as quais, para este, são vividas como grandes conquistas. Pois a possibilidade de surpreender-se abre-nos a uma temporalidade na qual não só tendemos em direção ao futuro, mas em que o futuro apresenta-se diante de nós, visitando-nos no presente e aportando-nos a esperança necessária para seguirmos em frente (Minkowski, 1933/1973). Eticamente, os *at* posicionamo-nos "entre hesitação e surpresa, uma espera e uma aposta de que algo possa vir a acontecer a partir desses encontros. Uma espera que não deve ser de um tempo cronometrado que marca a espera por algo ideal, curativo, miraculoso" (Silva & Silveira, 2013, p. 88). Espera *vivida* que nos abre à esperança, ao surpreendente, ao incalculável, ao inadvertido, ao adventício, ao inusitado, ao deslumbre e ao extraordinário.

Buscando situarmo-nos neste lugar de espera, mais importante do que acolhermos saberes de outros campos do conhecimento (Pitiá, 2013) é o esforço no sentido de *despojarmo-nos de todo e qualquer saber prévio*. Vários *ats*, de diferentes abordagens teóricas, falam sobre isso (Lazzarotto et al., 2013; Porto, 2013, Barretto, 2012, 1997; Safra, 2012; Silva & Silveira, 2013; Ramos & Majolo, 2012; Werneck Filho, 2010), o que, a meu ver, constitui o próprio fundamento do método fenomenológico:

deixar fora, o quanto seja possível, o que se tenha ouvido e lido e as composições de lugar que o próprio sujeito se faz para, da melhor maneira possível, aproximar-se às coisas com um olhar livre de preconceitos e beber da intuição imediata. (STEIN, 2002, p. 33)

Uma ilustração emblemática desta necessidade de suspensão dos saberes prévios na lida com os *IpVs* manifestos pelo não saber e pela impotência vivida traz-nos Mazarina (1997), quem relata que, dentro de uma equipe multiprofissional de atendimento, os profissionais de nível médio traziam bem menos angústias relacionadas à convivência com pacientes psiquiátricos do que os técnicos de nível superior, que se perguntavam, a todo tempo, o que *fazer* com eles em espaços de convivência. Há de se equilibrar o *fazer* - tão exacerbado em nossa cultura industrial - com o *ser*, duas dimensões fundamentais da existência humana assinaladas por Winnicott. Conseguimos, assim, posicionarmo-nos humildemente, como eternos aprendizes (Safra, 2012), abertos para contemplar o *mistério* da

existência do outro (Barretto, 2012). Se a dúvida e a espera podem ser re-compreendidas não mais como estorvos e empecilhos técnicos ao trabalho clínico, o não saber já não mais se apresenta como um impasse para o **at**.

Ante a *fragilidade do lugar profissional do at*, no sentido das dificuldades encontradas no trabalho em equipe - ou mesmo em articular e sustentar uma equipe mínima de acompanhamento - é importante o exercício de reuniões constantes entre os membros envolvidos no cuidado a pacientes graves (Piné, 2011). Além da discussão dos casos em si e da reformulação do projeto terapêutico quando o trabalho encontra-se estagnado (Gabanela, 1997), tais espaços permitem aos membros cuidarem-se mutuamente uns dos outros. Este cuidado mútuo diz respeito à necessidade de todos poderem falar sobre seus *limites vividos* no exercício de acompanhar casos graves (Costa & Poli, 2010; Carniel & Pedrão, 2010).

Não cabe aqui aprofundar-me na acalantada discussão sobre as vantagens e malefícios supostamente aportados por uma possível *normatização legislativa* do AT enquanto profissão reconhecida. Apenas assinalarei que, se por um lado, a ausência deste aspecto norteador constitui-se como uma fonte de *IpVs* para muitos acompanhantes, por outro fomenta a atual abertura polifônica do AT em 3 sentidos fundamentais: hoje, encontramos **ats** com diferentes formações profissionais - psicólogos, psicanalistas, enfermeiros, filósofos, assistentes sociais, cineastas, químicos - fundamentados em distintas abordagens teóricas - Psicanálise, Fenomenologia, Comportamentalismo, Psicologia Analítica - e atuando em outros campos laborais que não só a saúde mental, como o hospitalar, judiciário, educação e assistência social (Barretto, 2012a).

Sustentando esta polifonia mesma, talvez seja mais provável que continuemos inovando e nos arriscando em complexos acompanhamentos, mesmo desprovidos da posse de experiência prévia (Faizibaioff, 2013) ou, ainda, de uma formação específica para determinadas demandas institucionais (Kibrit, 2013). Torna-se menos paralisante para nós, acompanhantes, a aventura de "abdicar da ânsia pela continuidade de um acompanhamento em favor de se ofertar mais radicalmente a cada encontro, na perspectiva de favorecer experiências significativas" (Ramos & Majolo, 2012, p. 73). Penso, se compararmos o status profissional do AT com o de diversas psicoterapias, na perda de potência que implicaria planejar uma grade de atividades terapêuticas e estabelecer um prazo definido para o fim do trabalho em si, visando, por exemplo, à solicitação de reembolso financeiro junto ao plano de saúde do paciente. Ou, ainda, nos *necessários* conflitos institucionais que poderiam ser abafados, pelo medo de perdermos o emprego, caso houvesse uma contratação com vínculo empregatício oficial. Pois se o psicanalista, na instituição, é como um elefante em uma loja de

cristais, o **at** é um brontossauro! (M.S. Cruz, comunicação pessoal, 16 de Novembro de 2014)¹⁷

E em relação às vivências de nos sentirmos "menos" do que os psicanalistas no consultório, ressalto o recente assinalamento de Safra (2014), segundo o qual, dadas as peculiaridades das configurações psicopatológicas que se nos apresentam à situação clínica na contemporaneidade - ligadas diretamente à questão do *desenraizamento* cosmológico, étnico e interpessoal - não se trata mais o AT, como ainda insiste em ser visto, de um procedimento clínico auxiliar; ele torna-se, por sua própria capacidade de atuar no âmbito cotidiano dos acompanhados, *central* nos empreendimentos clínicos na atualidade, mesmo para pacientes não-graves. Desta forma, segundo o autor, não é mais o AT que deve adaptar-se à situação de consultório, como ocorrera em seus primórdios, mas a situação de consultório que há de avizinhar-se aos fundamentos do AT.

Sobre o *estranhamento/questionamento das próprias representações normal-patológico*, à medida que podemos sustentar nossas vivências de estranhamento, constrangimento, vergonha e, num segundo momento, suportar a angústia de descobrirmo-nos não tão normais quanto pensávamos, para além do atravessamento de situações de impasse há outras transformações importantes aportada-nos por esta experiência. Primeiramente, passamos a acessar mais densamente nossos próprias loucuras privadas, e damos andamento às nossas questões fundamentais - por meio da análise pessoal ou mesmo de outros espaços de cura - de maneira mais profunda. Experimentei uma importante ruptura em meu processo de análise pessoal desde quando me iniciei na clínica do AT, cuja inserção permitiu-me entrar em contato com elementos absolutamente inadvertidos e inimagináveis de minha interioridade até então. Naturalmente, não se trata este de um processo simples, mas é de fundamental relevância para quem se embrenha em atoleiros e becos sem saídas em suas aventuras clínicas.

Além da possibilidade de um aprofundamento mais denso em nossa própria interioridade, os **ats** temos o privilégio de presenciar, contemplar e investigar, com os dois pés na experiência, aqueles fatores histórico-culturais diretamente ligados às novas formas de subjetivação e adoecimento no contexto mais contemporâneo possível (Safra, 2012). Vale mais que qualquer curso de Psicopatologia!

¹⁷ Informação obtida no VII Congresso Internacional, VIII Congresso Ibero-americano e III Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico – Polifonia: as diversas vozes do AT. Realizado em 15, 16 e 17.11.2012 na cidade de São Paulo (SP). <http://siteat.net/2012/06/21/polifonia/>

Ainda sobre este tipo de *IpVs*, penso que, na época dos "amigos qualificados", talvez fosse mais simples lidar com a angústia relacionada a tais estranhamentos, questionamentos e desconstruções. Isto porque, no que tange ao vínculo acompanhante-acompanhado, a dimensão ontológica da *Amizade* ainda não tinha sido deveras criticada e alijada por uma racionalidade técnica a partir da qual o "terapêutico" passaria para o primeiro plano (Araújo, 2005). Ser amigo de loucos, na ocasião, não deveria constituir-se como motivo de tamanhos estranhamentos e constrangimentos.

Se o amigo qualificado - re-entendendo o termo "qualificado", como propõe Araújo (2005), como *qualificante*, isto é, *gerador de qualidades* - é uma noção mais aparentada às experiências da Reforma Psiquiátrica e da Psiquiatria Popular na América Latina, o termo "acompanhante terapêutico" responde não tanto às necessidades dos pacientes em si, senão da própria teoria psicanalítica, que entronizou o caráter *técnico* e o ideal de *neutralidade* clínica deste profissional. Afinal, a fraternidade não mais poderia estar à frente da parentalidade edípica (Araújo, 2005), pois a amizade (afeição), na metapsicologia freudiana, é mera derivação da libido, libido esta inibida em sua finalidade sexual (Freud, 1929/2011). A *weltanschauung* fenomenológica neste trabalho apresentada propõe, justamente, o contrário: a erotização é que depende da Amizade, isto é, dos diversos e repetidos bons encontros humanos, condicionantes daquele e de outros fenômenos secundários.

Recentemente, defendemos a importância de se resgatar a figura do *Amigo* enquanto operador assistencial comprometido mais ética do que tecnicamente no trabalho clínico com pacientes graves (Faizibaioff, Safra & Antúnez, 2015). Não se trata de construir uma relação ordinária e sem reflexão crítica com nossos acompanhados, mas, antes, em deles nos *(re)aproximarmos* não tanto como profissionais, senão enquanto *peessoas* (Safra, 2012), enquanto *semelhantes* (Minkowski, 1933/1973). Acolher a alteridade radical no âmago de nosso ser, humanizando, então, o próprio fenômeno da doença e da saúde: saída do atoleiro rumo a terras novas e de riquezas insuspeitas.

Passemos às sufocantes *vivências de insegurança, medo e desproteção* dos **ats**. Em mais de um caso nos quais **ats** encontravam-se perdidas com seus acompanhados em algum lugar da cidade de São Paulo, por mais que se esforçassem para controlarem a situação e descobrirem um meio de retornar do labirinto, foram os próprios pacientes que acharam a saída (Gerab & Berlinck, 2012; Cassettari, 1997). Surpreenderam-se, e sentiram-se confortavelmente aliviadas as acompanhantes. A partir desta experiência, questionamentos que surgem e sugerem uma forma de "atravessamento" de tais *IpVs*:

Vale dizer... que a materialização do enquadre na cidade e a circunstância de um enquadre em movimento, se por um lado não é suficiente para produzir efeitos terapêuticos, também, por si só, não coloca o terapeuta em uma situação de desproteção e vulnerabilidade. O que faz valer o caráter terapêutico do acompanhamento é o vínculo, e ele se faz com tato, espera, sustentação de um enigma. Se este enigma é presente em uma andança desnordeada pela USP, quem lhe trará uma direção é o paciente. A partir disso é que se podem criar meios para avançar no tratamento em AT: *contar com as direções e não-direções colocadas pelo paciente nas diversas situações que se esboçam.* [itálicos nossos] (GERAB & BERLINCK, 2012, p. 103)

Como errantes que somos os **ats**, necessitamos, "simplesmente", *confiar*, para assim podemos assumir os riscos que implica o trabalho. Mas estamos habituados, como terapeutas, a ressaltar a necessidade de o *paciente em nós confiar* para o bom andamento do processo clínico. Pouco se reflete a respeito do caminho complementar, isto é, de que *nós possamos confiar* em nossos pacientes, isto é, de que eles nos guiarão até o âmago de suas questões fundamentais, em seu próprio tempo (J.M. Barthélémy, comunicação pessoal, 26 de Outubro de 2014¹⁸). E tal confiança extrapola a própria relação acompanhante-acompanhado. Trata-se de confiar na vida mesma, pois não é tanto o trabalho de AT que é um risco, mas o próprio viver é um baita perigo! É preciso, então, paixão pelo acompanhar, assim como pelo viver (Braga Neto, 1997; Werneck Filho, 2010).

Ademais, estar fora do consultório, com o pé na rua, é relatado por muitos **ats** não só como fonte de impasses, mas também enquanto uma das condições mais agradáveis de se fazer AT (Marco & Calais, 2012). Estamos ali, onde a vida mesma acontece (Antúnez, 2014), operando cartografias e desbravando territórios até então desconhecidos junto aos nossos acompanhados. A este respeito, lembro-me de um seriado televisivo em cujo núcleo se passava o atendimento psicoterapêutico de um mafioso, quem sofrera um ataque de pânico repentinamente, passando a consultar-se com uma psiquiatra. Em determinado momento da série, a terapeuta e seu namorado, enquanto passeavam de carro, são surpreendidos por comparsas deste seu paciente, e o namorado é violentamente agredido pelos capangas. Sem sequer desconfiar que aquilo acontecera por ordens daquele, a terapeuta, na sessão seguinte,

¹⁸ Informação fornecida na disciplina de pós-graduação "A psicopatologia fenômeno-estrutural: aproximação teórica, clínica, psicopatológica e terapêutica" (PSC 5902), realizada de 25/09/15 a 1º/10/15, no Instituto de Psicologia da USP, em São Paulo (SP).

desabafa-lhe, desolada, a respeito de como se sentia desconectada e alienada da ocorrência destes acontecimentos mundanos tão brutos e corriqueiros, pois se encontrava *confinada em seu consultório* 10 horas por dia. Quando, neste sentido, suspendemos nossas garantias de segurança "ambulatorial" - as quais, em essência, também não passam de uma ilusão, pois na vida não há garantia de segurança alguma - "o aprendizado é indescritível" (Werneck Filho, 2010, p. 0).

Finalmente, temos os *IpVs* que se nos manifestam através daquilo que denominei *inter* ou *compenetração fusional*. Este termo advém do conceito de Minkowski (1927/2000) do *diagnóstico por compenetração*, o qual ele eleva a um patamar de importância igual ou maior que o diagnóstico por razão, isto é, a enumeração rigorosa e sistemática dos sintomas observados. Trata-se aquele de uma postura fenomenológica simultaneamente investigativa e terapêutica, que "penetra na personalidade do outro em sua totalidade como tal e que a percebe, em um só ato, por *sentimento*, em tudo o que há de morto e vivo nela" (p. 82).

Neste sentido, a aparição mesmo destas vivências fusionais constitui-se como um ponto importante no acompanhamento de pacientes graves. Se, por um lado, é fonte de impasses, pelo outro possibilita uma sensível apreciação diagnóstica, bem como orienta nossas intervenções a partir daquilo mesmo que se nos manifesta nos acompanhamentos. Essas experiências nos abrem ao não-representacional (Barretto, 1997), em uma clínica na qual os impactos emocionais, as afetações do acompanhante, dimensionam uma compreensão mais profunda dos pacientes, de um modo outro em relação ao que o *setting* tradicional pode oferecer-nos (Cruz, 2011).

Tais vivências são, como anseia Minkowski (1923/1970), um meio privilegiado para penetrar mais profundamente na interioridade dos pacientes. Consequentemente, acompanhando pacientes graves, *os ats também hemos de enlouquecer*, pois, caso não o façamos, seremos incapazes de acompanhar (Sereno, 1997). Sobre esta necessidade de aproximarmos-nos mais profundamente da *interioridade* dos acompanhados, sintetiza o psicopatólogo que

para apreciá-la, levamos em nós um instrumento infalível. É nossa própria esfera afetiva, nossa própria personalidade. Na vida, quando se trata de apreciar a um de nossos semelhantes, não nos contentamos com a enumeração de suas reações, analisando-as e classificando-as à luz, unicamente, de nossa razão. Nos deixamos guiar, também, por nossa intuição, que tenta penetrar a personalidade do outro, por meio das sensações de frio e de calor que

experimentamos em sua presença, por nossa faculdade de fazer nossos seus sentimentos e suas reações, de colocarmos-nos em seu diapasão, de “compreendê-lo”, no sentido “sentimental” ou, melhor, irracional da palavra... Observar como um espectador inabalável, como se faz quando olha-se um corte ao microscópio, enumerar e classificar sintomas... não nos bastará. Também colocaremos em jogo nossa personalidade viva, e avaliaremos, confrontando-a com ela, o caráter particular da maneira de ser do nosso doente. Apesar de nossa razão, faremos intervir nosso sentimento. (MINKOWSKI, 1927/2000, p. 79-80)

A meu ver, as vivências de compenetração fusional derivam daquilo que Safra (2012) assinala a respeito da necessidade dos pacientes no AT ansiarem, especialmente num primeiro momento, muito mais pela *pessoa* do acompanhante do que por sua competência técnica e profissional. Assim sendo, "o fato de o acompanhante sobreviver como pessoa a este momento do trabalho permite que se apresente a complexidade da pessoa humana" (p. 97). E isso de forma mais profunda do que a mais meticulosa observação racional e sistemática é capaz de fazer.

Mas sobreviver a tais *IpVs* não é fácil. Aqui, recorro novamente a Winnicott (2012):

A comissão reconhece que o profissional de saúde mental em treinamento tem mais a fazer do que apenas aprender. O estudante defronta-se com um problema emocional em virtude da natureza do seu objeto de estudo, independente de qualquer dificuldade intelectual para entender os fatos. O seu impacto emocional inicial é muito maior do que o da sala de dissecação ou do anfiteatro cirúrgico. (p. 191-192)

Para finalizar esta sessão, gostaria de citar um episódio da obra *Poema Pedagógico*, de Anton Makarenko. Ela trata da experiência revolucionária empreendida pelo pedagogo a respeito da criação de uma colônia para adolescentes infratores no seio da Rússia pós-revolução, de 1920 a 1928. Ele conviveu todos os dias, o dia todo, com estes jovens, partindo de condições materiais de tamanha precariedade a ponto de não terem direito o que comer nem vestir em pleno inverno russo. Enfrentou impasses de magnânima magnitude, quase se suicidando em determinado momento de seu empreendimento.

Nos primórdios daquela que viria se tornar a Colônia Górkki, os furtos internos eram constantes. Em determinada noite, sumiu da gaveta de Makarenko um maço inteiro de dinheiro vivo, e, dois dias depois, libras de banha e latas de graxa necessárias para alimentação e infraestrutura básica de todos também foram subtraídas. Depois de um grande esforço de diálogo do pedagogo - quem se encontrava na posição de coordenador principal do empreendimento colonista - com os órgãos burocráticos do governo soviético, conseguiu-se novo carregamento de banha para a colônia. Mas esta foi novamente furtada no dia seguinte. Na verdade, chegou-se a tal ponto que os furtos aconteciam todos os dias, por mais que Makarenko pusesse-se a fazer vigilância noturna com seu revólver. A esta altura, *já havia perdido o sono*.

Finalmente, descobriu-se o mentor de todos aqueles furtos internos: um colonista aparentemente tranquilo e taciturno, Búrun, quem, com 17 anos de idade, fora enviado à colônia devido à participação em quadrilhas com maiores de idade, cuja maioria dos criminosos já havia sido fuzilada. Armou-se, então, um tribunal popular com todos os membros da colônia. Durante o julgamento, Búrun negou insistentemente os roubos, mas, devido à forte pressão coletiva, acabou por confessar. O tribunal, então, teve de ser interrompido abruptamente por Makarenko, devido ao quase linchamento de Búrun pelos outros adolescentes furiosos. O que gostaria de destacar é o diálogo que se segue entre o pedagogo e o colonista, o qual ilustra poeticamente, a meu ver, esta faceta da *necessidade do acompanhado de relacionar-se com a pessoa do acompanhante*, para além de suas atribuições técnicas e profissionais. Quando já se encontravam a sós e protegidos da multidão de adolescentes enfurecidos, conta-nos Makarenko (2012):

Finalmente, Búrun levantou a cabeça, fitou-me firme nos olhos e disse lentamente, sublinhando cada palavra, mal conseguindo conter o pranto:

- Eu... nunca... mais... vou roubar.

- Mentira! Você já prometeu isso à Comissão.

- *A comissão é uma coisa, o senhor é outra!* Castigue-me como quiser, mas não me expulse da colônia. [itálicos nossos] (p. 40)

O pedagogo termina o capítulo contando que aplicou, de fato, uma punição ao colonista, e, ao final desta, ele nunca mais roubou. Não importava em nada, para Búrun, a referida "Comissão" enquanto uma formação abstrata a partir da qual se tentava organizar um sentido de coletividade na colônia. Tampouco lhe era relevante a figura de Makarenko

enquanto o chefe maior desta Comissão. Antes, aquilo que realmente buscava, como aponta sua fala acima destacada, era a *pessoa* do pedagogo. Felizmente, este compreendeu o apelo desesperado do rapaz, e pôde sair do atoleiro vivencial em que se encontrava, suprimindo a necessidade ontológica do adolescente. Quanto a este, quem podemos pensar como um de seus acompanhados, bom, ele nunca mais voltaria a infracionar.

4.2. Os *IpVs* como as vias de fato do Acompanhamento Terapêutico

Após eu haver relatado meu percurso clínico como AT que, em 5 anos, desaguou na presente investigação acadêmica, ter justificado a eleição do método fenomenológico para conduzi-la, haver descrito seis formas como os *IpVs* se nos manifestam aos **ats**, e, finalmente, ter apresentado como estes mesmos **ats** sustentam e atravessam as principais dificuldades, obstáculos e empecilhos encontrados em seu percurso, é chegada a hora de finalizar esta dissertação. Procurarei, nos próximos parágrafos, sintetizar a conclusão e os apontamentos aportados por meio desta pesquisa.

É possível perceber como cada forma de manifestação dos *IpVs* aponta, implicitamente, para uma maneira de sustentá-los e atravessá-los, ainda que isto implique custos consideráveis aos acompanhantes. Em outras palavras, as próprias situações de impasse permitem que se *intuam* caminhos possíveis para sua superação e, conseqüentemente, para a condução dos casos clínicos. No extremo, ao menos indicam aqueles percursos que jamais devemos adotar (como tentar abarcar toda a angústia dos acompanhados, por exemplo).

Assim, as experiências sensoriais desagradáveis e os impactos físicos demandam que nos deixemos por eles *contaminar*, permitindo que o cheiro azedo torna-se ainda mais nauseante, que o pouco palatável fique ainda mais amargo, que o estridente converta-se em ensurdecedor, que o pequeno arranhão possa virar fratura exposta. A impotência e a sensação de não saber convidam-nos não tanto à aquisição de novos e supostamente necessários saberes, mas, antes, ao esforço de suspensão de todo e qualquer conhecimento prévio e à espera vivida, posturas as quais, na medida em que ampliam nossa vivência temporal, abrem-nos à humildade, ao surpreendente e à esperança. A fragilidade do lugar profissional do **at** não é apenas fragilidade, mas também revela sua própria potência. Estranhamentos e questionamentos de nossas próprias representações sobre o normal e o patológico permitem-nos não só estreitar o vínculo interpessoal condicionante dos acompanhamentos, mas

enveredam-nos a um aprimoramento pessoal e profissional, enquanto clínicos, jamais adquiríveis por outras vias. As vivências de medo, insegurança e desproteção desnudam-nos para o fato de que, para além dos riscos de se fazer AT, em nenhum âmbito de nossa vida cotidiana a segurança é algo com que se possa contar. Finalmente, a interpenetração fusional é o instrumento diagnóstico e clínico por excelência do **at**, que lida com os casos mais graves dentro de qualquer classificação psicopatológica já construída ou não.

Os *IpVs* se nos apresentam, então, como fenômenos **paradoxais**. Em um mesmo movimento, impedem e facilitam, seguram e empurram, fecham e abrem, prendem e liberam, confundem e esclarecem, atordoam e clareiam, expulsam e convidam, roubam e aportam, machucam e curam. **Para além de suas diversas formas de manifestação descritas, destaca-se seu caráter contraditório, ambíguo, antagônico, paradoxal.** É justamente aí que me parece residir sua *essência*, ou melhor, no lugar de tensão *entre* cada um destes pólos aparentemente opostos, cuja possibilidade de os **ats** habitarmos é condição *sine qua non* para a realização deste tipo de trabalho clínico. Entre atoleiros e becos sem saída: lugar ético do Acompanhamento Terapêutico, *a clínica do impasse*.

Assim, mais adequado do que falar em uma essência dos *IpVs*, gostaria de concluir apontando para **os *IpVs* como a própria essência do AT**. Se é esta uma clínica em movimento, cujo fundo e a figura se confundem na cidade enquanto palco e ator central do processo clínico, os *IpVs* nada mais são do que todos aqueles buracos, rachaduras, congestionamentos, alagamentos, entroncamentos, bifurcações, contramãos, periferias, vielas abandonadas, labirintos, desfiladeiros, fumaças tóxicas, chuvas ácidas, atoleiros e becos sem saída destas mesmas malhas urbanas. São inexoráveis, algumas vezes intransitáveis, mas existem e insistem, apontando para aspectos que falam do mais profundo da história dos pacientes, de suas dores, de suas necessidades e potências. São, assim, as **vias de fato** nas quais os **ats** circulamos com nossos acompanhados.

Finalizo fazendo mais uma analogia histórica, desta vez com um episódio pontual da história de nosso país. Trata-se do início do ciclo do ouro no Brasil, que se estendeu por quase dois séculos, XVII e XVIII. Aos boatos iniciais quanto à suposta existência de grande quantidade de metais preciosos na atual região de Minas Gerais, seguiu-se uma onda exploratória e alucinada na qual diversos aventureiros jogavam-se nesta mortal empreitada, à qual iam sonhando com a riqueza súbita mas, muitas vezes, encontravam apenas a morte. A travessia da bela e misteriosa Serra da Mantiqueira era acompanhada de diversos perigos, como grupos de saqueadores, assassinos, adversidades climáticas, labirintos, disputas

territoriais, armadilhas, penhascos e emboscadas. Até a existência de insetos gigantes e carnívoros fora relatada (Schwarcz & Starling, 2015).

A despeito de todas estas adversidades e de muitas mortes e sumiços comprovados, alguns poucos aventureiros conseguiam, finalmente, chegar à tão ansiada região aurífera. Mapas eram inexistentes e, mesmo quando havia algum, jamais levavam ao caminho correto. Mas a *esperança* persistia e, a este respeito, os paulistas costumavam afirmar algo bastante significativo no sentido da analogia com a qual finalizo esta dissertação: "As minas começam onde terminam os caminhos" (Schwarcz & Starling, 2015, p. 115).

Compreendo esta frase como uma importante "bússola" que nos pode orientar, enquanto *ats*, na lida com os atoleiros e becos sem saída, encontrados mais hora menos hora nesta clínica, a qual ousou denominar como *a clínica do Impasse*. Em algum lugar o ouro se encontra. Ele está lá. Mas somente a pura e desprecauida errância é capaz de levarmo-nos até ele. Nesta empreitada, muitas armadilhas, penhascos, assaltos, cataclismas e insetos gigantes. Se tal possibilidade parece deveras precária, bom, contentemo-nos com o fato de que é, ao menos, mais confiável a qualquer mapa racionalmente construído para dar conta do recado. Onde terminam os caminhos começam as minas. *Adelante!*

Referências

- Acioli Neto, M. L. & Amarante, P. D. C. (2013). O Acompanhamento Terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (4), 964-975.
- Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In E.S. Costa, M.A. Fernandes, & I. R. Scarcelli (Orgs.), *Fim de século: ainda manicômios?* (pp. 47-53). São Paulo, SP: IPUSP.
- Affonso, K. C. (2013). O show da fé e o acompanhamento terapêutico: acompanhando na igreja internacional da graça de Deus, no centro de São Paulo. *A Travessar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, 1 (2), 27-43.
- Allen, D.F. (2000). Prefácio. In E. Minkowski. *La esquizofrenia*, (p. 15-24). México D.F.: Fondo de Cultura Económica. (Trabalho original publicado em 1927).
- Antúñez, A.E.A. (2006). A relação terapêutica em busca de uma humanologia. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(2), 84-95. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/Latinamericanjournaloffundamentalpsychopathology/2006/vol3/no2/8.pdf>
- Antúñez, A.E.A. (Org.). (2011). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Antúñez, A.E.A. (2012). *Perspectivas fenomenológicas em atendimentos clínicos: humanologia*. Tese de Livre-Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Antúñez, A.E.A. (2014). A dialética dos afetos no acompanhamento terapêutico In A.E.A. Antúñez, F. Martins, & M. Vendramel (Orgs.). *Fenomenologia da Vida de Michel Henry - interlocuções entre filosofia e psicologia* (pp. 239-251). São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Antúñez, A.E.A., Barretto, K.D., & Safra, G. (2011). Acompanhamento Terapêutico: contribuições de Minkowski. In A.E.A. Antúñez (Org.), *Acompanhamento Terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 13-19). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aguilar, A.C.R. (1997). Acompanhamento terapêutico: a filosofia como ponto de partida. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 191-204). São Paulo: EDUC
- Aranha-Lima, M. (2008). Prefácio. In G. Messas (Org.). *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea* (pp. IX-XI). São Paulo: Roca.
- Araújo, Fabio. (2005). Do amigo qualificado à política da amizade. *Estilos da Clínica*, 10 (19), 84-105.
- Avezedo, D. (1952). Grande dicionário francês-português. (4a ed.). Lisboa: Bertrand.

Ayouch, Thamy. (2012). Genealogia da intersubjetividade e figurabilidade do afeto: Winnicott e Merleau-Ponty. *Psicologia USP*, 23(2), 253-274.

Barretto, K.D. (1997). Uma proposta de visão ética no acompanhamento terapêutico. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 241-260). São Paulo: EDUC

Barretto, K.D. (2012a). Prefácio. In L. Chaui-Berlinck. *Novos andarilhos do bem: caminhos do acompanhamento terapêutico* (pp. 11-13). Belo Horizonte, MG: Autêntica.

Barretto, K.D. (2012b). *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. (5a ed.). São Paulo, SP: Unimarco.

Barretto, K. D. (2012c). A terceira margem do rio: reflexões para uma ética do acompanhar. *ATravessar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, 1 (1), 45-57.

Barretto (2012d). Clínica do acompanhamento terapêutico: contribuições do pensamento de Gilberto Safra. *Cadernos HabitAT*, 1(1), 27-39.

Barthélemy, J-M. (2012). Origem e contexto da emergência da noção de estrutura em psicopatologia fenômeno-estrutural: evolução do conceito, seu lugar e suas implicações nas práticas clínicas contemporâneas. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 1(1), 88-105.

Benatto, M.C. (2014). *A clínica do acompanhamento terapêutico no Brasil: uma análise da produção científica de 1985 a 2013* (Dissertação de Mestrado). Setor de Ciências Humanas, Letras e Arte, Universidade do Paraná, Paraná.

Bezerra, A.M. A importância do trabalho em equipe. (2011). Antúnez, A.E.A. (Org.). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 85-97). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Berger, E. (1997a). Apresentação. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 7-10). São Paulo: EDUC

Bergson, H. (1888). *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Recuperado de http://classiques.uqac.ca/classiques/bergson_henri/essai_conscience_immediate/essai_conscience.pdf

Braga Neto, L. (1997). Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 101-108). São Paulo: EDUC

Carniel, A. C. D., & Pedrão, L. J. (2010). Contribuições do acompanhamento terapêutico na assistência ao portador de transtorno mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (1), 63-72.

Carozzo, N. Introdução. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 11-15). São Paulo: EDUC.

- Cassettari, G. (1997). Nós e os loucos circulando por Argos. A clínica do Acompanhamento terapêutico. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto *A Casa. Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 109-120). São Paulo: EDUC
- Cauchick, M.P. (2001). *Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico*. São Paulo, SP: Annablume.
- Chauí-Berlinck, L. (2010). O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. *Arquivos brasileiros de psicologia (Online)*, 62 (1), 90-96.
- Chauí-Berlinck, L. (2012). *Novos andarilhos do bem: caminhos do acompanhamento terapêutico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Chávez, A. (2012). El rol, la autopercepción del rol y la función. *A Travesar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, 1 (1), 77-90.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2007). *Resolução CFP N.º 013/2007*. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf
- Costa, A. P. C. & Poli, M. C. (2010). Dos discursos no laço social: a construção de uma moradia possível na psicose. *Psicologia em revista*, 16 (2), 409-427.
- Costa, L. A. & Fonseca, T. M. G. (2013). Cidades sutis: dispersão urbana e da rede de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), 21-30.
- Cruz, M.S. (2011). Vazio e experiência viva: reflexões sobre a experiência de um acompanhamento terapêutico. In A.E.A. Antúnez (Org.). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 161-177) . São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cruz, M.S. (2012). Acompanhar-encontrar: o mundo que se habita. *Cadernos HabitAT*, 1(2), 16-21.
- Cunha, A.G.D. (1994). *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. (2a. ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Dartigues, A. (1973). *O que é a fenomenologia?* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Eldorado.
- De Rossi, L. (2008). *Gritos e sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergência médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas - FMUSP*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Della Torre, D. Clarificando o acompanhamento terapêutico. In A.E.A. Antúnez. (Org.). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 179-191). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Deus, R.T. (2011). Um aspecto do manejo na análise de uma paciente psicótica: o valor clínico do acompanhamento terapêutico. In A.E.A. Antúnez. (Org.). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 121-133). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Dias, C., Breyton, D.M & Goldman, L. (1997) A república.. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto *A Casa. Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 143-151). São Paulo: EDUC
- Doistoiévski. F. (2013). O sonho de um homem ridículo. In: F. Dostoiévski. *Dois narrativas fantásticas* (pp. 89-123). São Paulo: 34. (Trabalho original publicado em 1877).
- Dozza, L. M. (2012). Encuadre abierto y clínica de lo cotidiano. *A Travessar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, 1 (1), 59-66.
- Faizibaioff, D.S. (2013). Cotidiano em uma residência terapêutica, escrito por um acompanhante terapêutico. *Associação Paulista de Medicina - Suplemento Cultural*, 246, 3-4. Recuperado de: http://issuu.com/associacaopaulistamedicina/docs/suplemento_maio_2013
- Faizibaioff, D.S. (2014). Contribuições de Eugène Minkowski para o acompanhamento terapêutico (AT) de pacientes graves. *Anais - I Congresso Internacional Pessoa e Comunidade: Fenomenologia, Psicologia e Teologia*. São Paulo, p. 330-349. Recuperado de: http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/anais_I_cong_intern_pessoa_comunidade_2014.pdf
- Faizibaioff, D.S. & Antúnez, A.E.A. (2014). Sobre o aspecto temporal da vida em Minkowski: revisitando o Tempo Vivido. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 3(1), 48-115. Recuperado de http://www.revistapfc.com.br/img/pdf/artigos/048-115_3_1_Faizibaioff.pdf
- Faizibaioff, D.S., Antúnez, A.E.A. & González, L. (2014) O Tempo vivido no acompanhamento terapêutico. *A Travessar*, 2(4), 5-24. Recuperado de http://www.aat.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Revista-A-Travessar_vol-4_2014.pdf
- Faizibaioff, D.S. & Antúnez, A.E.A. (2015). O aspecto pessoal (vivido) em Minkowski como fundamento diagnóstico e metodológico da Psicopatologia Fenômeno-Estrutural. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, 35(88), 39-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94640400004>
- Faizibaioff, D.S., Safra, G. & Antúnez, A.E.A. (2015, 28 de Julho). *Do acompanhante terapêutico (AT) ao amigo qualificado*. Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Psicologia e Fenomenologia. Resumo recuperado em 1º de Março de 2016, de <https://drive.google.com/file/d/0BwcQoWYXYz0FeDc0VXgtX2gyVIU/view> (p. 215).
- Farab I.M. (1997). A clinica do acompanhamento terapeutico: atendimento a pessoas com síndrome de Down. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto *A Casa. Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 269-308). São Paulo: EDUC
- Ferenczi, S. (1992). Análises de crianças com adultos. In S. Ferenczi. *Psicanálise IV* (pp. 69-84). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931).
- Fernandes, M. A. (2010) Consciência, vivência e vida: um percurso fenomenológico. *Rev. abordagem gestalt*, 16 (1), 29-41.
- Ferreira, A.B.H. (1999). *Novo Aurélio do século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. (3a ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Freitas, A. P. (2013). Olhares e perspectivas do acompanhante terapêutico sobre a família do acompanhado. *A Travessar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, 1 (2), 09-18.

Freud, S. (2011). *O mal-estar na civilização*. São Paulo: Penguin-Companhia. (Trabalho Original publicado em 1929).

Ghertman, I.A.. (1997). A teorização no acompanhamento terapêutico: impasse ou ruptura?. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 233-240). São Paulo: EDUC

Gabanela, E.M.F. (1997). Relação mãe-filha e o lugar do acompanhamento terapêutico. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 205-218). São Paulo: EDUC

Gerab, C. K. & Berlinck, M. T. (2012). Considerações sobre o enquadre na clínica do AT. *Estilos da Clínica*, 17 (1), 88-105.

Gonçalves, L. L. M. & Benevides de Barros, R. D. (2013). Função de publicização do Acompanhamento Terapêutico: a produção do comum na clínica. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), 108-116.

Gonçalves, C.A.B. (2011). O acompanhamento terapêutico e a reforma psiquiátrica. In Antúñez, A.E.A. (Org.). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 21-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Green, A. (2008). *De locuras privadas* (2a ed.). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1972).

Grupo Trama (1997). Reflexões sobre o lugar da saída no acompanhamento terapêutico. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 121-6). São Paulo: EDUC

Gurfinkel, D. (2001). Fé perceptiva e experiência de realidade. *Natureza Humana*, 3(1), 141-173.

Hermann, M. C. (2010). Acompanhamento terapêutico, sua criação em uma montagem institucional de tratamento e as ofertas de laço social. *Estilos da clínica*, 15 (1), 40-59.

Houaiss, A., Villar, M.S. & Franco, F.M.M. (2009). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Husserl, E. (1950). *Idées directrices pour une phénoménologie* (P. Ricoeur trad.). Paris: Gallimard.

Kibrit, B. (2013). Possibilidades e desafios da Inclusão Escolar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16 (4), 683-695

Lazzarotto, G. D. R., Carvalho, J. D., & Becker, J. L. (2013). Acompanhando micropolíticas juvenis: estratégias clínico-institucionais. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), 55-64.

Leães, M. L. (2011). Estendendo a psicanálise: acompanhamento terapêutico na cidade, o corpo e possibilidades. *Revista do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre*, 18, 1-5. Recuperado de: <http://www.flappsip.com/concurso/ESTENDENDO%20A%20PISCANALISE%20POLISURBE.pdf>

Lei n. 4199, de 27 de Agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo. Recuperado em 4 de Novembro de 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm

Leite, M. P. (1992). Clínica diferencial das psicoses. In D. Mauro (Org.). *Circulação psicanalítica*. Rio de Janeiro, Imago

Logatti, M.S. Acompanhando Rita. (2011). In A.E.A. Antúnez. (Org.). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 99-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Maduenho, A. (2010). *Nos limites da transferência: dimensões do intransferível para a psicanálise contemporânea*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Maduenho, A. (2012). Transicionalidade, simbolização e transferência: processos de cura e amadurecimento no acompanhamento terapêutico. *CADERNOS HabitAT*, 1(2), 31-53.

Marazina, I. (1997). As fronteiras do terapêutico no trabalho da rede pública. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 167-176). São Paulo: EDUC

Marco, M. N. C. & Calais, S. L. (2012). Acompanhante terapêutico: caracterização da prática profissional na perspectiva da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14 (3), 4-18.

Marques, M. R. (2013). A prática do Acompanhamento terapêutico como estratégia de expansão territorial: uma incursão cartográfica. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), 31-40.

Merleau-Ponty, M. (2005). O entrelaçamento - o quiasma. In: M. Merleau-Ponty. *O visível e o invisível* (4a ed.) (pp. 127-150). São Paulo: Perspectiva (Trabalho original publicado em 1964).

Merleau-Ponty, M. (2006). Prefácio. In: M. Merleau-Ponty. *Fenomenologia da percepção* (3a ed.) (pp. 1-20). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1945).

Michaelis (1998). *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos

Minkowski, E. (1970). Estudio psicológico y análisis fenomenológico de un caso de melancolia esquizofrénica. In E. Minkowski, V.E. Gebattel, & E. W. Strauss. *Antropología de la alienación: ensayos* (p. 13-35). Caracas: Monte Ávila. (Trabalho original publicado em 1923).

Minkowski E. (1973). *El tiempo vivido: estudios fenomenológicos y psicológicos*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica. (Trabalho original publicado em francês em 1933).

- Minkowski, E. (1997). *Approches phénoménologiques de l'existence*. In E. Minkowski. *Au-delà du rationalisme morbide* (pp. 189-210). Paris: l'Harmattan.
- Minkowski E. (1999). *Traité de psychopathologie*. Paris: Presses universitaires de France. (Trabalho original publicado em 1966).
- Minkowski E. (2000). *La esquizofrenia: psicopatología de los esquizóides y los esquizofrênicos*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica. (Trabalho original publicado em francês em 1927).
- Moffat, A. (1983). *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular* (4a ed.). São Paulo: Cortez.
- Moreira, V. (2011). A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a Psicopatologia Fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(2), 172-184.
- Moreira, V. (2012). Introdução. In A. Tatossian, & V. Moreira. *Clínica do Lebenswelt: psicoterapia e psicopatologia fenomenológica* (pp. 19-28). São Paulo: Escuta.
- Montezi, A. V. (2012). A importância do cotidiano oferecido pelo acompanhante terapêutico a pacientes psicóticos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 3, (2), 258-264.
- Oliveira, R. W. (2013). Os caminhos da reforma psiquiátrica: Acompanhamento Terapêutico, propagação e contágio na metrópole. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), 90-94.
- Oliveira, J.C.R. & Tufolo, A. (2011). Reflexão de uma experiência clínica no campo do acompanhamento terapêutico, sustentado por uma visão filosófica. Antúnez, A.E.A. (Org.). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 57-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pandijarjian, C. (1997). Acompanhamento terapêutico: imagens em movimento. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 61-70). São Paulo: EDUC
- Pessanha, J. (2009). *Instabilidade perpétua*. Cotia: Ateliê Editorial.
- Piné, A.S. (2011). A proximidade do encontro: o acompanhamento terapêutico e os impasses da experiência clínica. In A.E.A. Antúnez. Antúnez, A.E.A. (Org.). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 135-150). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pitiá, A. C. A. (2013). Acompanhamento Terapêutico e ação interdisciplinar na atenção psicossocial. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), 73-81.
- Portela, M. (2012). El a-fectarse do AT y sus efectos en el tratamiento. *ATravessar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, 1 (1), 39-43.
- Possani, T. (2011). Por onde anda o acompanhamento terapêutico. In A.E.A. Antúnez. (Org.). *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias* (pp. 205-215). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Porto, M. (1997). Greta e nonato. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 37-48). São Paulo: EDUC
- Porto, M. (2013). A pólis arquipélago - notas do acompanhamento terapêutico. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), 2-8.
- Petri, R. (1997). Atravessar a rua: risco de vida ou risco de viver?. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 127-132). São Paulo: EDUC
- Ramos, F. Q. & Majolo, T. (2012). Instantes de encontros com crianças e adolescentes nas ruas de São Paulo. *ATravessar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, 1 (1), 67-75.
- Rilke, R.M. (2010). *Cartas a um jovem poeta*. São Paulo: Globo.
- Rosenfeld, H.A. (1988). *Impasse e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago
- Rolnik, S. (1997). Clínica nômade. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 83-97). São Paulo: EDUC
- Romero, R. G. & Sacadura, S. A. R. C. (2013). O acompanhamento terapêutico, campo de intervenções específicas, uma questão ética. *ATravessar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, 1 (2), 45-56.
- Safra, G. (2001). Investigação em Psicanálise na universidade. *Psicologia USP*, 12(2), 171-175.
- Safra, G. (Locutor). (2003). *Intervenções clínicas breves e pontuais - em consultas avulsas e em situações de crise aguda* [DVD]. São Paulo: Sobornost. Aula nº18 do curso Psicanálise e Psicoterapia, ministrado em 2003, 2004 e 2005.
- Safra, G. (2004). *A Po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Idéias e Letras.
- Safra, G. (Locutor). (2006). *Método de pesquisa: do projeto à elaboração do texto final* [Digital áudio em mp3]. São Paulo: Sobornost. Aula ministrada no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da USP, realizado em São Paulo, em
- Safra, G. (Locutor). (2008). *Acompanhar: desvelando a comunidade ontológica* [DVD]. São Paulo: Sobornost. Conferência ministrada na abertura do I Simpósio Internacional de Acompanhamento Terapêutico, realizado em São Paulo, em 29/08/2008.
- Safra, G. (Locutor). (2009). *Acompanhamento terapêutico e a clínica da pessoa* [DVD]. São Paulo: Sobornost. Aula ministrada em 22/08/2009.
- Safra, G. (2012). Acompanhamento Terapêutico: uma clínica assentada na ética. *ATravessar: Revista de Acompanhamento Terapêutico*, 1 (1), 91-98.

- Safra, G. (Locutor). (2014). *O lugar do acompanhamento terapêutico no momento histórico atual* [Digital áudio em mp3]. São Paulo: Sobornost. Conferência no I Simpósio de Acompanhamento Terapêutico da Faculdade de Medicina do ABC, realizado em Santo André (SP) em 20/09/2014.
- Scharwcz, L. & Starling, H. (2015). *Brasil: uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sereno, D. (1997). Acompanhamento terapêutico e cinema. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 49-60). São Paulo: EDUC
- Sereno, D. (2012). Sobre a ética no acompanhamento terapêutico (AT). *Psicologia em Revista*, 21 (2), 217-232.
- Severino, A.J. (2001). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo, SP: Cortez.
- Silva, A.L.B.P. & Silva, M.B.P.S. (1997). Acompanhamento terapêutico: técnicas e ética. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 219-232). São Paulo: EDUC
- Silva, D. & Silveira, R. W. M. (2013). Devires e drivers da clínica: acontecimentos no acompanhamento terapêutico. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6 (1), 71-89
- Stein, E. (2002). *La estructura de la persona humana*. Madrid: BAC.
- Stein, E. (2005). La esencia de los actos de empatía. In E. Stein. *Obras completas, II Escritos filosóficos Etapa fenomenológica* (p 79-116). Monte Carmelo: El Carmen.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, 39(3), p. 507-514.
- Ulrich, F. (1997). Caso M: o acompanhamento terapêutico com suporte de experimentações. In Equipe de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa. *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 183-190). São Paulo: EDUC
- Vasconcelos, M. F. F., Machado, D. O., & Mendonça Filho, M. (2013). Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. *Psicologia & Sociedade*, 25 (2), 95-107.
- Vilela, A. A. M. & Silva, C. R. & Oliveira, J. B. (2010). O AT como recurso clínico no tratamento da psicose. *CliniCAPS*, 4 (10), 0.
- Wachs, F. & Jardim, C. & Paulon S. M. & Resende, V. (2010). Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20 (3), 895-912.
- Werneck Filho, B. D. (2010). Os três elementos essenciais no Acompanhamento Terapêutico: encontro no cotidiano, intuição e movimento. *Psychiatry On Line Brazil*, 15 (2), 0.

Winnicott, D.W. (2000). A mente e sua relação com o psique-soma. In D.W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958).

Winnicott, D. W. (2011). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. In D. W. Winnicott. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 182-199). Buenos Aires: Paidós (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D.W. (2011). Los fines del tratamiento psicoanalítico. In D. W. Winnicott, D.W. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 217-222). Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1962).

Winnicott, D.W. (2012). Variedades de psicoterapia. In D. W. Winnicott. *Privação e delinquência* (5a ed.). (pp. 263-273). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).

Winnicott (2012). *Privação e delinquência* (5a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

