

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO –
PUCSP**

DEBORAH SERENO

**O acompanhamento terapêutico como dispositivo transdisciplinar de
articulação na cidade - a cena no AT**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

São Paulo

2018

DEBORAH SERENO

**O acompanhamento terapêutico como dispositivo transdisciplinar de
articulação na cidade - a cena no AT**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação do prof. Dr. Odair Furtado para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

São Paulo

2018

Nome: SERENO, Deborah

Título: O acompanhamento terapêutico como dispositivo transdisciplinar de articulação na cidade - a cena no AT

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação do prof. Dr. Odair Furtado para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Odair Furtado

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Profa. Dra. Miriam Debieux Rosa

USP

Profa. Dra. Analice Palombini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Profa Dra Elisa Zaneratto Rosa

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Dra Isabel Victoria Marazina

Dedico este trabalho a todos aqueles que ainda sonham e lutam
por uma sociedade sem nenhum tipo de manicômio.

Agradeço à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) pela bolsa
– dissídio.

AGRADECIMENTOS

Esta tese só foi possível porque tive, ao longo do meu percurso no campo do AT, uma rede enorme de amigos, colegas, parceiros de trabalho, supervisionandos, acompanhados, seus familiares, equipes, etc. De certo modo, esta trajetória foi, desde a efervescência do final dos anos 1970 até as redes quentes da Brasa, uma sequência de significantes só percebida à posteriori. Ela indica neste ponto mesmo, no calor dos afetos, o local onde posso enlaçar minha implicação e sustentar minha produção. Nesse sentido, esse agradecimento é amplo: a toda esta rede, parte da qual, de certo modo, tem voz neste trabalho.

Agradeço especialmente à Miriam Debieux Rosa, pelo acolhimento do projeto, pela paciência, pela insistência e pela presença até o último momento, e ao Odair Furtado, pelo carinho com que acolheu a orientação da tese, quando isso se fez necessário.

Também agradeço especialmente às amigas que compuseram a banca de qualificação e da defesa. À Maria Cristina G. Vicentin, pela parceria de trabalho e pela amizade ao longo de todos estes anos, e também pela provocação e incentivo a esta escrita. À Isabel Marazina, desde os tempos da Casa, passando pelo trabalho conjunto no Sedes, nem sempre sem tensões, pela sua presença na luta pela efetivação de políticas públicas antimanicomiais, desde sua chegada ao Brasil, e ainda agora, à distância. À Analice Palombini pela parceria no campo do AT desde o I Congresso Internacional de AT em 2006, e pela amizade que dá descanso ao desassossego. À Elisa Zaneratto Rosa, pela sua clareza de ação política e pela interlocução que estabelecemos no Núcleo de Saúde Mental.

Agradeço a toda equipe do CAPSij da Brasilândia por todos os anos de trabalho em conjunto e, em especial, à Patrícia Rodrigues Rocha, pela confiança depositada e parceria, e ao Pedro Guerra, pela disponibilidade generosa de seu trabalho no território.

Agradeço aos acompanhantes terapêuticos do Giramundo: Oficinas e Redes em Saúde Mental, pela confiança e coragem no enfrentamento dos desafios, e, em especial, à Maria Clara Brasil de Brito pela disponibilização de sua apresentação de caso, usada na supervisão aberta do XI Congresso Internacional de AT, para discussão nesta tese.

Agradeço à equipe do Rodarua, pela confiança, interlocução e pelo modo cooperativo como temos conduzido a experiência do AT, tornando possível o atendimento à rede pública e às mais diferentes demandas.

Agradeço à Rede Organizadora do XI Congresso Internacional de AT e à turma que participou do Coletivo AT.

Agradeço também ao Alan Osmo, pela revisão atenta e pelos comentários precisos com relação a esta tese.

Um agradecimento aos colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisa Psicanálise e Política da PUCSP, pelos encontros e reencontros neste percurso da pós: à Marta Okamoto, à Claudia Trigo Aguiar, à Ana Paula Mussatti Braga, à Mariana Belluzzi, à Carolina Bertol e à Emilia E. Broide.

Também quero agradecer às amigas da Floresta, Luciana, Renata e Elisa, pelas risadas, conversas e sustentação do dia a dia, e pelo total apoio neste processo de escrita.

À Pati, minha filha, que, se no mestrado me deu a maior força, ao longo dos anos tornou-se uma grande parceira de vida. Todo meu amor! Nesse sentido, agradeço também aos meus pais e irmãos. Obrigada a todos!

RESUMO

SERENO, Deborah. *O acompanhamento terapêutico como dispositivo transdisciplinar de articulação na cidade – a cena no AT*. Tese (Doutorado) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

Esta pesquisa parte de inquietações referentes ao campo do AT, mais precisamente em relação à formação de trabalhadores nessa função, e busca contribuir para a formação de trabalhadores de saúde mental nos dispositivos de cuidado territoriais, criados a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A pesquisa faz um percurso sobre as trajetórias clínico-políticas da saúde mental no Brasil, passando pela pré-história do AT nos anos de 1960, para focalizar a segunda metade dos anos 1970, momento de efervescência política e de luta pela redemocratização do país, e quando se dá a fundação do Hospital-Dia A Casa, onde situamos, no início dos anos 1980, o surgimento do AT em São Paulo. A partir deste percurso, foi possível evidenciar o AT, desde suas origens, ligado aos movimentos de abertura, de resistência aos poderes hegemônicos, homogeneizantes, silenciadores, excludentes, bem como sua disposição transdisciplinar. Com isso, afirma-se que a teorização do AT faz uso de diferentes ferramentas conceituais para dar conta de sua clínica na cidade, no território, e das demandas que surgem a partir da RPB. Ao propor a cena como ferramenta conceitual do AT, buscou-se contribuir para a construção de subsídios para esta clínica: a cena como o próprio método da clínica, do modo fazer do AT, e também como dispositivo de transmissão da clínica do AT e de formação pelo trabalho. A divisão da cena em quatro elementos constituintes – o enquadre aberto, a presença/corpo, a transferência/escuta do sujeito e a cidade – serviu como recorte para a leitura de diferentes autores comprometidos em teorizar a clínica do AT. A discussão das cenas de um AT apresentadas em uma supervisão aberta mostra a cena operando em seus efeitos multiplicadores de sentidos e afirma sua função de transmissão. Ao final do percurso, considera-se que, a partir das perspectivas das redes, de sua atuação como máquina de guerra e do contágio com os movimentos insurgentes, com aquilo que a cidade não se deixa dominar, o AT pode operar na resistência aos processos de controle e de automação da vida.

Palavras chave: Acompanhamento Terapêutico, cena, transdisciplinaridade, clínica no território, saúde mental.

ABSTRACT

SERENO, Deborah. *The therapeutic accompaniment as a transdisciplinary device of articulation in the city - the scene at the TA*. Thesis (PhD) - Postgraduate Program in Social Psychology, Pontifical Catholic University of São Paulo, 2018.

This research is based on the unquietness related to the field of therapeutic accompaniment (TA), more precisely on the training of workers in this function and seeks to contribute to the schooling of mental health workers in the territorial care devices created after the Brazilian Psychiatric Reform (RPB) and National Policy of Mental Health (PNSM). The research traces the clinical-political trajectories of mental health in Brazil, going through the prehistory of the TA in the 1960s, to focus on the second half of the 1970s, a time of political effervescence and a struggle for the country's re-democratization, and when the Day-Hospital A Casa was founded, where we place, at the beginning of the 80's, the emergence of the TA in São Paulo. From this trajectory, it was possible to situate the TA, from its origins linked to the opening movements, as of resistance to hegemonic, homogenizing, silencing, excluding powers and also its transdisciplinary disposition. With this, it is affirmed that the theorization of the TA makes use of different conceptual tools to be able to perform its clinic in the city, in the territory, and of the demands that arise from the RPB. In proposing the scene as a conceptual tool of the TA, we sought to contribute to the construction of subsidies for the TA clinic, the scene as the clinic's own method, the way the TA works and also as a transmission device of the TA clinic and on duty training. The division of the scene into four constituent elements - the open frame, the presence / body, the transference / listening of the subject and the city served as a clipping for reading of different authors committed to theorize the TA clinic, this division being purely methodological, once that these terms are linked. The discussion of the scenes of an TA presented in an open supervision shows the scene operating in its multiplier effects of senses. At the end of the course, it is considered that, from the perspectives of the networks, from its role as a war machine and from the contagion to the insurgent movements, from what the city is not allowed to dominate, the TA can operate in resistance to the control processes and automation of life.

Keywords: Therapeutic Accompaniment , scene, transdisciplinarity, clinic in the city, mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP *Associação Brasileira de Psicanálise*

ABPsiq *Associação Brasileira de Psiquiatria*

ABRASCO *Associação Brasileira de Saúde Coletiva*

ABRASME *Associação Brasileira de Saúde Mental*

ACS *Agente Comunitário de Saúde*

AIDS *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*

AIH *Autorização de Internação Hospitalar*

AIS *Ações Integradas de Saúde*

AMA *Assistência Médica Ambulatorial*

AME *Ambulatório Médico de Especialidades*

APA *Associação Psicanalítica Argentina*

APD *Apoiadores da Pessoa com Deficiência*

AT *Acompanhamento Terapêutico*

at *Acompanhante Terapêutico*

BOPE *Batalhão de Operações Especiais*

BPC: *Benefício de Prestação Continuada*

CAPS AD *Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas*

CAPS *Centro de Atenção Psicossocial*

CAPS ij *Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude*

CDI *Centro de Docência e Investigação*

CEBES *Centro de Estudos Brasileiros de Saúde*

CECCO *Centro de Convivência e Cooperativa*

CERJ *Companhia de Eletricidade do Estado do Rio de Janeiro*

CGMAD/MS *Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*

CIT *Comissão Intergestores Tripartite*

CONASP *Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária*

CRAS *Centro de Referência de Assistência Social*

CREAS *Centro de Referência Especializado de Assistência Social*

CTSM *Coordenadoria de Trabalhadores em Saúde Mental*

DINSAM *Divisão Nacional de Saúde Mental*

DISAM/ CSM *Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental/ Coordenadoria de Saúde Mental*

DST *Doença Sexualmente Transmissível*

EPFSO *Escola de Psicologia Freudiana e Socioanálise*

EJA *Educação de Jovens e Adultos*

ESF *Estratégia Saúde da Família*

FAP *Federação Argentina de Psiquiatras*

FBH *Federação Brasileira de Hospitais*

FMI *Fundo Monetário Internacional*

FÓ/Brasilândia *Freguesia do Ó/Brasilândia*

GCM *Guarda Civil Metropolitana*

HD *Hospital-Dia*

HIV *Human Immunodeficiency Virus*

IBGE *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*

IBRAPSI *Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições*

IDH *Índice de Desenvolvimento Humano*

INAMPS *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social*

INPS *Instituto Nacional da Previdência Social*

INS *Índice de Necessidades em Saúde*

INSS *Instituto Nacional de Seguridade Social*

IPA *International Psychoanalytical Association*

IPEA *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*

IPVS *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social*

MTSM *Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental*

NAPS *Núcleos de Atenção Psicossocial*

NASF *Núcleo de Apoio à Saúde Família*

NIR *Núcleo Integrado de Reabilitação*

OEA *Organização dos Estados Americanos*

ONG *Organização Não Governamental*

ONU *Organização das Nações Unidas*

OPAS/OMS *Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde*

OSS *Organização Social de Saúde*

PAI-PJ *Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário*

PAS *Plano de Atendimento à Saúde*

PIM *Programa de Intensidade Máxima*

PM *Policia Militar*

PSF *Programa Saúde da Família*

PTS *Projeto Terapêutico Singular*

PUCSP *Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*

QUALIS *Qualidade Integral à Saúde*

RAPS *Rede de Atenção Psicossocial*

RD *Agentes Redutores de Danos*

RPB *Reforma Psiquiátrica Brasileira*

SAMU *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*

SM *Saúde Mental*

SPPSP *Sociedade Psicanalítica de São Paulo*

SPRJ *Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro*

SRT *Serviço Residencial Terapêutico*

SUAS *Sistema Único de Assistência Social*

SUS *Sistema Único de Saúde*

TO *Terapeutas Ocupacionais*

UBS *Unidade Básica de Saúde*

UBSF *Unidade Básica Saúde da Família*

UPA *Unidade de Pronto Atendimento*

VD *Visita Domiciliar*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. TRAJETÓRIAS CLÍNICO-POLÍTICAS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A PRÉ-HISTÓRIA DO AT	17
1.1. A pré-história do AT – os anos 1960	17
1.2. Os anos 1970 e a trajetória alternativa - 1978/1979 (viva a Sociedade Alternativa).....	25
1.2.1. A primeira geração dos psicanalistas argentinos.....	28
1.2.2. A segunda geração de psicanalistas argentinos e o curso de psicanálise do Sedes	31
1.2.3. A Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria.....	36
1.2.4. O Hospital-Dia A Casa	39
1.3. Década de 1980.....	41
1.3.1. A trajetória sanitária.....	42
1.3.2. A Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental	50
1.3.3. 1987 - A trajetória desinstitucionalizante.....	54
1.3.4. CAPS Luiz da Rocha Cerqueira – o CAPS Itapeva	55
1.3.5. Encontros.....	59
1.3.6. Da minha implicação com o tema do AT.....	63
2. O AT COMO DISPOSITIVO TRANSDISCIPLINAR DE ARTICULAÇÃO NA CIDADE.....	70
2.1. Transdisciplinaridade / transversalidade	71
2.1.1. Que lugar para a psicanálise no AT?	74
2.2. A cena no AT	81
2.2.1. O enquadre	88
2.2.2. Presença.....	100
2.2.3. Transferência	109

2.2.3.1.	Ações interpretativas	124
2.2.3.2.	Violência necessária	128
2.2.3.3.	Amizade	129
2.2.4.	Cidade	136
3.	CENAS DE UM AT.....	156
3.1.	Fazendo a cena operar – algumas considerações sobre a cena	164
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
	REFERÊNCIAS.....	173

APRESENTAÇÃO

Esta tese parte de inquietações que surgem do meu trabalho no campo de acompanhamento terapêutico (AT¹) há trinta anos, e mais atualmente, desde 2009, da minha experiência como docente e supervisora de estágios na saúde pública, nos serviços de saúde mental e na atenção básica, no curso de graduação em psicologia da PUCSP.

Estes estágios se dão no último ano do curso, e, após a escolha do núcleo e do campo de estágio², os estudantes passam a fazer parte da instituição como “estagiários da equipe” durante todo ano letivo, por aproximadamente 6 horas semanais (dois períodos).

Com relação à saúde mental, os estágios se dão em diferentes equipamentos, como CAPSij, CAPS adulto, CAPS AD, Residências Terapêuticas (SRT) e CECCO. Assim, os estudantes participam das reuniões de equipe, das reuniões de rede, dos fóruns, de reuniões de articulação intersetorial; participam da coordenação de grupos e oficinas com os usuários; geralmente são escalados (direcionados) para os “espaços de convivência”; desenvolvem projetos de acompanhamento terapêutico. Na atenção básica, os estudantes passam a compor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), acompanhando as atividades desenvolvidas pelo NASF no apoio às Equipes de Saúde da Família e nas ações no território. Os estágios podem ainda acontecer no Giramundo: Oficinas e Redes em Saúde Mental, um serviço da Clínica Psicológica da PUCSP, sob minha coordenação, onde os estudantes realizam o trabalho de acompanhamento terapêutico junto aos serviços da rede de saúde mental e intersetorial.

Muitas das inquietações se referem à ‘convivência’ nas instituições de saúde mental, essencial em relação à clínica desses serviços. Os espaços de convivência são aqueles momentos de ‘atividade livre’, não estruturados, de encontros e relações espontâneas, são também todos aqueles momentos de passagem entre uma atividade e outra, nos corredores, no pátio, nas horas de descanso. Também a convivência no morar compartilhado nas residências terapêuticas, ou mesmo nos parques, nos centros de convivência. Entendo estes espaços de convivência como dos mais potentes na clínica da reforma, mas também dos mais difíceis de serem sustentados pelas equipes. É neles que

¹ Ao longo do texto, utilizaremos AT, para designar Acompanhamento Terapêutico e at, para acompanhante terapêutico. Tal abreviação foi inicialmente adotada por Barreto (1998).

² Núcleos “Saúde Mental: Política e Clínica Ampliada” e “Contextos em crise: intervenções clínico-institucionais”.

mais se pode verificar os efeitos de um manicômio que insiste em retornar nas formas de controle mais sutis possíveis (a capsização³, srtzição⁴).

Considero que a potência da função da convivência, como dispositivo clínico na instituição, seja muito próxima da função do AT na cidade, e isto remete a um modo de pensar a clínica, que por sua vez remete a uma ética e a um modo de ‘estar com’, um tipo de presença, uma atitude. Com outros autores, penso que este modo de ‘estar com’ a loucura, tão caro à clínica do AT, indicaria uma postura, um tipo de presença e uma ética que atravessaria a prática de qualquer trabalhador implicado nos serviços abertos e territoriais forjados no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

Isto parece ser uma questão fundamental a partir do surgimento de novos atores presentes nas atuais políticas de Saúde Mental e de Atenção Básica que também atuam no território, retirando a especificidade que tinha o AT de ter uma clínica que se dá na cidade, fora das instituições de tratamento (LEMKE, 2009, 2013; PALOMBINI, 2010; SERENO, 2012). Essa foi uma das definições que atravessou por anos o AT: dispositivo clínico cuja especificidade está no fato de se dar fora das instituições de tratamento, na cidade.

Dentre estes novos atores, podemos destacar os redutores de danos (RD), os acompanhantes comunitários das residências terapêuticas (AC), os apoiadores da pessoa com deficiência (APD), os agentes comunitários de saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF). Atores cujas práticas, saberes e estratégias clínicas conversam entre si e com o AT e têm contribuído com a qualificação do cuidado nos serviços comunitários de base territorial, visando uma política de saúde universal, integral e para todos. Como diz Palombini (2010), mais do que especialismos, cargos ou profissões, essas funções expressariam um modo de conceber a clínica que atravessa, ou poderia atravessar, as práticas de qualquer um dos trabalhadores envolvidos com o cuidado no território.

Qual a especificidade do AT? Como o AT pode contribuir nesta rede de conversação?

³ O artigo “Na direção certa, mas precisando acertar o passo” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA-SP, 2008), que avalia a reforma psiquiátrica, aponta o risco da “capsização”, neologismo criado para se referir ao risco de transformação dos CAPS em pequenos manicômios, isto é, do retorno à lógica manicomial no próprio CAPS. Este risco, podemos acrescentar, do retorno à lógica manicomial, excludente, segregacionista e cronificadora, está presente em cada um dos serviços substitutivos criados, e também, de maneira mais ou menos latente, nos trabalhadores de saúde mental (o que aponta para a necessidade de dispositivos de ações territoriais junto aos usuários e de supervisão/análise institucional e formação continuada para as equipes).

⁴ Neologismo que crio para o risco dos serviços residenciais terapêuticos (SRT) se tornarem pequenos manicômios.

Esta tese tem, portanto, dois objetivos. O primeiro pretende resgatar as origens do AT no Brasil e descrever as condições de possibilidade para o surgimento do AT em São Paulo, no início dos anos 1980, no Hospital-Dia A Casa. Deste percurso, espero obter os argumentos que afirmem o AT como uma clínica transdisciplinar.

A partir daí, e como segundo objetivo, pretendo propor a cena como ferramenta conceitual no AT, considerando a cena o próprio fazer do AT, o acontecimento. Para isso vou descrevê-la a partir de quatro elementos: o enquadre aberto, a presença/corpo, a transferência/escuta do sujeito e a cidade.

Pensar a cena a partir de conceitos como o enquadre, a presença, a transferência, a cidade, ou seja, pensá-la a partir do tipo de presença, do modo como o at entra na cena do paciente com o corpo, da implicação disto na transferência, dentro de um enquadre aberto na e à cidade, pode contribuir como ferramenta-conceitual para a transmissão da clínica do AT e como dispositivo de formação para o trabalhador da rede⁵. Por outro lado, essa separação entre os termos (enquadre, presença, transferência e cidade) é puramente didática/metodológica. Os termos estão absolutamente enlaçados entre si, como veremos.

A tese foi estruturada em três partes:

Na primeira, “Trajetórias clínico-políticas da saúde mental no Brasil”, pretendo resgatar a “pré-história” do AT nas comunidades terapêuticas nos anos 1960, e acompanhar, ainda que brevemente, a trajetória das políticas públicas de atenção em saúde mental, focalizando, principalmente, a segunda metade dos anos 1970, momento de efervescência política que culminará no movimento dos trabalhadores de saúde mental, que dará o start para a construção da reforma psiquiátrica brasileira e da atual política nacional de saúde mental. Ainda no final dos 1970, discutiremos a fundação do Hospital-Dia A Casa, situando, no início dos 1980, as condições de possibilidade para o surgimento do AT em São Paulo.

Na segunda parte, “O AT como dispositivo transdisciplinar de articulação na cidade”, vamos apresentar o dispositivo tal como o compreendemos na atualidade, circunscrevendo as marcas a partir da experiência da Casa, da Estação - Cooperativa de AT, e também trazendo a produção de autores (interlocutores) que trabalham nessa direção. Assim, esta tese não pretende fazer uma revisão bibliográfica exaustiva de toda produção brasileira sobre AT. Antes, recorro a estes interlocutores, e aos seus textos e

⁵ Este contágio entre as funções está diretamente relacionado a um posicionamento ético-político: a importância (ou necessidade!) de democratizar o AT e o modo de fazer do AT, desinstitucionalizar o AT e ampliar a “função rede” como sustentação e afirmação das estratégias clínicas forjadas a partir da RPB.

palavras, para seguir dando consistência à clínica do AT, tal como a temos formulado: diversa, plural, transdisciplinar e em rede. Além disso, partindo da clínica e seguindo na revisão da literatura, vou dedicar um subcapítulo “A cena no AT” detalhando a função da cena e o modo como os seus elementos constituintes, tal como os defini, em termos de enquadre, presença, transferência e cidade, são descritos por esses autores-interlocutores.

Na terceira parte, “Cenas de um AT”, trago cenas de um caso clínico apresentadas em uma supervisão aberta, com as quais pretendo articular aquilo que foi discutido no capítulo 2, destacando a função da cena na clínica e na supervisão.

O trabalho de sistematização exigido nesta tese me fez dar conta do quanto os ats brasileiros avançaram na articulação teórica desta clínica via teorias psicanalíticas, enfatizando a abertura à cidade e ao fora das instituições. Por outro lado, neste trabalho de sistematização/organização, de recolher o que estava disperso, cada uma destas produções serviu como caixa de ressonância e inspiração para o que aqui se segue.

1. TRAJETÓRIAS CLÍNICO-POLÍTICAS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A PRÉ-HISTÓRIA DO AT

1.1. A pré-história do AT – os anos 1960

Seguindo a Europa e os Estados Unidos na crítica com relação ao modelo hospitalocêntrico, sobretudo depois da Segunda Guerra, quando os hospitais psiquiátricos passam a ser identificados como campos de concentração (ROSA, Z., 2016; AMARANTE, 2016, entre outros), as comunidades terapêuticas surgem no Brasil na virada da década de 1960 para a de 1970. Surgem como reação às estruturas tradicionais do hospital psiquiátrico e como uma tentativa de solucionar o problema manicomial e da falta de liberdade dentro do hospício, a partir da construção de um novo modelo discursivo/organizacional que comandasse e remodelasse as ações do cotidiano hospitalar, tendo a psicanálise como referência (TENÓRIO, 2002, p. 29).

Com Reis Neto (1995), situo a origem institucional do AT nesses anos 1960, nas figuras do assistente psiquiátrico em São Paulo, do atendente psiquiátrico em Porto Alegre e do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro, que atuavam dentro das comunidades terapêuticas influenciadas pela psicanálise, pela comunidade terapêutica de Maxwell Jones e pela antipsiquiatria de Laing e Cooper. Cada uma destas experiências seguirá processos distintos, e entre eles, o auxiliar psiquiátrico, na década de 1980, passará a se denominar acompanhante terapêutico.

Vou retomar brevemente a origem institucional do AT em sua pré-história, nos anos 1960, nestas três experiências de comunidade terapêutica.

A Clínica Pinel, inaugurada em 1960, em Porto Alegre, uma instituição privada que funcionava como uma comunidade terapêutica, num esquema de hospital-dia e hospital-noite, atendia majoritariamente pacientes psicóticos adultos, visando sua reintegração ao meio social exterior. De uma maneira geral, as atividades propostas na Clínica Pinel eram grupais e as famílias eram convidadas a participar dos atendimentos familiares. Em 1964, ano do golpe militar, a Clínica Pinel S. A. se transformou na Associação Encarnación Blaya, sociedade civil sem fins lucrativos mantenedora da Clínica e de outras instituições criadas pela Associação, como a pensão protegida e a escola terapêutica para a formação de técnicos para o tratamento da criança e do adolescente psicóticos em regime de comunidade terapêutica, de acordo com relato de

seu fundador, Marcello Blaya Perez, no site da Clínica⁶. É neste contexto que surge a figura do atendente psiquiátrico. De uma maneira geral, as atividades propostas na Clínica Pinel eram grupais e as famílias eram convidadas a participar dos atendimentos familiares.

Com relação aos atendentes psiquiátricos, de acordo com Reis Neto (1995), eles eram preparados dentro da própria Clínica Pinel, pelo próprio Dr. B. Tinham como função:

[...] cuidar do paciente, [...] ficar com o paciente dentro do hospital, o tempo inteiro, acompanhando no banho, na barba, na terapia ocupacional, no esporte, saídas, cinema e tudo que pudesse acontecer para o paciente, dia e noite. (REIS NETO, 1995, p.14).

Segundo Reis Neto (1995), os atendentes psiquiátricos, de algum modo, pareciam encarnar a nova postura que os antigos técnicos dos hospitais psiquiátricos tradicionais deveriam ter incorporado às suas práticas a partir da crítica ao hospital psiquiátrico tradicional feita pela psiquiatria social e pela antipsiquiatria. Ainda de acordo Reis Neto, o fato de não pertencer a nenhuma categoria profissional instituída permitiu ao atendente um “deslizamento que atravessa [...] instituições como a psicologia, psiquiatria, psicanálise etc”, mas também o colocou “num permanente estado de marginalidade em relação aos técnicos usualmente encontrados dentro do campo da saúde mental” (p. 17).

Em São Paulo, na Comunidade Terapêutica Enfance, fundada em 1968, no lugar de uma equipe de enfermagem havia o “assistente psiquiátrico”, cuja função inicial de tomar conta e acompanhar as atividades das crianças – separar brigas, ajudar a vestir, escovar o dente, brincar junto, etc –, passou a ter caráter terapêutico e tornar-se central na Comunidade. Di Loreto faz questão de afirmar que “o nosso assistente não foi de maneira

⁶ De acordo com o site da Clínica Pinel, atualmente, ela é composta por uma unidade de pronto-atendimento, quatro unidades de internação (para transtornos psiquiátricos e dependência química, femininas e masculinas) e um ambulatório. Apesar de “contar com uma equipe interdisciplinar atuando em todos os níveis do Hospital Psiquiátrico”, seu corpo clínico é composto por 20 médicos, sendo um clínico geral e 19 psiquiatras. “Desde a chegada o paciente e a família serão recebidos pelo Médico Psiquiatra que coordenará o atendimento. Quando necessário solicitará outros profissionais que venham a contribuir para o melhor atendimento daquele paciente: Enfermagem, Psicólogos, Nutrição, Consultores em Dependência Química, Terapeutas Ocupacionais, Professores de Educação Física, Terapeutas de Família, além de toda a estrutura de funcionários do hospital treinados para atender a situação em questão” (<http://www.clinicapinel.com.br/index.php/> acesso em 1/10/17). Atualmente, mantém uma estrutura de hospital psiquiátrico, e é nítido a tomada de poder do médico, contradizendo os princípios da comunidade terapêutica de horizontalização das relações de poder e auto-gestão. Infelizmente, não encontramos mais informações, além daquelas que tomaremos de Reis Neto (1995), sobre os percursos do atendente psiquiátrico na Clínica Pinel para entender o que aconteceu com sua função neste retorno da comunidade terapêutica para o hospital psiquiátrico.

alguma a transposição do atendente de Porto Alegre. Os assistentes foram inteira e sofridamente formados por nós” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 55). Os assistentes eram pessoas leigas com capacidade de estabelecer relações humanas terapêuticas, sem os vícios dos consultórios. Aos poucos “foi sendo retirada do médico a iniciativa, a capacidade de criar, a responsabilidade pelas ações terapêuticas” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 60), sendo que a verdadeira revolução era passar essa função para leigos: “Isso criava problemas de todas as ordens, a começar pelas legais [...]” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 60). Os assistentes passaram a constituir um corpo intermediário entre pacientes e equipe técnica (universitária) e eram os responsáveis pelo manejo direto com o paciente, sendo o manejo definido como o “equivalente da interpretação na terapia do viver natural” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 58). Se feito por pessoas muito teóricas, ficava artificial. O manejo “não era só verbal, de tentar entender o que estava ocorrendo e conversar com a criança, [era também] tirar o pau da mão do garoto que está batendo nas coisas” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 55).

Os assistentes compunham a equipe de cada unidade (dividida por faixa etária), e trabalhavam em dois turnos: das 8h00 às 14h e das 14h às 20h, além dos plantões noturnos e de final de semana. Os assistentes eram supervisionados pelo médico e pela psicóloga que compunham as equipes de cada unidade junto com eles (CYTRINOWICZ, 2002, p. 86). As crianças ficavam de seis meses a no máximo um ano na Comunidade. Para Di Loreto, a Comunidade, como uma rede de relações sociais com poder terapêutico maior que todas as terapias e técnicas, ia além do cuidado humanizado e representava uma forma de tratamento, podendo ser definida como conceito-limite entre o psicológico e o social, comportando práticas psicológicas como psicoterapias e psiquiátricas, uso de medicação e também práticas sociais e políticas. Baseado em Maxwell Jones, Di Loreto concebe a organização social como a base para os procedimentos técnicos, onde ambos, o técnico e o social, “participam da criação e revisão permanente da micro-sociedade hospitalar” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 83). O formato que a Comunidade Enfance acabou por constituir foi resultado do desejo pessoal e coletivo, da crença ideológica, do trabalho em um marco comunitário, apostando que “viver em comum é a melhor terapia para pacientes e profissionais envolvidos” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 67). A comunidade “era um território de liberdade e de militância política, onde trabalharam muitos militantes, inclusive pessoas perseguidas pela ditadura militar” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 67).

A Clínica Vila Pinheiros, instituição privada, foi inaugurada em 1969, no Rio de Janeiro, por um grupo de psiquiatras com formação psicanalítica, e também funcionava

como uma comunidade terapêutica: “tinha esta ideologia psicanalítica, aplicada ao tratamento dos psicóticos, de suas famílias, oferecendo hospital-dia, terapia ocupacional muito ativa, [...] e não tinha enfermagem; esta era feita pelos auxiliares psiquiátricos” (REIS NETO, 1995, p. 78). Diferentemente do assistente psiquiátrico do Enface, o auxiliar psiquiátrico foi explicitamente inspirado no atendente psiquiátrico da Clínica Pinel de Porto Alegre, possivelmente pela vinda da psiquiatra Carmen Dametto do Rio Grande do Sul, que passou a compor a equipe. O auxiliar tinha a mesma função de acompanhar o paciente no cotidiano da vida comunitária, e, inicialmente, suas funções correspondiam às do atendente da Clínica Pinel, a convivência com os pacientes no cotidiano da clínica numa relação de simetria: “numa atitude tão ‘informal’ quanto possível, participando das atividades da clínica, saídas à rua etc”, e sua ação “teria como ‘moldura’, como ‘ideal’, uma relação de ‘simetria’ com os pacientes” (REIS NETO, 1995, p. 27). O auxiliar psiquiátrico, de acordo com Dametto (1972), teria como função acompanhar, estar com o paciente “na dele”, fazer com e não fazer por ele, incentivando-o a atividades construtivas, mesmo que “malucas” (desde que sem perigos para ambos), reprimindo-o em atividades destrutivas, amparando-o na hora da angústia (apud SERENO, 1996, p. 22).

As experiências da Clínica Pinel e da Vila Pinheiro confirmam a afirmação de Tenório (2002) de que, como frequentemente ocorre nos sistemas capitalistas, a experiência das comunidades terapêuticas não impactou o modelo e acabou absorvida como marketing pelos manicômios privados não interessados em mudança, mantendo assim o status quo. Porém, autores como Teixeira destacam que a tentativa das comunidades terapêuticas era de montar um espaço institucional onde “predominasse um tipo de relação social mais liberal e equânime” e que

o sonho de liberdade implicou uma aproximação efetiva com os pacientes, [...] esta aproximação teve como referência ordenadora, além dos valores democráticos, o discurso psicanalítico de então, especialmente com a teorização sobre grupos, marca daquela época e preocupação condizente com a prevalência dos dispositivos grupais na rotina das comunidades. (TEIXEIRA apud TENÓRIO, 2002, p. 29)

Penso poder afirmar que a Comunidade Terapêutica Enface manteve-se de fato fiel aos princípios comunitários.

De todo modo, nos anos 1960, o cuidado em saúde tendia à privatização, à lógica de mercado, à preocupação com o lucro, e com a doença mental não foi diferente. Cesarino (1989) aponta que são lógicas diferentes: “não se superpõem a lógica do lucro

e a da saúde pública” (p. 4-5). E a fórmula do lucro era já conhecida: maior o número de pacientes internados, maior o tempo de internação e menor o gasto da clínica com a manutenção do paciente internado (TENÓRIO, 2002, p. 33). É assim que os hospitais psiquiátricos se tornaram verdadeiros depósitos de sujeitos abandonados ao azar, à negligência, à violência, aos maus tratos, sujeitos objetificados, animalizados, dessubjetivados... verdadeiros campos de concentração.

De maneira sintética, podemos dizer que a ditadura incrementou de forma assustadora a internação psiquiátrica em hospitais psiquiátricos privados conveniados, os quais operavam unicamente na lógica do lucro, resultando em hiperlotação, falta de leitos, de comida, de condições mínimas de cuidado com o outro e de direitos humanos⁷.

Além do acirramento desta articulação entre internação psiquiátrica e privatização da assistência, nos anos 1970, a ditadura propagandeava a Psiquiatria Preventiva como solução para a assistência psiquiátrica e como aparente alternativa ao asilo segregador e iatrogênico. Esta proposta preventivista traduzia-se na promoção da saúde mental prioritariamente ao tratamento da doença e foi inspirada nos modelos da Psiquiatria Comunitária ou Preventiva americana, levando vários profissionais a imaginar que poderiam “retirar a Psiquiatria dos consultórios privados ou dos asilos para levá-los à comunidade” (TENÓRIO, 2002, p. 31). Prevenção, comunidade, equipes comunitárias, saúde e liberdade passam a se contrapor às antigas ideias de cura, hospitais, psiquiatria, doença e opressão, respectivamente (COSTA, 1989, p. 12). Isto enquanto enunciação. Os ideais eugênicos já estavam colocados por um de seus fundadores, o psiquiatra norte-americano Gerald Caplan, que nutria a esperança de que o aumento do conhecimento sobre os fatores cromossômicos fosse permitir “intervir eugenicamente para modificar padrões genéticos numa população e, assim, aperfeiçoar a dotação constitucional fundamental de seus membros” (TENÓRIO, 2002, p. 31). Além disso, a medicina preventiva trazia embutida nela os riscos de psiquiatrização do social ao se referir à noção de saúde mental como a boa adaptação ao grupo social, à ordem; a vigilância mantinha o doente mental na posição de suspeito e perigoso, como na Psiquiatria Moral. E de fato,

⁷ Os governos militares acirraram esta articulação entre internação psiquiátrica e privatização da assistência, aumentando o número de leitos contratados nas clínicas e hospitais conveniados. Entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público passou de 14 mil, em 1965, para 30 mil, em 1970 (RESENDE, 1987 apud TENÓRIO, 2002, p. 34). Anos depois, esses números se multiplicariam, mantendo, porém, uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (ALVES, 1999 apud TENÓRIO, 2002, p. 34). Com relação ao número de hospitais psiquiátricos no Brasil durante o regime militar, o aumento é assustador. Em 1965 havia 110 hospitais psiquiátricos; em 1970 eram 178 e, em 1978, eram 351 hospitais conveniados com o INAMPS.

com Costa (1989) vemos que as noções fundamentais da Psiquiatria Comunitária, que concebem o indivíduo como unidade psicossocial, promovendo prevenção e atuação na comunidade, eram cópias dos “projetos de ação social, acionados pelo governo americano, para enfrentar distúrbios políticos dos anos 60-70, nos EUA” (p. 12). Era assim que os hospitais psiquiátricos privados contavam em sua hiperlotação também com toda uma população de ‘desajustados’, presos políticos, etc.

Dentre os pacientes atendidos na Clínica Pinel, apenas uma minoria tinha cobertura previdenciária, os que eram funcionários da Caixa Federal e do ex- Instituto de Aposentadoria e Pensões do Comércio (IAPC). A grande maioria dos pacientes psiquiátricos não tinha recursos financeiros nem cobertura previdenciária, “eram encaminhados ao Hospício São Pedro, um macro hospital que chegou a ter mais de 5000 pacientes internados e este fato se repetia no resto do país” (SIMÕES, 2005, p. 53).

A cobertura previdenciária, o investimento do dinheiro público em hospitais privados e o avanço dos neurolépticos levaram ao fechamento do Sanatório Botafogo, hospital da rede pública, com mais de cem leitos, onde prevalecia o tratamento por meio de longas internações, de psicocirurgias e de eletrochoques. Com a chegada dos neurolépticos e antidepressivos na terapêutica psiquiátrica, “quadros que eram remitidos em meses, passaram a ser remitidos em semanas” (REIS NETO, 1995, p.77). Depois, o surgimento da previdência social, “com toda uma rede de hospitais próprios e conveniados” (REIS NETO, 1995, p.77), foi outro fator que contribuiu para o esvaziamento da clientela dos hospitais. “As pessoas [...] não tinham outra alternativa senão pagar com os próprios recursos um internamento em hospitais particulares” (REIS NETO, 1995, p.77). O surgimento do Vila Pinheiros na mesma época em que fecha o Sanatório Botafogo parece preencher uma lacuna no que se referia ao atendimento destinado aos pacientes da elite da população carioca, “provavelmente pouco satisfeita com o tipo de atendimento que passaria a ser oferecido pela rede de hospitais da previdência” (REIS NETO, 1995, p. 77).

A Clínica Vila Pinheiros não resistiu financeiramente. O fato dos pacientes permanecerem crônicos ou cronificarem ao longo do tratamento resultou em algo dispendioso demais para os familiares, além da grande quantidade de profissionais contratados que foram necessários para dar conta de sua estrutura tal como planejada. Um dos sócios da Vila, na época já psiquiatra e psicanalista, se refere à inviabilidade financeira da Vila, à sofisticação do trabalho, que talvez desse resultado “na Suíça”; isto é, onde havia um padrão financeiro muito alto e “era um tipo de atendimento muito

sofisticado, para uma população que não tinha possibilidades econômicas para sustentá-lo” (REIS NETO, 1995, p. 78), sendo, portanto, de difícil sustentabilidade em termos empresariais. O que era caro era a estrutura: “muitos médicos, assistentes sociais, auxiliares psiquiátricos, [...] esporte, praxiterapia de alto padrão, [...] não era possível sustentar aquilo sem cobrar um preço que muito pouca gente podia pagar” (REIS NETO, 1995, p. 78). Desse modo, concordo com Reis Neto (1995), fica difícil acreditar que a Vila, “atendendo a uma população de elite, pudesse representar um foco de contestação ‘política’, comprometido com mudanças mais amplas nas instituições mais tradicionais” (p. 78). O espaço para algum tipo de atitude politicamente progressista, na proposta da Vila, estava restrito ao seu interior, “com a possibilidade de hierarquias menos rígidas entre os diferentes técnicos e entre estes e os pacientes” (REIS NETO, 1995, p. 78). Neste sentido, o autor afirma que “uma figura como o auxiliar era praticamente a encarnação desta atitude ‘politicamente correta’” (REIS NETO, 1995, p. 78).

A Vila Pinheiros funcionou de 1969 a 1976, e, após seu fechamento, o trabalho de auxiliares começou a ser requisitado para pacientes particulares por alguns médicos da Vila e também de fora nos momentos de crise aguda, visando evitar a internação. Disponibilizavam equipe fixa por atendimento, com carga horária quase sempre de vinte e quatro horas por dia, “procurando-se com isso substituir a ‘continência’ oferecida na clínica, pela presença permanente de um auxiliar junto ao paciente” (REIS NETO, 1995, p. 73). Cada equipe era constituída geralmente por cinco auxiliares que se revezavam em turnos de seis horas durante o dia e doze horas à noite. “Essa equipe de auxiliares era fixa, mantendo-se até o fim do atendimento [...], na medida da melhora deste, a carga horária do acompanhamento ia sendo progressivamente diminuída” (REIS NETO, 1995, p. 73). Houve como que uma transposição daquilo que consideravam eficaz na Vila Pinheiros para este novo espaço: no lugar das regras da clínica, “os médicos agora determinavam o enquadramento para o tipo de convivência a que se lançavam os auxiliares junto aos pacientes e suas famílias” (REIS NETO, 1995, p. 94). De todo modo, o que se evidencia a posteriori é que o AT teria “surgido para servir não tanto aos pacientes, mas sobretudo à psiquiatria e a uma psicanálise psiquiatrizada” (REIS NETO, 1995, p. 147). Em seu contexto de origem, o fazer antipsiquiátrico daquele que acompanhava sustentava um fazer psiquiátrico clássico com uma fachada moderna. O mesmo se repetiu com relação ao surgimento do acompanhante neste contexto psiquiátrico a partir da passagem para a rua dos auxiliares da Vila Pinheiros: “O AT surge para dar uma sustentação política a uma psiquiatria combatida e enfraquecida; [...] Humaniza-se a prática psiquiátrica para

que ela não precise mudar em seus pressupostos fundamentais” (REIS NETO, 1995, p. 147). Ou seja, não se operou mudanças no modelo manicomial e o auxiliar atuava como “um minimanicômio, portátil, ambulante, adaptável a diferentes situações, produzido em série para atender a pacientes com experiências encaixadas em dogmas psicologizados, verdadeiras interpretações enlatadas” (REIS NETO, 1995, p. 83-84).

Mantida inicialmente por convênios como os com o Hospital Público do Servidor Público, a crise financeira da Comunidade Terapêutica Enfance era crônica, o que a levou a se constituir na década de setenta como sociedade civil sem fins lucrativos, a Associação Pro-reintegração Social da Criança, com importante papel político no processo de redemocratização do país, e comprometida com os ideais comunitários e de tratamento em liberdade. Para se manter ela passou por diversos contorcionismos e enfrentou mil adversidades até seu fechamento em 1987. “O convênio do Hospital Servidor pagava razoavelmente bem no começo, mas a partir de um certo momento ele começou a sofrer um processo que aconteceu no governo militar de sucateamento dos hospitais públicos” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 140) e começou a pagar mal os convênios. Com o agravamento da crise, a equipe abriu mão do salário: “acreditávamos no trabalho, as crianças melhoravam mesmo, era bom viver lá, era bom conviver com aquelas pessoas”. A desvalorização foi tal que o valor da diária que pagavam a uma criança era “equivalente ao valor de um pedaço de pizza no Bar do Oliveira, [...] em frente à Comunidade” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 140).

Em 1975, a composição da equipe de assistentes selecionada já era formada por estudantes de psicologia que moravam com a família e não dependiam financeiramente do salário (CYTRINOWICZ, 2002, p. 58). Em 1976, foi oficialmente constituída a Associação Pro-reintegração Social da Criança (Associação Criança), tendo como sócios efetivos todos os profissionais da Comunidade Terapêutica Enfance. A constituição da Associação visava formar um setor de ensino mais organizado, contando com residência médica, além de ampliar as áreas de atuação em saúde mental, propondo atendimento ambulatorial e também trabalhos com a comunidade de Diadema e outras cidades. A partir destas propostas, a Associação Criança cria o Instituto de Psiquiatria Social (IPSO) em 1977 e se divide de acordo com as áreas de atuação, “em Comunidade Terapêutica Enfance, que ficava responsável pela internação, e o Instituto de Psiquiatria Social, que cuidava do ambulatório e de outras formas de atuação” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 113).

A decisão de alugar um casarão em Diadema, fora da Comunidade, relacionava-se à incerteza dos rumos que o processo político de abertura iria tomar. “A ideia de colocar

o IPSO fora era uma forma de proteger a Comunidade” (CYTRINOWICZ, 2002, p.115), a qual já havia sido objeto de repressão algumas vezes e até então tinha conseguido se manter. “Se a situação política fechasse, o IPSO seria fechado e a Comunidade continuaria suas atividades” (CYTRINOWICZ, 2002, p. 115). O trabalho desenvolvido pelo IPSO era experimental e tinha a proposta de fazer uma psiquiatria democrática, popular e os profissionais sabiam das implicações políticas de um trabalho deste tipo em Diadema nestes anos. O IPSO torna-se um espaço de discussão política e “cresceu absurdamente nessa época, em parte pela impossibilidade das pessoas atuarem politicamente de forma mais explícita, em partidos, sindicatos e, no caso da medicina, a atuação política se dava através da psiquiatria”⁸ (CYTRINOWICZ, 2002, p. 115). Apesar da pequena equipe remunerada (uma secretária e quatro residentes⁹), o ambulatório atendia crianças, fazia diagnósticos, grupos terapêuticos, grupos de mães, etc, e, para isso, contava com um número grande de voluntários, que participavam das reuniões gerais e supervisões. Entre os voluntários, o IPSO agregou o trabalho de psicanalistas argentinos exilados com experiência em saúde pública (CYTRINOWICZ, 2002, p. 116).

1.2. Os anos 1970 e a trajetória alternativa - 1978/1979 (viva a Sociedade Alternativa¹⁰)

A segunda metade dos anos 1970, durante o governo Geisel (1974 a 1979), foi marcada pelo declínio do milagre econômico, consequência da crise mundial do petróleo em 1973 (crise que se repetirá em 1979), levando à intensificação das manifestações sociais contra os abusos do regime militar. Na imprensa e para a classe política dominante, o discurso de Geisel aparecia como esboço de um projeto liberalizante. Durante todo o seu governo, o Brasil conviveu com esporádicos embates entre

⁸ É sempre uma alegria encontrarmos psiquiatras implicados na desinstitucionalização. Esta experiência política do IPSO não deixa de nos fazer recordar aquela mencionada por Tosquelles, na entrevista que concede a Gallio e Constantino (1993), quando se infiltra, no início da Segunda Guerra, no campo de concentração nazista em *Sept Fond* na França e manda instalar o barracão da psiquiatria nos confins do campo, depois da linha do trem, com uma porta de entrada e outra de saída para fora do campo, libertando pacientes e presos políticos .

⁹ Vale observar que entre estes residentes estava Nelson Carozzo, que, como veremos adiante ao tratarmos do Hospital-Dia A Casa, em 1979, estará entre os diretores-fundadores do Hospital-Dia A Casa, ocupando-se da coordenação e supervisão da equipe de AT desta instituição desde o início.

¹⁰ “Todo homem tem direito de pensar o que quiser. Todo homem tem direito de amar quem quiser. Todo homem tem direito de viver como quiser. Todo homem tem direito de morrer quando quiser. Direito de viver, viajar sem passaporte, direito de pensar, de dizer, de escrever, direito de viver pela sua própria lei, direito de pensar e de escrever, direito de amar, como e com quem ele quiser.” – Trecho da música A LEI, de Raul Seixas, inspirada no texto Liber Oz, de Aleister Crowley (do álbum “A pedra do gênese”, de 1988). <https://raulsseixas.wordpress.com/sociedade-alternativa/>

“iniciativas políticas de grupos ou pessoas que protestavam contra a violência do Estado e reivindicavam a liberalização do regime, e a permanência ativa e continuada dos instrumentos oficiais de repressão” (BRASIL, 2014, p. 104). Entre os que protestavam havia principalmente a participação de grupos ou instituições que procuravam organizar as classes populares: sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, associações de moradores em bairros pobres e ainda o trabalho de padres e religiosos junto a esses mesmos grupos. O suposto período de distensão do regime (o processo de abertura lento, gradual e seguro) foi altamente repressor e vigilante (censura à imprensa, prisões, torturas e assassinatos). As desavenças se davam também dentro das Forças Armadas:

À medida que os movimentos sociais se rearticulavam, aumentavam as contradições internas quanto às políticas de repressão, numa demonstração de que o processo de transição política deveria levar em consideração também as demandas de uma parte da corporação visivelmente insatisfeita com os rumos da abertura. (RESENDE, apud SUGIMOTO, 2013).

Em 1975, ocorreu a morte do jornalista Vladimir Herzog, seguida da morte de Manuel Fiel Filho, operário metalúrgico, filiado ao Partido Comunista e ao Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, nas dependências do DOI-CODI em janeiro de 1976, ambas divulgadas como suicídio. Vale citar a participação de Foucault¹¹ no ato ecumênico conduzido por D. Paulo Evaristo Arns, arcebispo de São Paulo, na praça da Sé. Em 1976, começou o movimento pela Anistia. Em 1978, profissionais e estagiários bolsistas vinculados aos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) entraram em

¹¹ Rodrigues (2012b), em “Michel Foucault na imprensa brasileira durante a ditadura militar – os ‘cães de guarda’, os ‘nanicos’ e o jornalista radical”, relata as passagens de Foucault pelo Brasil: Em 1965, pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH), da Universidade de São Paulo (USP), então situada à Rua Maria Antônia – o curso malogra em função do recrudescimento da ação dos militares; em 1973, a breve estada em Belo Horizonte, onde é alvo de “focofocas jornalísticas”, e nas conferências em hospitais psiquiátricos, em que abandona a cátedra para sentar-se no chão junto aos estudantes e, ao invés de falar, ouve experiências das “casas dos loucos” mineiras. Em maio de 1973, participa da série de conferências intitulada “A verdade e as formas jurídicas”, no Departamento de Letras e Artes da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), e também de mesa redonda com Hélio Pellegrino, Chaim Katz, Roberto Machado, Luís Costa Lima, Luís Felipe Baeta Neves, Rose Marie Muraro, Marcio Tavares do Amaral, Luís Alfredo Garcia Rosa, Magno Machado Dias, Roberto Osvaldo Cruz e Affonso Romano de Sant’Anna; a vinda ao Rio de Janeiro, em 1974, para uma série de seis conferências no Instituto de Medicina Social, abalando a “dicotomia, até então praticamente inquestionada pela esquerda, entre uma medicina curativo-individual-capitalista-reacionária e uma medicina preventiva-social-libertária-socialista”; em 1975, Franco e Franca Basaglia organizam a coletânea “Os crimes da paz”, composta de textos cedidos por intelectuais críticos do controle psiquiátrico. Foucault contribuiu com o artigo intitulado “A casa dos loucos” (RODRIGUES, 2011, p. 99-100); ainda em 1975, volta à USP para uma série de conferências sobre psiquiatria e antipsiquiatria na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH), porém esta é interrompida com a morte do jornalista Vladimir Herzog, seguida de greve na USP; participa do ato ecumênico realizado na Praça da Sé pelo arcebispo de São Paulo Dom Paulo Evaristo Arns, pelo rabino Henri Sobel e pelo protestante Jaime Wright; volta em 1976, para palestras na Bahia, Recife e Belém, porém, já sob forte esquema de vigilância.

greve após denúncias de fraude nos financiamentos dos convênios do governo com os hospitais psiquiátricos privados, contra a precariedade das condições a que se submetiam pacientes internados (mortes não esclarecidas, estupro, agressão física) e profissionais, todos envolvidos num clima de ameaças e violências, que resultou na demissão de duzentos e sessenta grevistas. Essa greve foi o estopim para a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental¹² (MTSM) (SCARCELLI, 1998, p. 17). Momento de efervescência, Amarante (2016) se referirá aos anos 1978 e 1979 como a trajetória alternativa da Reforma (p. 51), como o início da luta dos trabalhadores de saúde mental junto aos movimentos sociais.

Se Lapassade, Maxwell Jones, e a “primeira geração” de psicanalistas argentinos já haviam passado pelo Brasil desde o início dos 1970, o final dessa década será marcado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, pela chegada da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, colocando em cena todos os atores que marcarão as principais concepções reformistas/alternativas que culminarão na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB): Franco Basaglia e depois Rotelli (Itália), Guattari na França, Foucault, Lapassade, Lourau, analistas institucionais, Laing e Cooper da antipsiquiatria inglesa, o grupo argentino composto por grupálistas, analistas institucionais, psicodramatistas, bem como os psicanalistas plataformistas argentinos, a chamada segunda geração dos psicanalistas argentinos, que chegam ao Brasil exilados da Ditadura Militar que neste momento se instalava em seu país, psicanalistas que tiveram influência considerável na constituição do Curso de Psicanálise do Instituto Sedes em 1979 (instituição que permanece até hoje e que foi criada e sustentada ainda nesse final da Ditadura por Madre Cristina, religiosa ligada a movimentos católicos de esquerda).

A movimentação, a efervescência desses anos, como uma usina de ideias, ações, pensamento crítico, desejo de transformação social, de aglutinação de trabalhadores,

¹² Considerado o grande desencadeador da reforma psiquiátrica no Brasil, o MTSM combinava reivindicações trabalhistas e direitos humanos e articulava diferentes instituições e entidades, caracterizando-se pela heterogeneidade de atores e pela sua característica não-monolítica. De acordo com Scarcelli, participaram do MTSM, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABPsiq), a Federação Brasileira dos Hospitais- FBH, as indústrias farmacêuticas, as universidades e órgãos do setor de Saúde (Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social). No entanto, desde sempre o destaque foi para a articulação dos trabalhadores de diferentes locais e inserções, como os núcleos estaduais de SM ligados ao CEBES, as comissões de SM dos sindicatos dos médicos, o movimento de renovação médica - REME, a Rede de Alternativas à Psiquiatria, os trabalhadores de saúde, as associações de classe e setores mais amplos da sociedade. Com o “objetivo de constituir-se como espaço de luta não institucional, em locus de debate e transformação da assistência psiquiátrica” (SCARCELLI, 1998, p. 16-17), “o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial” (TENÓRIO, 2002, p. 32).

reivindicações políticas e de direitos humanos. Isto tudo se abriu, foi posto na mesa, debatido. Momento fértil de ideias, propostas e reivindicações trabalhistas. Gosto de dizer que este momento, da passagem dos anos 1970 para os 1980, esse momento de efervescência política, foi como um momento de abertura: abertura política, abertura das instituições, abertura dos manicômios, abertura da cidade para os ‘loucos’.

Em linhas muito gerais, vemos que os movimentos sociais se fortaleceram, se juntaram, se atravessaram, a luta era por anistia, por liberdades de expressão, por modos de viver e pensar. Houve contágio e isto mobilizou. Nessa efervescência havia alegria, muita esperança numa escalada dura e precária, mas que caminhava e caminhou em direção à constituição de 1988, à apresentação do projeto de lei nº 3.657/89, a chamada Lei Paulo Delgado (1989)¹³, ao ECA (1990), ao SUS (“Lei Orgânica da Saúde” ou Lei nº. 8080, de 1990), à experimentação de novas formas de cuidado, e em 2001 à Lei 10216 da Reforma Psiquiátrica, e, finalmente, à Rede de Atenção Psicossocial em 2011. Nada tão linear assim, esta trajetória tem sido dura, cheia de obstáculos, injunções, concessões, frustrações. É possível afirmar, no entanto, que ao longo destes anos foi consolidada uma Política Nacional de Saúde Mental que preconiza o cuidado em liberdade, que regulamenta e limita as internações psiquiátricas e que se sustenta na base por um conjunto de profissionais das mais diferentes áreas implicados no processo e nos desafios da construção desta clínica territorial e aberta. Enfim, tudo se iniciou nesse momento.

A seguir, farei uma breve passagem do papel de alguns desses atores.

1.2.1. A primeira geração¹⁴ dos psicanalistas argentinos

¹³ A Lei Paulo Delgado, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica: “O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomial de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação” (TENÓRIO, 2002, p. 37). Após a aprovação na Câmara dos Deputados, o projeto tramitou durante dez anos no Senado, sendo aprovado o substitutivo de autoria do senador Sebastião Rocha, bastante ambíguo com relação “ao papel e à regulamentação da internação e chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos nas regiões onde não exista estrutura assistencial” (TENÓRIO, 2002, p. 37). De volta à Câmara dos Deputados, foi possível a supressão do artigo referente à construção ou contratação de novos leitos, e a lei finalmente aprovada, a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, foi considerada pelo movimento da reforma uma lei progressista.

¹⁴ Rodrigues (2012a) emprega o termo geração para enfatizar “a necessidade de preservar, em qualquer análise, o vínculo entre a gênese teórico-técnica das práticas e a gênese social das mesmas; ou seja, suas condições histórico-institucionais de existência” (p. 159).

A assim chamada primeira geração de psicanalistas argentinos veio para o Brasil no início dos anos 1970. É importante lembrar que, enquanto o Brasil vivia o milagre econômico e o endurecimento do Regime Militar, a Argentina, nesse momento, estava mergulhada em movimentos de lutas nacionais-populares e/ou revolucionárias (1969-1973), com reverberações na própria instituição psicanalítica oficial. A Associação Psicanalítica Argentina (APA¹⁵) vivia neste momento forte movimento de contestação em relação à sua estrutura oficial, a partir do movimento Plataforma Argentino, que foi o primeiro grupo de psicanalistas a romper com a International Psychoanalytical Association (IPA) por razões declaradamente políticas. Isso em novembro de 1971, quando todos os membros do Plataforma Argentino renunciaram à APA e, conseqüentemente, à IPA, através de uma declaração pública em que denunciavam “a ideologia burguesa das instituições psicanalíticas oficiais em todos os níveis – teórico, técnico, investigativo, didático e econômico”, sendo seguidos, dias depois, pela renúncia dos analistas ligados ao grupo Documento, que reivindicavam a democratização interna da APA, questionando sua institucionalização¹⁶ (RODRIGUES, 2005, p. 549) .

Em 1970, foi convocado aqui no Brasil, em Porto Alegre, o VIII Congresso Latino-Americano de Psicanálise, tendo como tema previamente definido “Violência e Agressão”. Tema explosivo para a “bem-comportada psicanálise oficial brasileira”. A Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre e a ABP (Associação Brasileira de Psicanálise) solicitam sua substituição por um tema mais neutro: “Correntes Atuais do Movimento Psicanalítico” (RODRIGUES, 2012a, p. 160). A Associação Psicanalítica Argentina (APA) votou contra a modificação do tema, mas enviou um relatório; um grupo de didatas da APA, no entanto, tornou pública sua não-participação em forma de protesto, qualificando o novo tema como “uma espécie de sintoma” que permitiria “ultrapassar a barreira da censura, levando, porém, sua própria marca”, e denunciando a participação da ABP no regime militar (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 86).

¹⁵ A APA foi criada em 1942, e teve como fundadores, entre outros, Marie Langer (1910-1987) e Enrique Pichon- Rivière (1907-1977).

¹⁶ Após o rompimento com a APA, estes grupos juntam-se à FAP (Federação Argentina de Psiquiatras) e às Associações de psicólogos, de assistentes sociais e de psicopedagogos, criando a Coordenadoria de Trabalhadores em Saúde Mental (CTSM), no interior da qual se cria o Centro de Docência e Investigação (CDI) “que concentra(va) a participação sindical e as instâncias de formação dos trabalhadores de saúde mental”, sendo a própria Isabel Marazina formada pelo CDI (MARAZINA, 2011, p. 14). Ainda que seus membros participassem da instalação do CDI, o Plataforma se autodissolve ao final de 1972 por razões políticas, segundo Barembliitt, “incluindo uma variedade de zonas de conflito – teóricas, ideológicas, partidárias, profissionais de luta pelo poder institucional etc” (RODRIGUES, 2012a, p. 162).

No livro sobre a história do Departamento de Psicanálise do Sedes, aparecem as palavras de Braslavsky e Bertoldo em artigo publicado em “Questionamos 2”¹⁷: “As cúpulas das associações brasileiras, de cuja iniciativa partira a mudança do tema, tinham cargos oficiais que poderiam perder e seu medo expressava seu grau de compromisso com o regime do terror policial do país” (apud INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 86).

Em que pese essas diferenças políticas fundamentais (em todos os âmbitos), e o fato de Pichon e Bleger ocuparem o lugar de líderes teórico-políticos do movimento Plataforma, isto parecia não criar quaisquer obstáculos para a vinda ao Brasil desta 1ª geração de psicanalistas argentinos, que tinha como principais interlocutores psicanalistas da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro (SPRJ) e da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), também filiadas à IPA, e como tal, defensores da ‘verdadeira psicanálise’ e da formação analítica nos mesmos moldes da IPA: com a manutenção de hierarquias internas bastante rígidas, como a restrição do acesso à Associação apenas à corporação médica, e a prerrogativa do “monopólio do inconsciente”, da formação e da legitimação de psicanalistas (RODRIGUES, 2012a, p. 151).

Bleger (1922- 1972) se destaca entre os psicanalistas desta primeira geração de psicanalistas argentinos que vinha com frequência ao Brasil, principalmente ao Rio de Janeiro, oferecer “cursos e supervisões às organizações alternativas de psicólogos sedentos de formação analítica” (RODRIGUES, 2005, p. 547). Sendo o primeiro psicanalista argentino a articular psicanálise e marxismo, publicou “Psicanálise e Dialética Materialista” em 1958 (sendo conseqüentemente expulso do Partido Comunista), e teve importante participação nos cursos de formação de psicólogos na Argentina desde seu início nos anos 1950. Apesar de fiel às direções oficiais da APA/IPA, defendia “uma extensão da compreensão psicanalítica aos fenômenos sociais, necessariamente associada à dialética marxista” (RODRIGUES, 2012a, p. 153). Como integrante da APA, compartilhava da restrição à corporação médica do acesso à formação

¹⁷ O livro “Questionamos - A Psicanálise e suas Instituições” foi publicado em 1971, editado pelos grupos “Documento” e “Plataforma”, e organizado por Marie Langer. Ele continha artigos de 23 psicanalistas argentinos e uruguaios, em que se defendia a articulação da psicanálise com o marxismo, e outros em que se questionava as estruturas internas das sociedades psicanalíticas. Foi traduzido pela editora Vozes em 1973, “portanto, a posição destes analistas era conhecida no Brasil antes do golpe militar naquele país” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 85). Em 1973, Marie Langer organiza “Questionamos 2- Psicanálise Institucional e Psicanálise sem Instituição”, que foi publicado no Brasil pela editora Interlivros, de Belo Horizonte, em 1977 (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 86).

psicanalítica oficial, porém, afirmava o papel político da atuação do psicólogo, o qual, ao contrário do psicanalista, ganharia “‘identidade’ exatamente por ir além dos limites do consultório privado, tornando-se um ‘agente de mudança’ social” (RODRIGUES, 2012a, p. 152), “mediante ações preventivas em grupos, comunidades e/ou instituições” (RODRIGUES, 2005, p. 547-548).

Dessa forma, essa primeira geração de psicanalistas argentinos, “modernizadora, desenvolvimentista, sanitaria–preventivista, grupalista (kleiniana, bioniana, pichoniano–blegeriana) e em extensão (mães, gestantes, crianças, adolescentes, pacientes orgânicos, professores, instituições)”, vinha ao Brasil e logo voltava a seu próprio país, sempre respondendo às demandas de formação que ela mesma ajudava a produzir (RODRIGUES, 2012a, p. 159).

Respondia também à demanda de formação psicanalítica aos psicólogos, que até então estavam vetados da formação psicanalítica nas sociedades oficiais, e que lutavam por um lugar e reivindicavam a palavra e a livre expressão. No entanto, nesses anos de chumbo, se havia contestação, havia também silenciamento. E não deixa de ser notável a ausência de estranhamento com a vinda de tais analistas ao Brasil nestes anos de chumbo, como se houvesse um pressuposto implícito: a possibilidade de analisar o campo psicológico colocando entre parênteses o contexto sociopolítico; suposição esta que deveria ser questionada, como ressalta Rodrigues (2012a, p. 165-166).

Ainda assim, a autora afirma que o papel dessa geração foi fundamental para desestabilizar a ortodoxia das sociedades psicanalíticas oficiais, ao criticar a limitação da prática analítica aos consultórios privados, ao buscar ampliar o campo assistencial da psicanálise e ao introduzir “diversas técnicas terapêuticas adjetivadas como psicanalíticas, quase todas caracterizadas por tendências grupalistas” (RODRIGUES, 2012a, p. 151). E, embora a prática privada de consultório continuasse a ser privilegiada

como representando a psicanálise *stricto sensu*, – atendendo às expectativas da elite burguesa por intimismo, privacidade, autoconhecimento, prevenção de conflitos familiares, sexuais, da mulher, do adolescente (COIMBRA, 2004) –, a ortodoxia torna(va)-se cada vez mais passível de contestação. (RODRIGUES, 2012a, p. 151)

1.2.2. A segunda geração de psicanalistas argentinos e o curso de psicanálise do Sedes

A segunda geração de psicanalistas argentinos, composta por psicanalistas plataformistas, grupalistas, freudo-marxistas, estruturalistas, althusserianos, institucionalistas, antipsiquiátricos, deleuze-guattarianos (RODRIGUES, 2012a, p. 159), chegou ao Brasil em 1976, exilados do Golpe Militar que ocorreu neste mesmo ano em seu país. Enquanto a primeira geração foi bem acolhida pelos hierarcas oficialistas da Psicanálise do Rio de Janeiro, essa segunda geração só recebeu, por parte deles, “desqualificação e desprezo” (RODRIGUES, 2012a, p. 159).

A chegada ao Rio de Janeiro de Gregório Baremlitt, criador da Escola de Psicologia Freudiana e Socioanálise (EPFSO), integrante do Plataforma e do Centro de Docência e Investigação (CDI)¹⁸, se deu em março de 1977. Ele e Chaim Katz fundam o IBRAPSI (Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições), estabelecimento voltado à formação tanto de psicanalistas como de socioanalistas ou analistas institucionais. Ambos foram ainda responsáveis pela chegada da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, como veremos adiante. É conhecido o ataque midiático de junho de 1980, em que Leão Cabenite (presidente da ABP – Associação Brasileira de Psicanálise) declara ao Jornal do Brasil que “uma ruidosa legião de psicopatas tomou de assalto a psicanálise”, referindo-se a seguir a “psicanalistas importados da Argentina” e a “grupos que se intitulam dissidentes”, e chegando a explicitar os seus alvos: Baremlitt, Plataforma e, conseqüentemente, o IBRAPSI (RODRIGUES, 2005, p. 552-553). Em setembro de 1980, a Clínica Social de Psicanálise na PUC-RJ promove um Ciclo de Debates, no qual Eduardo Mascarenhas, Hélio Pelegrino e Wilson Chebabi, membros da SPRJ, denunciam

‘Os barões da Psicanálise’ – título da matéria publicada no Jornal do Brasil (23/09/ 1980) -, estabelecendo uma articulação crítica entre a centralização vitalícia do poder nas sociedades oficiais, os altos custos do tratamento analítico, a política do apoliticismo manejada com vantajosa cumplicidade nos regimes de exceção, o precário nível da produção teórica e a mera solução de compromisso representada pelas

¹⁸ Após a ruptura com a APA, os psicanalistas se articulam com a regional da Capital Federal da FAP (Federação Argentina de Psiquiatras) e reúnem-se com associações de psicólogos, de assistentes sociais e de psicopedagogos, passando a constituir “uma frente sindical conjunta, a Coordenadoria de Trabalhadores em Saúde Mental (CTSM), no interior da qual é criado o Centro de Docência e Investigação (CDI)” (RODRIGUES, 2005, p. 549). O CDI com participação ampla do Plataforma e do Documento oferece formação aos “agora trabalhadores de saúde mental, sem distinções corporativas” (RODRIGUES, 2005, p. 549). Em 1975, a polícia invade a sede do CDI e prende alunos e professores. A EPFSO também recebe ameaças e é forçada a fechar as portas. É assim que antes mesmo do golpe militar muitos “participantes do Plataforma, do CDI e da EPFSO, [...] dos movimentos de renovação desenvolvidos via cátedras universitárias, hospitais psiquiátricos e serviços de psiquiatria em hospitais gerais” (RODRIGUES, 2005, p. 550) são obrigados a deixar às pressas o país: já em 1974, Rodrigué vem para Salvador (Bahia) e Langer vai para a cidade do México.

ações filantrópicas das clínicas sociais. Dias depois, durante os debates que se sucederam à mesa redonda ‘Psicanálise e Fascismo’, o ex-presos político Rómulo Noronha de Albuquerque, além de narrar as torturas que sofrera no DOI-CODI, denuncia o Dr. Amílcar Lobo como integrante da equipe de torturadores. [...] De Amílcar Lobo a Leão Cabernite, seu analista didata, bastam alguns degraus na hierarquia da SPRJ, cujos escalões superiores, por sinal, estavam cientes das idiossincrasias políticas do candidato desde 1973: a denúncia aparecera em Cuestionamos 2 – livro da coleção ‘Izquierda Freudiana’ que publicava textos dos membros de Plataforma e do grupo Documento, sob o título ‘Algo más sobre tortura’ (Bauleo e Langer, 1973). (RODRIGUES, 2005, p. 553)

Em São Paulo, no entanto, este grupo dos “argentinos”, que trouxe na bagagem esta experiência profissional e política, foi imediatamente acolhido por Madre Cristina no Instituto Sedes Sapientiae (ISS) já em 1976, no contexto de formação de um curso de psicanálise no Instituto. Tiveram papel fundamental na formação de inúmeros psicanalistas em São Paulo fora das sociedades oficiais, bem como posteriormente na formação de ats paulistanos.

Os psicanalistas argentinos “trouxeram a experiência de uma psicanálise militante e engajada, de uma formação desvinculada das Sociedades ligadas a IPA e de um rompimento institucional com a Sociedade” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 83). Muitos destes psicanalistas que chegaram ao Sedes haviam trabalhado no

Serviço de Psicopatologia [...] do Hospital Lanús [...] dirigido por Mauricio Goldenberg, no Centro de Docência e Investigação da Coordenadoria de Trabalhadores de Saúde Mental e nas faculdades de medicina e psicologia de Buenos Aires [...]. (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 83)

No texto sobre a História do Departamento de Psicanálise do Sedes (2006), Mario Fuks narra sua surpresa ao conhecer o Instituto:

Uma instituição formadora de psicanalistas e ao mesmo tempo com um projeto político, engajada na luta contra a ditadura, com uma ‘Carta de Princípios’ como a do Sedes, era algo meio incrível. Mesmo na Argentina não era fácil encontrar uma instituição assim, ainda mais ligada à igreja, que na Argentina apoiava a ditadura militar. (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 81)

O curso de psicanálise do Sedes, como alternativa de formação em relação à Sociedade de Psicanálise e com uma proposta social e política de engajamento, se consolidou durante os anos de 1976 a 1979, “principalmente depois da saída dos professores que eram da SBPSP”, já logo no primeiro mês de funcionamento

(INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 109). Foi um processo de consolidação produtivo, porém, pleno de conflitos, marcadamente por duas posições: a de Roberto Azevedo, da Sociedade, e a de Regina Chnaiderman, que tinha outro modelo de inserção da psicanálise na sociedade. Esse conflito resultou na cisão dessa formação e na criação de dois cursos de psicanálise dentro do mesmo Instituto Sedes, em 1979.

Em seu depoimento para este livro sobre a História do Departamento de Psicanálise do Sedes, Roberto Azevedo conta que buscava um curso de formação em psicanálise consistente aos moldes da IPA, de modo a torná-lo o mais oficial possível do ponto de vista da SBPSP e com o objetivo de expandir o ensino da psicanálise. Posicionando-se fora dos movimentos políticos e sociais que fervilhavam no Sedes naquele período, Azevedo então afirma:

Uma das principais divergências é que de minha parte não havia uma oposição à Sociedade. A minha ideia era fazer uma formação para que, quem tivesse condições econômicas e interesse, depois fosse para a Sociedade, o que seria recomendado; se não pudesse, pelo menos seria um profissional bem formado, que não ia prejudicar as pessoas que atendesse. Não seria apenas uma pessoa com título de psicólogo ou médico, sem nenhum preparo. (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 122)

Regina Chnaiderman, por sua vez, tinha outro modelo de inserção da psicanálise na sociedade, concebendo-a em suas interações com os movimentos culturais, sociais e políticos, com os quais o Sedes estava totalmente envolvido. Deste modo, a Sociedade de Psicanálise representava um modelo a ser recusado, pelo modo de admissão e formação, pelo preço cobrado e por sua postura política (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 123-124).

Silvia Alonso, em seu depoimento para o mesmo livro, detalha as diferenças entre o Sedes e a Sociedade de Psicanálise:

O trabalho no Sedes recuperava, de alguma forma, o projeto da Argentina, [...] era parecido na forma de pensar a psicanálise, [...] a relação entre os analistas, a formação, a instituição e a clínica. Não era só um projeto em que a importância social estava presente, mas [...] toda forma de pensar a instituição psicanalítica. [...] propúnhamos uma atuação diferente da SBPSP, fazendo também clínica nas instituições públicas. [...] O tripé da formação era reconhecido, a análise considerada fundamental, mas [...] nunca tivemos uma lista de psicanalistas. Cada um escolhe seu analista, a análise é sempre pessoal, não existe análise didática. O supervisor pessoal fora do curso é escolha pessoal, não há intromissão do curso nas opções dos alunos. (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 91)

O Curso do Sedes atendeu uma ampla demanda de profissionais, entre eles médicos e principalmente psicólogos, que buscavam a psicanálise para atendimento em consultórios privados, mas que também buscavam o Sedes “como lugar político e [...] uma psicanálise vinculada às práticas sociais de esquerda, a um trabalho institucional, na área da saúde pública e pratica com trabalho com grupo” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 95), ou seja, buscavam “a psicanálise como referencial de trabalho e o Sedes como instituição politizada” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 98).

Do ponto de vista da política científica, desde o início, o curso teve como eixo central a obra freudiana, considerada fundamental para o estudo de qualquer outro autor. No depoimento de Sigal:

Nós sempre trouxemos outros autores – como Klein, Lacan, Winnicott – e nunca nos consideramos de determinada escola. Nunca entendemos a clínica definida pelo *setting* – tempo da sessão, número de sessões por semana, uso do divã, etc – mas pelo trabalho com o inconsciente. (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 111)

O curso também se opunha ao da SBPSP com relação à questão da abrangência da psicanálise, restrita ao consultório do ponto de vista da Sociedade, sendo priorizado, no Sedes, o trabalho na saúde pública. Sigal segue seu depoimento:

Do ponto de vista ideológico, nós nos opúnhamos à Sociedade no sentido de que não existe ‘postura neutra’, pois isso significa também um tipo de engajamento. Não se podia pedir que as pessoas não se manifestassem politicamente porque eram analistas. A SBPRJ enfrentou problemas seríssimos [...] com o escândalo Lobo, perseguição contra Hélio Pelegrino e Eduardo Mascarenhas. Sempre pensamos a psicanálise relacionada com a realidade social, econômica e histórica do sujeito. A vida psíquica não existe fora da realidade, o real psíquico está atravessado pelo real social. (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 111)

A inevitável cisão entre os grupos se deu em 1979, após anos de debates e alternativas e, em um clima social e político efervescente – no qual o Sedes tinha um papel central. De acordo com Azevedo, a solução encontrada por Madre Cristina ao conflito foi a criação de dois cursos separados, já que diferiam tanto em termos da organização do curso, e já que ela não queria “a exclusão de nenhum dos grupos” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 122).

Este foi um dos tópicos que posso ter me excedido, mas isso tem um porquê. De um lado, porque o Sedes e os psicanalistas argentinos que passaram a compor o Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes foram fundamentais na formação, na interlocução, nas supervisões individuais e institucionais desta primeira geração de ats da Casa. Além disso, porque ainda hoje escuto alunos criticando a psicanálise, seu caráter elitista, patologizante, estruturalista, e, sem negar a crítica, e até me identificando, pois de certo modo faz ressonância com certa implicância de minha parte. A questão é: de qual psicanálise estamos falando? Qual psicanálise estamos ensinando nas universidades? Deixemos a questão em suspenso.

1.2.3. A Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria

Em outubro de 1978, o IBRAPSI (nas figuras de Baremlitt e Osvaldo Saidón) organiza o I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, no Hotel Copacabana Palace. O evento reuniu representantes importantes da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, bem como grandes estrelas da psicologia, da psicanálise e da psiquiatria, contando com a participação de Erving Goffman, Howard Becker, Thomas Szas, Robert Castel, Shere Hite, Basaglia, Guattari e Rodrigué. As produções do Simpósio, no entanto, apontavam mais para o aspecto de declínio “do âmbito psicológico-psiquiátrico-psicanalítico”, que se tornou “foco de severos questionamentos teóricos, técnicos e institucionais” (RODRIGUES, 2005, p. 550-551).

A Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria havia sido criada em 1975, em Bruxelas, e inspirou e articulou trabalhadores de saúde mental na Europa. Sendo convocada por Mony Elkain, psiquiatra marroquino, a Rede reuniu vários dos reformadores europeus como Laing, Cooper, Basaglia, Guattari e institucionalistas, e visava um movimento de engajamento efetivo dos trabalhadores de saúde mental e dos pacientes (GUATTARI, 1992). É de se destacar a influência de Basaglia e de sua psiquiatria Democrática entre os analistas institucionais franceses. Guattari, nesse momento do lançamento da Rede, “devém italiano”, como diz Rodrigues, seduzido pelas experiências naquele país. Assim, quando Mony Elkain convocou uma reunião em 1975 para o lançamento da Rede, Guattari logo se conectou a ela.

Através de encontros, manifestações artísticas e eventos culturais, a Rede se contrapõe ao que igualmente se trama em rede: a

miniaturização do controle social via os muros diáfanos de uma psiquiatria sem fronteiras asilares visíveis [...]. A partir de 1975, Guattari estará entre os primeiros a participar das rádios livres francesas - inicialmente a Rádio Bleue; depois, a Radio Tomate e, ao final da década, será um dos criadores do CINEL (Centro de Iniciativa por Novos Espaços de Liberdade), organismo informal que aglutina intelectuais, militantes, trabalhadores e artistas numa intensa atividade teórico-política: análise dos micro fascismos presentes no pensamento e na ação; favorecimento das rádios livres; defesa dos imigrantes, das minorias nacionais etc. (RODRIGUES, 2005, p. 536-537)

Nas palavras de Lourau, Basaglia sintetizaria a definição do intelectual implicado como aquele que recusa o mandato social:

Enquanto na França, sob a influência crescente do lobby psicanalítico lacaniano, a psicoterapia institucional tendeu a reforçar o poder médico e a importância do hospital, e na Inglaterra a antipsiquiatria sem correntes de Laing e Cooper visou sobretudo à edificação de um setor paralelo, comunitário e fortemente politizado, os futuros adeptos da psiquiatria democrática à italiana partiram de um questionamento daquilo que produzia e reproduzia a doença mental: a ciência médica e a estrutura hospitalar. (LOURAU, 1981 apud RODRIGUES, 2005, p. 542)

A primeira visita de Basaglia ao Brasil foi, portanto, por ocasião do I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, e, após o Simpósio, com o apoio do CEBES, ele prolongou sua estadia, participando de diversos encontros em universidades, sindicatos e associações profissionais. A partir de seu trabalho no manicômio de Gorizia nos anos 1960, e, posteriormente, das ações realizadas em Trieste nos anos 1970, na qual desenvolveu ações de desconstrução da instituição psiquiátrica em todos os âmbitos – incluindo o legislativo –, e posteriormente, no final dos anos 1970, com a aprovação da Lei Basaglia¹⁹, Basaglia torna-se uma referência fundamental ao MTSM (RODRIGUES, 2005, p. 556).

Em janeiro de 1979, foi realizado no Sedes o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, mais uma vez reafirmando a posição de que “a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde” vinculava-se à luta dos setores sociais pela democracia plena e por transformações sociais. Foram aprovadas, neste Congresso, moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização dos trabalhadores e estudantes, pela Anistia ampla, geral e irrestrita, além de reivindicações trabalhistas e de

¹⁹ Em 13 de maio de 1978, o Parlamento Italiano sanciona a Lei 180 ou “Lei Basaglia”, que proíbe a construção de novos manicômios e determina a elaboração de soluções substitutivas para a assistência.

repúdio à instituição psiquiátrica como instrumento de repressão (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 99).

Em maio de 1979, foi realizado o I Encontro Nacional de Psiquiatria e Psicologia Social, organizado pelo Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Social do Sedes, um grupo aberto que se reunia semanalmente no Sedes aos sábados de manhã. Entre as pautas discutidas, incluíam-se o “trabalho alternativo em saúde mental, a relação entre a instituição psicanalítica e a saúde mental no Brasil, a luta sindical dos profissionais desse campo e a questão da saúde mental na área escolar” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 103). O IPSO e a Sociedade de Psicodrama foram os responsáveis pela vinda de Basaglia ao Brasil e ele realiza três conferências no Sedes para os participantes do Núcleo de Psiquiatria e Psicologia Social. Este mesmo núcleo já havia promovido, no mês anterior, uma palestra com Guattari “sobre a dimensão sócio-política da psicologia, psiquiatria e psicanálise” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 103). Essa conferência que Guattari realizou em 1979, no Sedes, serviu de estopim para a cisão do curso de psicanálise do Instituto Sedes. De acordo com o depoimento de Sigal: “[...] convidamos Felix Guattari para dar uma conferência, porque achávamos que ele tinha um pensamento interessante na época, com críticas à psicanálise, que precisávamos discutir” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 125). A conferência seria no horário dos seminários teóricos, porém Azevedo e outros professores não dispensaram seus alunos, pois “Guattari falava contra a psicanálise” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 125).

Em 1979, durante os meses de junho e julho, Basaglia participou de cursos, conferências e debates no Rio de Janeiro, no IBRAPSI e no Hospital das Clínicas da CERJ; em São Paulo, no Instituto Sedes Sapientiae, no Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Químicas e Farmacêuticas e no Teatro de Cultura Artística; e em Belo Horizonte. Depois da perturbadora visita ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Basaglia já havia mobilizado diferentes atores e entidades organizadoras:

estavam presentes representantes de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, o Movimento Feminino pela Anistia, operárias da chapa de oposição do Sindicato dos Tecelões, membros da Assembleia Legislativa, ex-presos políticos, ex-pacientes psiquiátricos etc. Entre a violência (ou mesmo tortura) manicomial e a violência (e decerto tortura) política se fazem associações mais ou menos mediatizadas; entre o controle estatal e a psiquiatrização da experiência social estabelecem-se analogias, articulações e/ou imanências. (RODRIGUES, 2005, p. 557)

Nas palavras de Zaneratto Rosa (2016), os diálogos de Basaglia com os brasileiros

expressam o profundo compromisso e desejo de mudança, as contradições e conflitos enfrentados no território brasileiro, a busca por caminhos capazes de tornar real uma utopia. [...] um sonho coletivo sendo debatido ao mesmo tempo em que é tecido. [...] somos muitos a buscar uma atenção digna às pessoas com sofrimento psíquico e a combater as práticas de violência e anulação moral de suas possibilidades de existência. (p. 20)

É inegável a afirmação de Rodrigues (2005) com relação “ao predomínio da perspectiva basagliana de *desinstitucionalização* – crítica teórica e prática da lógica manicomial em todos os níveis (científico, cultural, político, jurídico, assistencial e cotidiano)” (p. 556) no movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

1.2.4. O Hospital-Dia A Casa

É nesse espírito de abertura – que agregava movimentos sociais, de luta pela anistia, pela democracia, de contestação das formas opressivas e violentas de tratamento e das condições de trabalho, com todas as influências da psicanálise inseparável da política, dos psicanalistas argentinos, da formação em psicanálise no Sedes, da análise institucional, da psiquiatria democrática italiana, da socioanálise de Lourau e Lapassade, da experiência em La Borde, da esquizoanálise de Guattari, dos grupos, do psicodrama... –, que, em 1979, é fundado o Hospital-Dia A Casa em São Paulo, uma instituição privada e aberta de saúde mental, na qual os pacientes em crise ou em tratamento passam o dia na instituição e voltam à noite para suas casas.

O hospital-dia funcionava das nove às dezessete horas, os pacientes passavam o dia e à noite voltavam para suas casas, e assim mantinham “a relação com o vínculo externo” (LANCETTI et al., 1989, p. 34). Havia na equipe um entendimento comum com relação à psicose e seu tratamento, que valorizava “o delírio como construção própria e original do paciente, que deveria ser escutado como tentativa de cura e não anulado pela medicação ou outros métodos” (CARROZZO, 1991, p. 31). A psicanálise seria o referencial teórico básico de entendimento de toda a clínica, o que permitiria “à equipe uma ativa participação no processo terapêutico” (CARROZZO, 1991, p. 31). Os dispositivos terapêuticos grupais eram priorizados “não só pela capacidade de continência e riqueza de oferta transferencial, mas pela potência terapêutica do campo aí criado” (CARROZZO, 1991, p. 31). O HD não trabalhava com atendimentos individuais. Os

contatos individuais aconteciam espontaneamente, não eram instituídos. Assim, o HD funcionava com diversos tipos de terapias grupais: os grupos de psicoterapia, como um “espaço falante”, que tinha por objetivos acolher e, ao mesmo tempo, construir e reconstruir “um discurso sobre cada um, tendo por matéria tanto as falas produzidas pelo sujeito no grupo, como aquelas produzidas no espaço da terapia familiar e nos demais espaços institucionais” (BRAGA, 1996, p. 3 e 4); os “grupos de terapia ocupacional, onde os pacientes podiam se expressar não-verbalmente, através de trabalhos com pintura, desenho, cerâmica, etc.” (LANCETTI et al, 1989, p. 34); grupos de vivências corporais, ginástica, grupos de passeios; grupo de fotografia; “grupo de tipo comunitário”, às segundas-feiras, com a presença de todos os técnicos e todos os pacientes, como uma “assembleia terapêutica” (LANCETTI et al, 1989, p. 34). A equipe do HD ainda ressalta a importância dos espaços de circulação, espaços não-estruturados, “antes ou depois do almoço, *momentos de encontro não estruturados, cada um vai se relacionando segundo escolhas aparentemente aleatórias*” (LANCETTI et al, 1989, p. 43, grifo meu).

Para Leonel Braga (1996), esta diversidade de ofertas de terapeutas, de materiais, de formas de expressão levava em conta uma concepção clínica, na qual se busca ofertar

materiais diversos (terapeutas, tintas, papel, argila, teatro, rádio, remédios, espaço) com os quais o sujeito pode desenhar um lugar para si, para pôr-se em movimento. Colocar a loucura em movimento já é uma maneira de tratá-la. O que é próprio da doença é a paralisação, a estagnação. Nesse sentido a crise psicótica pode ser a tentativa do sujeito colocar em movimento algo de importância capital de sua vida psíquica. (p. 2)

O mesmo trabalho com diferentes grupidades também se dava com a equipe:

Não os já conhecidos médicos, psiquiatras, psicólogos, TOs, e enfermeiros fechados em suas salas, metidos em suas especialidades e saberes. Mas sim grupidades, equipe de terapeutas, com seus saberes relativos, compartilhados e transformados em cotidiano institucional. (BRAGA, 1996, p.2)

O tratamento deveria ocorrer garantindo “a pertinência social do paciente”, e para isso passaram a investir em dois dispositivos, não priorizados no projeto original: a terapia familiar e o acompanhamento terapêutico (CARROZZO, 1991, p. 31).

Com relação à terapia familiar, o enfoque se dava no “emergente” familiar e não no doente ou na doença do paciente. A experiência já havia demonstrado que “à medida que a família aceita ser tratada, as possibilidades de melhoras aumentam notavelmente” (LANCETTI et al, 1989, p. 34).

O AT não estava previsto no projeto inicial do hospital-dia, porém surgiu de situações e demandas da clínica do hospital-dia, no início dos anos 1980. Alguns pacientes, ao retornarem para as suas casas no final do dia, encontravam-se com conflitos familiares que, apesar do atendimento familiar realizado na instituição, ainda permeavam e atualizavam seu lugar de louco e doente da família. Além disso, havia a ‘dureza’ dos finais de semana, onde, sem a presença do hospital-dia e sem laços sociais, amigos, ou alguma inserção social, as situações de angústia eram intensificadas.

Para dar conta destes momentos, o HD passou a se representar na casa dos pacientes. Um terapeuta – o amigo-qualificado – era escolhido para atuar na casa ou acompanhá-los no caminho até suas casas no final do dia; ou, passava a se encontrar com o paciente fora da instituição nos finais de semana: iam ao cinema, ao shopping-center, a praças. O amigo-qualificado atuava aqui como prolongamento da instituição. Se, neste momento, o objetivo estava em oferecer um suporte para estes pacientes, com o tempo, estes encontros passaram a ganhar mais consistência, os pacientes traziam conteúdos de sua história, seus delírios se enlaçavam nos percursos pela cidade, o amigo qualificado se via tomado por angústias relativas ao encontro. Então, passou-se a se sistematizar as supervisões e discussões em torno destes encontros. Passou-se a se querer teorizar e criar ferramentas teóricas para o entendimento destes encontros. E aqui se dá a mudança de nome do amigo qualificado para o acompanhante terapêutico, ressaltando, neste momento, a assimetria na relação e o caráter clínico da intervenção.

Nesta brevíssima descrição do projeto do HD A Casa, é visível a influência da antipsiquiatria, da desinstitucionalização e do tratamento em liberdade de Basaglia, da psicanálise lacaniana e da psicoterapia institucional de Oury e Guattari em La Borde, da análise institucional, do grupo operativo de Pichon-Rivière. Isto será fundamental na teorização do AT pela equipe da Casa.

1.3. Década de 1980

Em 1980, o Departamento de Psicanálise do Sedes organizou a mesa-redonda “Psicanálise e Instituições”, com representantes da equipe do Instituto de Psiquiatria Social de Diadema (IPSO), do Centro de Saúde Butantã e do Hospital-Dia A Casa. Vários destes eventos foram realizados atendendo a demanda de “alunos e professores do curso ligados a essas atividades e participantes de movimentos como MTSM, do Núcleo de

Psiquiatria e Psicologia Social, da Frente de Defesa dos Direitos do Doente Mental e reuniões da Rede Alternativa” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 133).

Do ponto de vista dos movimentos sociais, apesar da decepção com a Lei da anistia²⁰ aprovada, e da repressão (que seguia com o terrorismo de Estado, por exemplo, o famoso atentado ao Riocentro), o engajamento de vários segmentos da sociedade sustentava a efervescência. O sentimento era de transformação e de possibilidades de novas construções. Em 1982, o general Figueiredo, seguindo a política de abertura do governo Geisel, reintroduziu no Brasil as eleições diretas para governador, o qual ainda permaneceria na condição de responsável direto pela nomeação dos prefeitos. A primeira eleição direta para governador desde o golpe de militar mobilizou diversos setores em torno de propostas de políticas públicas e programas de governo dos candidatos de partidos de oposição. Além disso, desencadeou o desejo de eleição direta para presidente, iniciando em 1984 o movimento pelas Diretas Já.

1.3.1. A trajetória sanitária

O movimento sanitário (agregando militantes da reforma sanitária, do MTSM e técnicos, sendo a maioria destes provenientes das experiências dos Convênios de 1973²¹) surge neste contexto do combate ao Estado autoritário, explicitando a ineficiência da assistência pública, com críticas ao caráter privatista da política de saúde do governo

²⁰ A Lei da Anistia aprovada em 1979 foi aquela proposta pelos militares, ela anistiava mandantes e torturadores. “No entanto, em que pese a Campanha da Anistia ter sido parcial, foi a grande responsável pela ampliação das conquistas democráticas do povo brasileiro”. (http://www.abcdeluta.org.br/materia.asp?id_CON=89 acesso em 21/7/16).

²¹ Em 1973, Luís Cerqueira da Rocha, coordenador de saúde mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, iniciou um programa de implantação e incremento da rede de assistência extra-hospitalar, “proibindo as internações no Juqueri, criando pronto-socorro para estadia de curta duração tentando conter as internações da rede privada de Psiquiatria” (YASUI, 1989, p. 49). Foi também responsável pelos convênios desta Coordenadoria de Saúde Mental com instituições de ensino e pesquisa públicas e privadas, como com as Faculdades de Medicina da USP, da UNICAMP, a Santa Casa, a OSEC, a PUC, as Faculdades de Saúde Pública e Enfermagem da USP, o que resultou na criação de dezessete “centros de saúde mental da comunidade voltados para atividades relacionadas à assistência à comunidade, formação de profissionais técnicos e pesquisa de modelos de atuação alternativos” (SCARCELLI, 1998, p.14). Crítico severo dos hospitais psiquiátricos, e sendo o modelo dos convênios contrário à lógica privatizante, sofreu sérias resistências dentro do próprio governo, ficando menos de um ano no cargo (SCARCELLI, 1998, p.14; CESARINO, 1989, p. 5). Conta Ana Pitta sobre o projeto realizado a partir do encontro de Luiz Cerqueira e Guilherme Rodrigues da Silva, Professor Titular da Medicina Preventiva da USP em 1973: “um projeto experimental de Saúde Mental na Atenção Primária nos Distritos de Pinheiros, inicialmente, depois Butantã, na zona oeste da cidade, que foi semeador de um modelo de atenção integral e territorial que formou pessoas, penetrou a mídia e influenciou a política pública para a área na medida do avanço da democratização no estado e no país” (PITTA, 2011).

central e com a elaboração de propostas alternativas. No campo da psiquiatria, tornam-se explícitas as “denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país” (TENÓRIO, 2002, p. 32). Para responder ao agravamento da crise financeira do Sistema Previdenciário com relação à assistência médico-hospitalar, o governo federal cria, em 1981, o CONASP: Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, que tinha como objetivo retirar a administração da assistência médica hospitalar previdenciária da influência do clientelismo político e do empresariado do setor.

O Plano CONASP de Psiquiatria Previdenciária²² de 1982 propunha em suas diretrizes gerais uma reformulação da assistência (descentralização executiva e financeira, regionalização e hierarquização dos serviços e fortalecimento da intervenção do Estado), alinhando-se às postulações técnicas da OPAS/OMS (AMARANTE, 1995, p. 66). Esse plano foi implantado com maior ou menor êxito em diversos estados ou municípios (p. 68). Preconizava “um modelo de atenção psiquiátrica integral com ênfase no tratamento ambulatorial integrado ao sistema de saúde geral”, com destaque aos Programas de Saúde Mental Comunitária ligados aos serviços universitários que haviam sido desenvolvidos no Brasil (PITTA-HOISEL, 1984 apud SCARCELLI, 1998, p. 38). A vitória da oposição em vários estados favoreceu o “surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental” nos anos 1980 (TENÓRIO, 2002, p. 38). Aqui em São Paulo, o projeto zona norte se destaca como uma das experiências de sucesso em relação às novas formas de cuidado do sofrimento psíquico e da loucura.

Em São Paulo, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o convênio, assinado pelos Ministérios da Previdência Social, da Saúde e pelo Estado de São Paulo, contou com adesão municipal do prefeito Mario Covas, PMDB, nomeado por Montoro. O convênio garantiu o repasse financeiro ao estado e município, que foi utilizado para a reforma dos

²² O Plano CONASP foi inspirado nas propostas do CEBES de criação de um SUS, no Manual de Assistência Psiquiátrica elaborado sob coordenação de Luiz Cerqueira, e tinha como proposta “a utilização total da capacidade ociosa do setor público, adoção de modalidades assistenciais que assegurem melhoria da qualidade, previsibilidade orçamentária e mecanismos de controle adequados em detrimento do setor privado” (AMARANTE, 2016, p. 66). Além disso, tinha como proposta a descentralização do planejamento e da execução da assistência; a universalização da assistência, a regionalização do sistema de saúde, a coordenação tripartite (Ministério da Saúde, Previdência Social e secretarias estaduais de saúde), a hierarquização dos serviços, públicos e privados, de acordo com grau de complexidade, os mecanismos de referência e contra referência, a desburocratização do atendimento ao público, a valorização dos recursos humanos do setor público, a vinculação da clientela aos serviços básicos de saúde de sua área, o controle dos setores públicos/privados por sistema de auditoria médico-assistencial (AMARANTE, 2016, p. 66-67).

equipamentos públicos, para a ampliação de serviços ambulatoriais com contratação de profissionais na área de saúde mental, para a ampliação da rede ambulatorial, das ações de saúde mental nas UBS, além dos programas de supervisão clínica para os serviços (SCARCELLI, 1998, p. 40).

Cesarino (1989) conta que o documento “Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios”, elaborado pela Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, enfatizava o papel da atenção primária e secundária, e preconizava a desospitalização, com o objetivo de diminuir a cronificação dos casos, e de desativar os hospitais psiquiátricos, vinculando-se à criação de redes de ambulatórios e centros de saúde, ao trabalho reeducativo com a comunidade e à criação de leitos de retaguarda em hospitais gerais para atendimento de crises. Pensava-se na suspensão paulatina dos convênios com os hospitais psiquiátricos privados e no maior investimento na capacitação de recursos humanos (p. 7).

Se no plano original estava expressa a proposta de desospitalização e desativação dos hospitais psiquiátricos, fica clara a mudança deste enunciado quando o grupo de sanitaristas assume a Coordenadoria de SM do governo Montoro, eleito em 1983. Assim, o programa que ia ser implementado tinha como princípios gerais a universalização do atendimento, a descentralização das decisões, a regionalização da assistência e a integração e hierarquização dos serviços (atenção primária, secundária e terciária), e propunha como prioritário o investimento na ampliação da rede extra-hospitalar, a implantação de equipes multiprofissionais, e a recuperação dos leitos próprios, além da promoção de uma melhoria na qualidade de assistência dos hospitais-asilos psiquiátricos (YASUI, 1989, p. 49). Ou seja, “as ações ganhavam um cunho institucionalizante, no sentido de apostarem no aperfeiçoamento tanto da instituição psiquiátrica quanto da gestão pública” (TENÓRIO, 2002, p. 32-33). A ênfase deixou de estar na desospitalização e desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos, para estar na promoção da melhoria da atenção ou aperfeiçoamento da instituição psiquiátrica. É neste ponto que incidirá, anos mais tarde, a ruptura do MTSM com os sanitaristas, iniciando a trajetória da reforma psiquiátrica e a luta por uma sociedade sem manicômios. Voltaremos a isso depois.

Em 1983, Ana Pitta, ex-aluna do curso de psicanálise do Sedes e chefe da Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental da Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) do Estado de São Paulo, propôs um convênio entre a CSM e o Sedes para a “programação de treinamento e formação de pessoal” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 133). O trabalho proposto pelo Departamento propunha trabalho formativo e não apenas

informativo-teórico, em pequenos grupos, os quais funcionariam como seminário teórico-clínico e em forma operativa (p. 135). Mario Fuks, que atuou como supervisor em ambulatórios, em centro de saúde escolar e em centro comunitário, narra o lugar político do Sedes neste momento: “a ditadura [...] acabando e as pessoas [...] se mobilizando no campo ‘psi’, com propostas novas e progressistas e muitas delas passavam pelo Sedes” (INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE, 2006, p. 136).

Aguirre, uma das diretoras do Hospital-Dia A Casa, na conversa sobre o HD A Casa (LANCETTI, 1989), relata sua experiência como supervisora do Ambulatório da Brasilândia desde 1985:

A equipe conseguiu montar o PIM (Programa de intensidade Máxima), que funciona diariamente. Todos os dias há um grupo que funciona em co-terapia, com a disponibilidade dos recursos do ambulatório. No segundo semestre de 1986, os pacientes internados podiam ser contados nos dedos de uma mão, dos quarenta ou cinquenta que chegam por dia a esse ambulatório. (LANCETTI, 1989, p. 38)

O PIM, já previsto na cartilha, foi um marco como dispositivo de atenção diária aos pacientes em crise, e obteve excelente nível de funcionamento e resolutividade em alguns ambulatórios, “ao ponto de [...] não terem depois de sua instalação efetuado nenhuma internação psiquiátrica” (CESARINO, 1989, p. 18). “A questão é como pensar a psicose e o que fazer para trabalhá-la”, segue Aguirre na conversa citada, indicando ainda outro dispositivo criado por esta equipe, os “grupos de espera”:

Os grupos terapêuticos e os grupos de terapia ocupacional já não tinham mais vagas (para as grandes listas de espera de atendimento). Começavam a organizar grupos de vinte e cinco a trinta pacientes com cinco terapeutas, e mesmo alguns funcionários administrativos interessados em participar; esses grupos duravam aproximadamente três horas. Vimos que o nível de continência era muito grande, alguns pacientes mais graves passavam para grupos terapêuticos, outros, depois de haverem permanecido um tempo não muito prolongado nesses grupos, experimentaram melhoras significativas (LANCETTI, 1989, p. 38).

Outro ponto que gostaria de ressaltar, na narrativa de Aguirre, diz respeito à participação do pessoal administrativo nestes grupos:

Há pouco tempo uma funcionária administrativa contava que o fato de ter perdido o medo e mudado a sua visão da loucura tinha modificado a forma de aproximação, ou seja, agora ela pode perguntar o que está acontecendo, acalmar, em suma, receber o paciente (LANCETTI, 1989, p. 38).

O PIM e os grupos de espera trouxeram elementos fundamentais no cuidado em saúde mental: o encontro, a disponibilidade, a alegria, a diversidade de atores, a equipe, a presença, o cotidiano, a convivência com a loucura. Mostram também com nitidez a influência da psicoterapia institucional na construção dos dispositivos.

Até a implantação desta política de SM, o ambulatório era a única unidade extra-hospitalar de atenção à SM, e, a partir do sistema de referência e contra referência organizando a articulação entre diferentes setores, atendimento das UBS e das emergências psiquiátricas, o ambulatório cumpriu sua verdadeira vocação na saúde mental. Cesarino aponta que só o que faltou foi a criação do hospital-dia acoplado ao ambulatório, o que aliviaria ainda mais o peso da demanda do ambulatório, e que estava colocado desde o início do projeto (CESARINO, 1989, p. 18).

Vale retomar a centralidade que o Hospital Pinel ocupava até o início do Projeto, “[...] lugar nobre, de onde e para onde confluíam os movimentos mais importantes de pesquisa e atividades teóricas” (CESARINO, 1989, p. 22). Assim, o Pinel, antes do início do projeto, era um hospital exclusivo para mulheres que chegou a ter 320 leitos, e que era/estava cronificado: em sua estrutura anacrônica de funcionamento, na atuação cronificante dos profissionais, nas pacientes com mais de quinze anos de internação, com perda total dos vínculos familiares, afetivos e sociais (CESARINO, 1989, p. 21-22).

Para participar do Projeto, o Pinel teria que se descronificar e democratizar sua estrutura. Isto quer dizer: coletivizar as decisões sobre as ações que seriam desenvolvidas; buscar adesão dos profissionais antigos, desmoralizados e cronificados, depois de anos de gestão autoritária e conservadora; transferir algumas das pacientes mais cronificadas para outros hospitais do Estado; viabilizar a alta de algumas internas a partir do trabalho com as famílias; abertura para pacientes homens, oriundos de outros serviços da zona Norte. Podemos dizer que o Projeto provocou uma crise que passou a “agitar o hospital, contrastando com sua antiga placidez de cemitério” (CESARINO, 1989, p. 23). O objetivo era descentralizar este lugar para torná-lo ‘mais um’ lugar de atenção, entre outros. A reforma do Pinel se deu com base no movimento da Psicoterapia Institucional, em que se pretendia que o hospital deixasse de ser um tempo de contenção e custódia, para ser um tempo terapêutico em si. Assim, criou-se uma série de atividades para engajar os internos, deslocando o lugar totalizante da terapia medicamentosa.

Ainda que modificações importantes pudessem ter ocorrido, por exemplo, o aumento do número de altas, contabilizando 272 altas no primeiro semestre de 1985, em contraste com as 15 ou 20 altas anuais até então, ou mesmo a redução do tempo de

internação para trinta dias, pois a maioria dos casos era de agudos, o Pinel acabou por manter seu lugar de referência para a rede.

Na verdade, todo esse processo de implantação do cuidado extra-hospitalar se deu em meio a embates, principalmente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), representante do setor privado, e principal oponente do plano, considerando-o estatizante e em oposição a seus interesses. De fato, como afirma Amarante (2016), o movimento, que visava tornar a coisa pública viável, numa “autêntica linha estatizante, própria dos segmentos progressistas atuantes nos partidos, sindicatos e associações” (AMARANTE, 2016, p. 68), teve de enfrentar opositores como a FBH, e também setores mais ‘organicistas’ ou mais ‘psicologizantes’, situados algumas vezes nas universidades, na Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) ou até em seguidores da psicanálise. Nesse embate de forças, o movimento acabou por assumir um papel apenas modernizante, tecnicista ou “reformista, no sentido de operar reformas sem objetivar mudanças estruturais. Em outras palavras, o MTSM dá a mão ao Estado e caminha num percurso quase que inconfundível, no qual [...] é difícil distinguir quem é quem” (AMARANTE, 2016, p. 69).

Amarante (2016) afirma que foi uma “crença excessiva nas boas intenções dos dirigentes superiores ou do próprio Estado em modernizar-se e qualificar suas políticas sociais” (p. 68) que levou a linha institucional a se confundir com o Estado e comprometer suas próprias bandeiras e projetos. Do lado da linha sindical, baseavam-se numa “visão radicalmente sociologizante da loucura e da instituição psiquiátrica” (AMARANTE, 2016, p.68), a qual sustenta que bastaria o fim do autoritarismo, da violência social, das desigualdades, para que loucos, doentes e as instituições de violência deixassem de existir. Ou seja, foram poucos os que se preocuparam com o fato de que a psiquiatria “pode modernizar também os seus mecanismos de repressão, violência, controle social” (AMARANTE, 2016, p. 68).

É aqui que se localiza uma das rupturas entre os movimentos da reforma. Como disse Amarante (2016), os trabalhadores pareceram ter acreditado demais na boa-fé dos dirigentes estaduais. Talvez estivessem otimistas demais na realização do projeto de transformação do manicômio, ao invés de seguir na direção de sua extinção. Ou até mesmo talvez estivessem ingênuos em supor que seria possível articular com o inimigo em condições de igualdade. A compra de leitos privados por parte do Estado continuava na mesma proporção de sempre, em paralelo ao Projeto. Talvez a construção dos hospitais-dias facilitasse esse processo de desospitalização, como proposto no programa

original, ou ao menos contribuisse para deslocar o lugar central que o hospital psiquiátrico não havia deixado de ocupar, ainda que em transformação, e numa aparente inserção na rede de referência e contra referência. Mas não houve direcionamento de investimento para a construção dos HDs. O fato é que já na primeira troca de governantes municipal e depois estadual deu-se o desmonte do programa, retomando o Pinel o seu lugar manicomial, o qual perdura até os dias de hoje²³.

Além disso, o alcance do Programa de Saúde Mental foi pouco impactante com relação à viabilização de uma rede extra-hospitalar e de atenção aos problemas de saúde mental da população. A forma homogeneizadora com que se davam os atendimentos nos ambulatorios continuava produzindo cronificação e, apesar da regionalização, pouco se produzia na vida dos pacientes psiquiátricos (GOLDBERG, 1994 apud SCARCELLI, 1998, p. 41). O fato das UBSs continuarem não atendendo psicóticos produziu uma demanda reprimida que não chegava aos serviços.

Scarcelli (1998) acrescenta outros fatores envolvidos no pouco impacto das ações do programa: 1. Os recursos financeiros continuavam destinados prioritariamente à contratação de leitos hospitalares; 2. A herança do modelo preventista americano representou um projeto de medicalização e psicologização da ordem social, sendo que os problemas ligados ao sistema educacional passaram a ser “traduzidos pela escola e unidades de saúde como dificuldade de aprendizagem, hiperatividade, falta de estimulação, deficiência mental, desestruturação familiar, etc” (p. 41). Este programa preventivo aumentou a demanda para ambulatorios e UBSs, produziu novas demandas (a escolar uma delas), mas “isso não se traduziu em transferência de egressos para esses serviços”, na verdade, “as internações continuaram na mesma medida” (SCARCELLI, 1998, p. 41).

Ao avaliar a experiência do Projeto Zona Norte, no entanto, Cesarino (1989) ressalta que este fez surgir importantes lideranças dentro do movimento de trabalhadores

²³ O caráter manicomial do Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental - CAISM Philippe Pinel pode ser observado pela sua página na internet. Assim ele tem por “MISSÃO: Promover o cuidado humanizado e qualificado à pessoa com Transtorno Mental e capacitar profissionais. VISÃO: Ser um Centro de Referência Estadual para Tratamento do Transtorno do Espectro Autista e para o Tratamento Agudo da Dependência Química, ser Referência Nacional em Reinserção Social de pessoas com longo período de Internação Psiquiátrica” (Disponível em: <<http://caismpinel.blogspot.com.br/>> Acesso em 20/8/16). Em 2010, foi inaugurado o Centro de Referência em Transtorno do Espectro Autista, oferecendo tratamento ambulatorial de perspectiva comportamental e internação de curta a média permanência para crianças e adolescentes de 0 a 17 anos e 11 meses de idade com diagnóstico de transtornos do Espectro Autista (descritos no DSM-IV-R e CID-10), incluindo Síndrome de Asperger. (Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/destaques/apresentacoes-seminario-ii/apresentacao_creapp_valdete.pdf> Acesso em 20/8/16).

de saúde mental e serviu como um dos elementos de efervescência que culminou na Plenária dos Trabalhadores de SM, concentrando um grande número de trabalhadores em reuniões e jornadas. O autor ressalta o entusiasmo e o trabalho criativo desenvolvido pelas equipes levando em conta as características locais, a história do equipamento e o relacionamento entre a equipe e da equipe com a comunidade. Sobretudo, lançou-se uma “nova postura” diante da ‘doença mental’ entre os técnicos e os próprios ‘pacientes’: “No episódio de tentativa de fechamento do ambulatório da Brasilândia os ‘doentes revelaram-se ‘sujeitos’ de sua existência, por exemplo, participando ativa e espontaneamente de movimentos de protesto e reivindicação” (CESARINO, 1989, p. 25), e, junto à luta dos trabalhadores, impediram o fechamento do serviço.

Yasui (1989) considera a contratação por concurso público de centenas de jovens profissionais, recém-saídos das universidades, a maioria ainda não contaminada “pela inércia burocrática das instituições públicas” (p. 49), o fato mais importante daquele momento. Para ele, o entusiasmo com que os profissionais assumiram a proposta de implantar o Projeto, acreditando em mudanças, estaria diretamente relacionado à campanha das Diretas-Já, iniciada em 1984. “Nas ruas e praças centenas de milhares de pessoas expressaram sua vontade de participar, afirmaram sua cidadania, tantas vezes ultrajada nos anos de autoritarismo e exigiram mudanças” (p. 50). Era com este espírito coletivo de participação que se enfrentava o cotidiano de trabalho e o compromisso com as mudanças. Afinal, como disse Yasui (1989), essa era uma “geração que passou o que seria os melhores anos da juventude sob o cruel regime autoritário e que teve que conviver com o medo e o silêncio” (p. 50).

Sabemos o que deu esta movimentação toda em torno das Diretas-Já: nada. Mais uma vez a voz da população não foi escutada pelo congresso:

No dia 25 de janeiro, cerca de 200 mil pessoas se reuniram na Praça da Sé, em São Paulo, para apoiar um comício organizado por líderes opositores em nome das Diretas. Lula, Ulysses Guimarães, Brizola e Franco Montoro compareceram. [...] O governo militar anunciou que conteria a manifestação com ‘medidas de segurança’ e que censuraria a imprensa durante a votação da emenda. No dia 25 de abril de 1984, foi dado início à sessão da Câmara dos Deputados responsável por votar a emenda Dante de Oliveira. A Câmara dos deputados foi tomada por artistas e intelectuais, a população organizou ‘buzinaços’ e ‘panelaços’ e multidões lotaram galerias do Congresso. Mesmo com todas as manifestações da população, não foi obtido o número de votos necessário para a aprovação da emenda. No dia 26 de abril, foi anunciado que os votos não poderiam ser alcançados. As multidões, decepcionadas, entoaram o hino nacional pelas ruas. (Disponível em:

<<http://acervo.estadao.com.br/noticias/topicos,diretas-ja,874,0.htm>>
Acesso em 7/8/16)

O fim do governo militar se dá, portanto, de forma indireta. A morte de Tancredo Neves e a posse de José Sarney como presidente emprestaram um traço inesperado e dramático a essa transição.

1.3.2. A Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental

Se até 1986 houve efetivo esforço para a concretização de propostas com a inauguração de ambulatórios de SM, com a ampliação do número de centros de saúde com equipes de saúde mental, com a tentativa de “organizar e articular os serviços existentes em determinada região, e com investimentos para reforma e reaparelhamento de alguns hospitais psiquiátricos públicos” (YASUI, 1989, p. 49), após 1986, “o que se viu foi a desativação e a desarticulação de muitos dos movimentos que tentavam inaugurar ou instituir uma nova tendência” com a pretensão de ser de fato “uma política séria e consistente de assistência à saúde mental”. Foi assim que experiências mais alternativas nos hospitais psiquiátricos em São Paulo e no Rio de Janeiro “sofreram ataques mais ou menos autoritários, dependendo do burocrata de plantão”, com “tanques do exército ou com demissões e afastamentos”, com o objetivo de reimplantar “a ordem [...] da exclusão, da mediocridade, da falta da ética” (YASUI, 1989, p. 51).

A sintonia entre governo estadual e municipal e a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no município de São Paulo garantiram uma articulação entre as ações de saúde entre estado e município que durou até a eleição municipal de Jânio Quadros em 1986, quando se instalou um abismo entre política estadual e municipal (SCARCELLI, 1998, p. 40). Jânio retirou o apoio da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde e, “aos poucos, os técnicos contratados pela prefeitura começaram a ser retirados dos equipamentos pertencentes ao Estado” (CESARINO, 1989, p. 25).

Porém, o maior inimigo ao projeto dos ambulatórios e da construção de uma rede extra-hospitalar veio do governo do estado de Orestes Quércia, eleito pelo mesmo PMDB de Montoro, em 1987, para governador do Estado. Desde o início de seu governo, o projeto passou a perder apoio até ser finalmente destruído. Quércia inverte a tendência à desospitalização, amplia o número de leitos contratados, recadastra hospitais cujos convênios com INAMPS tinham sido cancelados devido às condições precárias de

atendimento: “A assessoria de SM que então funcionava, criticava os ambulatórios exatamente por ‘ficarem 6 meses sem internar’” (CESARINO, 1989, p. 26), por mais espantoso que isso possa parecer. Foi no desmonte do Quércia²⁴ (em 1988) que eu fui admitida e demitida do Ambulatório de Saúde Mental da Brasilândia por incitação à população.

Novamente os interesses financeiros se sobrepuseram. “Afinal, estávamos investindo contra a indústria da doença mental”, diz Cesarino, apesar da clareza que seu grupo tinha sobre o pouco que havia mudado em relação à lucratividade dos hospitais, ao mesmo tempo em que se desenvolvia o projeto na região. Ou seja, as internações por convênios nos hospitais psiquiátricos particulares não foram interrompidas. De todo modo, houve diminuição na prescrição de medicamentos e, por fim, a parte mais difícil: “quisemos impor a presença do louco no hospital geral, na UBS, fora do hospital. Isso angustia todo mundo” (CESARINO, 1989, p. 28-29).

Em 1985, parte significativa dos fundadores e ativistas do MTSM ocupavam postos de chefia de programas estaduais e municipais de SM²⁵. É nesse ano que se realiza o I Congresso de Trabalhadores de SM, de caráter oficial, que tinha o objetivo de fazer a discussão e a implementação de uma proposta no âmbito da secretaria estadual de saúde. Sua organização excluiu a participação dos trabalhadores, que já vinham se mostrando insatisfeitos com a política desenvolvida na área de saúde mental no estado. O Congresso fica marcado por um protesto dos trabalhadores, com o objetivo de ruptura da condição de ‘servidores’ para a afirmação emancipatória de sua condição de trabalhador (SCARCELLI, 1998, p. 19-20). Em carta lida no Congresso, os trabalhadores apontam as contradições entre o discurso oficial e a prática:

As contradições evidentes entre nossas condições precárias de vida e trabalho e a propaganda oficial da Coordenadoria e da Secretaria da Saúde, que há dois anos e meio fala sobre as maravilhas da ‘nova’ orientação da política de Saúde, mostra-se de forma cristalina a cada dia. Fala-se da equipe Multiprofissional, espaço democrático de relações hierarquizadas. Mas o que temos na prática? O médico trabalhando em regime diferenciado: jornada de trabalho menor e salário maior. Fala-se da atenção a ser desenvolvida na comunidade, nas escolas e em grupos organizados, mas na avaliação mensal nosso

²⁴ A direção do escritório regional de saúde (ERSA-7) passa a intervir no ambulatório com o objetivo de desativá-lo, para montar um laboratório de análises clínicas em seu lugar. O ERSA-7, com a reação de seus técnicos, dos usuários e da população local (o ERSA-7), acabou por recuar na desativação, mas “persistiu em atitudes nitidamente destrutivas” (CESARINO, 1989, p.26), como deixar o diretor do ambulatório sem atividades e à disposição do ERSA-7, até ser realocado, depois de alguns meses, no CAPS Luís Cerqueira.

²⁵ “Na região sudeste (MG, SP, ES, RJ), praticamente todos espaços estão assim ocupados” (AMARANTE, 2016, p. 69).

trabalho é aferido por um boletim de produção que [...] valoriza as atividades tradicionais de consultas e grupos psicoterápicos. Fala-se de integração e regionalização dos serviços, mas somos colocados lado a lado com colegas que possuem regimes diferenciados de jornada de trabalho e salário. (SCARCELLI, 1998, p. 20)

O nascimento da Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental durante o I Congresso de Trabalhadores de SM, em 1985²⁶, surge como reivindicação dos trabalhadores para uma participação mais efetiva nas decisões sobre seu trabalho. A Plenária era “um coletivo que congrega(va) várias entidades de profissionais ligadas a essa área” (YASUI, 2010, p. 41), atuando “como um severo e saudável crítico das contradições da Coordenadoria e como fórum permanente de debates, discussões e propostas” (YASUI, 2010, p. 42): “Eram os tempos da constituinte. Os atores da Reforma Sanitária lutavam pela conquista do direito à saúde, pelo estabelecimento das diretrizes do SUS” (YASUI, 2010, p. 15).

Segundo Amarante (2016), a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, inaugurou um novo formato para estes eventos e transformou o que seria um mero encontro de técnicos e burocratas em um evento de participação popular (associações de moradores, de usuários, pastorais, sindicatos), com representantes de vários setores da comunidade, resultado de um processo que envolveu milhares de pessoas em pré-conferências (estaduais e municipais) e em reuniões promovidas por diversas instituições da sociedade civil (AMARANTE, 2016, p. 75).

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que a “reformulação do Sistema de Saúde alcançou sua expressão mais acabada”. Suas propostas impactaram a política de saúde do país e incluíam a descentralização e a redistribuição do poder, isto é, a democratização dos serviços, além de contar com a participação de entidades e representantes da sociedade civil (SCARCELLI, 1998, p. 21) O relatório final desta Conferência explicita uma nova concepção de saúde: “a saúde como direito do cidadão e dever do Estado” (AMARANTE, 2016, p. 77), permitindo a definição de alguns princípios básicos

²⁶ “O I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, em 1985, em São Paulo, com mais de mil participantes, organizado sem participação do movimento social, [...] ensinou a todos que o processo de democratização em curso no país determinava que não mais poderia ser assim (existiram dois primeiros Congressos, sendo que apenas o segundo, organizado pela emergente Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental foi reconhecido como tal pelo movimento social). Ambos aconteceram no Centro de Convenções Rebouças, na cidade de São Paulo, ambos com mais de mil participantes, mas havia a alegria participativa no segundo para compensar a tensão do jejum democrático do primeiro I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental” (PITTA, 2011, p. 4583).

como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicam numa nova visão de Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida. (AMARANTE, 2016, p. 77)

A 8ª Conferência de Saúde teve como desdobramentos a organização de conferências de temas específicos, tais como: saúde da mulher, do trabalhador, da criança, ambiental, saúde mental, etc (AMARANTE, 2016, p. 70). A organização da Conferência de SM, porém, só foi realizada em 1987, sendo adiada pela própria DINSAM em conluio com a ABPsiq, com a indústria farmacêutica e com centros universitários contrários à reforma.

Em encontro organizado pela Plenária de SM, em janeiro de 1986, Franco Rotelli, então secretário-geral da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria e diretor do Serviço de Saúde Mental de Trieste, trata do problema da exclusão nas sociedades ocidentais como uma questão cultural mais do que uma questão econômica, pois mesmo nas sociedades com níveis aceitáveis relativos à situação econômica, à democracia e de relativa igualdade entre as pessoas em relação às condições de vida, o problema de exclusão não só não foi resolvido como foi agravado, e não apenas com relação aos loucos, mas também aos idosos e às crianças (AMARANTE, 2016, p. 78). O hospital psiquiátrico, o manicômio, é aquilo que deveria ser enfrentado prioritariamente, pois é aí onde, “paradigmaticamente, tem lugar o processo de exclusão”:

a existência do manicômio é a confirmação, na fantasia das pessoas, da inevitabilidade deste estado de coisas, que é impossível lutar contra esta situação, que as coisas são assim e serão sempre iguais. Existirá sempre a necessidade de um lugar para se depositar as coisas que são rejeitadas, jogadas fora e que servem para que nos reconheçamos pela diferença? (ROTELLI apud AMARANTE, 2016, p. 79)

Rotelli afirmará, portanto, que é esta função pedagógica negativa do hospital psiquiátrico que os técnicos devem pôr em discussão, se não quiserem avalizar com as suas ações “uma perversão que é política, científica, mas, sobretudo, cultural” (Rotelli apud AMARANTE, 2016, p. 79-80). A partir daí, pode-se antever o movimento de ruptura que se inicia. A noção de desinstitucionalização, em sua dimensão antimanicomial, é o que passará a ser enfatizado, tendo, no campo teórico conceitual, a “influência da tradição basagliana” como aquela que “propiciará a ruptura mais radical nas estratégias e princípios do MTSM daí em diante” (AMARANTE, 2016, p. 79).

A Plenária de SM foi responsável também pela organização de forma independente, em outubro 1986, do II Congresso de Trabalhadores em SM do Estado de

SP, com o tema Saúde Mental e Cidadania (YASUI, 1989, p. 50). Foram debatidos temas relevantes, tais como: a exclusão do doente mental dos direitos civis, sociais e políticos; a relação entre Lei e Direito e o lugar do trabalhador de SM na produção e reprodução dos mecanismos de exclusão. A Plenária de SM também explicitou as grandes divergências entre militantes do MTSM comprometidos com a administração e os militantes da Plenária (SCARCELLI, 1998, p. 21). Segundo Amarante (2016), o uso do termo “Plenária” tinha dois objetivos: o primeiro, marcar diferença em relação ao MTSM, cujas lideranças estavam sendo julgadas ultrapassadas e, principalmente, muito comprometidas com o poder público; o segundo, “imprimir um compromisso com a dinâmica participativa e democrática” (p. 79).

A Plenária volta a enfatizar o vínculo entre saúde mental e cidadania. O III Encontro da Rede Latino-Americana de Alternativas à Psiquiatria, em Buenos Aires, em dezembro de 1986, que contou com a presença de Guattari, Rotelli, Castel, Basaglia, reforça a tendência iniciada pela Plenária (AMARANTE, 2016, p. 79). A convite do MTSM, Franco Rotelli vem a São Paulo, contribuindo para que a proposta de desinstitucionalização ganhasse contornos nítidos enquanto questão teórico-ético-política de desconstrução da lógica manicomial e invenção coletiva de dispositivos substitutivos (RODRIGUES, 2005, p. 557-558).

1.3.3. 1987 - A trajetória desinstitucionalizante

O ano de 1987 será destacado como o ano da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, marcando o início da trajetória desinstitucionalizante ou da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira propriamente dita. Também em 1987 será constituído o primeiro CAPS (o CAPS Luís da Rocha Cerqueira ou, como é mais conhecido, o CAPS Itapeva), com funcionamento de hospital-dia e que serviu de inspiração e forma de contágio para um novo modelo de atenção à saúde mental no país. Coincidentemente, 1987 é o ano em que eu entro na equipe de ats do Hospital Dia A Casa.

A ruptura com o movimento sanitaria se dará nesta I Conferência, que teve como resultado a constituição de uma comissão nacional para a organização do II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru, em 1987. Este Congresso será marcado pelo nascimento do Movimento da Luta Antimanicomial (MLAM), com o lema “Por uma

sociedade sem manicômios”, e pela escolha do 18 de maio como Dia da Luta Antimanicomial.

Amarante destaca a ruptura: O MTSM, com influências da Plenária, passa a perceber

a inviabilidade da mera transformação institucional, da simples modernização da psiquiatria e suas instituições, próprias da trajetória institucionalista, de ocupação e aliança com o Estado. [...] resgatava o tom inicial de suas origens, quando denunciava a psiquiatrização, a institucionalização, e partia para uma nova etapa em que a questão da loucura e das instituições psiquiátricas deveria ser levada à sociedade. [...] a função e vocação dos técnicos deveria ser redefinida e redimensionada. [...] no campo teórico-conceitual dos referenciais do MTSM, com o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’, ressurgiu o projeto de desinstitucionalização na tradição basagliana, que passava a ser um conceito básico determinante na reorganização do sistema de serviços, nas ações de saúde mental e na ação social do Movimento. O cenário [...] tinha outras características inovadoras. A principal delas foi, no campo sociocultural, o surgimento de um novo ator no Movimento pela Reforma Psiquiátrica, as associações de usuários e familiares. (AMARANTE, 2016, p. 81)

Assim, neste momento da trajetória desinstitucionalizante da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira propriamente dita, a ênfase estaria na invenção de dispositivos extra-hospitalares substitutivos ao manicômio e na extinção dos hospitais psiquiátricos, e não apenas no aperfeiçoamento das estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação). Isto exigiria a discussão da clínica psiquiátrica em suas bases: “Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica” (TENÓRIO, 2002, p. 35).

1.3.4. CAPS Luiz da Rocha Cerqueira – o CAPS Itapeva

É neste clima de efervescência, em que tudo isto está acontecendo, que, num último e derradeiro ato do governo Montoro, se dá a criação do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em março de 1987. Isso é considerado um marco inaugural, paradigmático e irradiador de uma nova prática de cuidados em SM, inspirando a criação de dezenas de outros CAPS, em regiões diversas, estabelecendo um novo tipo de serviço de saúde mental no país (TENÓRIO, 2002, p. 38; YASUI, 1989, p. 51). Além disso, o CAPS

acolheu profissionais da rede, com cargos de destaque, que foram obrigados a sair de seus trabalhos e projetos (YASUI, 1989, p. 51).

De acordo com o projeto original de implantação do CAPS, citado por Amarante (2016), o CAPS tinha como objetivos a criação de “mais um filtro entre o hospital e a comunidade”, visando “à construção de uma rede de prestação de serviços prioritariamente comunitária” (p. 82). Como diz outro trecho desse projeto:

[...] se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário. (SÃO PAULO, 1986, apud AMARANTE, 2016, p. 82)

Amarante também cita Pitta, uma das idealizadoras do CAPS, que diz que o CAPS teve como fontes inspiradoras as experiências do “hospital-dia” desde os anos 1940 na França, das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, dos Centros de SM dos EUA nos anos 1960 e dos Centros de SM italianos nos anos 1970 e 80 (AMARANTE, 2016, p. 83). Ainda de acordo com Pitta, a nomenclatura CAPS se inspira na denominação encontrada na Managua revolucionária de 1986, na qual, apesar de todas as adversidades materiais, técnicas e profissionais, pôde-se realizar uma experiência criativa de “reabilitar ou habilitar pessoas excluídas dos circuitos habituais da sociedade, por portar algum transtorno mental” (AMARANTE, 2016, p. 83).

De acordo com TENÓRIO (2002), para Goldberg, o CAPS baseava-se na ideia de que o tratamento dos pacientes psiquiátricos graves exigiria condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos. O atendimento-dia permitiria o acompanhamento diário, isto é, todos os dias da semana, se necessário, diversidade de atividades terapêuticas e a constituição de uma equipe multiprofissional. “Buscava-se oferecer ao paciente a maior heterogeneidade possível” em relação às pessoas com quem ele pudesse se vincular, e também em relação às atividades em que pudesse se engajar (p. 39-40). Assim, o CAPS buscava “integrar ações ambulatoriais e oficinas de trabalho com estrutura de hospital-dia” (SCARCELLI, 1998, p. 42), e consistiria em “uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.)” (TENÓRIO, 2002, p. 40).

Esta reformulação da instituição de cuidados em saúde mental, ainda citando Goldberg, dependeria de uma reformulação conceitual quanto à doença mental: “a doença

mental não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência” (apud TENÓRIO, 2002, p.40). E, por isso, deve-se levar em conta tudo o que se relacione à existência da pessoa doente, pois a “condição psicótica abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalhar, manter moradia etc., até a dimensão subjetiva (relações interpessoais, vivências subjetivas etc.)” (apud TENÓRIO, 2002, p. 40).

Scarcelli (1998) ressalta a posição de Goldberg, que, ao recusar uma abordagem exclusivamente sintomatológica da doença mental, pretendia a criação de uma clínica psiquiátrica renovada, em que a figura da doença se desloca para a pessoa doente (SCARCELLI, 1998, p. 42). Esta psiquiatria renovada, segundo Tenório (2002), não dispensaria o saber tradicional da clínica, mas “incorporaria outros saberes, outros procedimentos e outras preocupações, constituindo o que Goldberg chamaria de campo terapêutico em expansão” (p. 40), ou o que se convencionou chamar de clínica ampliada, no vocabulário da reforma psiquiátrica. A psiquiatria renovada, portanto, questiona a psiquiatria no interior de seu campo e pretende produzir um novo modo de fazer e conceber a doença mental, seu tratamento e a cura. “A clínica do CAPS [...] não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática da doença mental e do que seja o tratar” (TENÓRIO, 2002, p. 40).

Yasui (1989) relata como isso se dava na prática, descrevendo a rotina do CAPS a partir de 1988 e do intenso trabalho coletivo desde que foi inaugurado, em 12 de março de 1987. Funcionando das 8h às 17h, a equipe, constituída por treze profissionais de nível universitário e catorze não universitários, atendia 60 pacientes. A triagem era realizada por todos os técnicos em esquema de revezamento, e, uma vez que o usuário era admitido, estabelecia-se um contrato provisório (15 a 30 dias) com ele e sua família, no qual passavam a conhecer o serviço e, junto com a equipe, definiam as atividades que ele passaria a frequentar. Ao longo da semana, os usuários dispunham de uma sala de atividades aberta o dia inteiro com materiais para atividades de desenho, pintura, argila, papel machê, bordado, tapeçaria, ou apenas para conversar (poderíamos denominá-la como um “espaço de convivência”). A cada dia havia uma programação aberta em que os usuários escolhiam ou não participar, eram elas: expressão corporal, jornal, jardinagem, passeio, esportes ou vídeo. Os usuários tinham autonomia para propor e organizar uma atividade, como campeonato de xadrez, por exemplo. Partindo de suas necessidades, o usuário podia participar das seguintes modalidades terapêuticas com

enquadre fixo (dia, hora, número de participantes, terapeuta, etc): atendimento individual, grupo terapêutico verbal, grupo de terapia ocupacional, atendimento familiar nuclear e acompanhamento medicamentoso. Já no primeiro ano do CAPS, a equipe iniciou os ateliês com monitores especializados com objetivo de ampliar os modos de expressão, como cerâmica, teatro, música, marcenaria. Dentre os projetos do CAPS estavam a criação de uma “cooperativa gerida por técnicos, funcionários e usuários”, garantindo que os usuários pudessem produzir e receber pelo trabalho realizado, a criação de uma pensão protegida, bem como a implantação de um terceiro turno (YASUI, 1989, p. 58).

De acordo com Yasui (1989), ao ampliar e diversificar “as possibilidades de intervenções e invenções terapêuticas” (p.58), pretendia-se criar condições para que cada usuário, a seu modo e a seu tempo, chegasse a descobrir, a perceber ou a construir algum sentido para sua verdade singular. Essa verdade singular surgiria do inesperado, do inusitado, do sem-sentido, que estão incluídos no trabalho com esta dimensão humana que é a loucura, a qual demanda invenção de novas formas de encontro. Para isso, o CAPS contava ainda com diferentes espaços institucionais semanais de avaliação e discussão da rotina da casa: na supervisão, nas reuniões de equipe técnica, de cada miniequipe, de grupos de tarefas específicas (limpeza, administração etc.), com cada monitor, e na reunião geral com todos os integrantes do CAPS no dia, além dos momentos informais, no café, no almoço, numa saída, onde não raramente surgiam novas ideias.

Vemos, a partir do processo de constituição deste CAPS, a oferta de uma diversidade de dispositivos clínicos de escuta do sujeito e da família, assim como de espaços de convivência, espaços de encontro, diversidade de oferta de transferências. São todos estes dispositivos que constituem a clínica ampliada, em que reconhecemos conceitos da psicanálise, dos grupos operativos, da análise institucional, da psiquiatria democrática em composição com o tratamento em liberdade, da ação no território, da relação com a moradia e a geração de renda. O que quero ressaltar é que o CAPS, neste momento de sua constituição, ao se propor como clínica renovada ou clínica ampliada desde sua concepção, supera a eterna dicotomia²⁷ entre Psicoterapia Institucional / Análise Institucional *versus* Psiquiatria Democrática, ou entre clínica *versus* ações na cidade, clínica *versus* social, clínica *versus* política. Dicotomias que, ao longo da

²⁷ Essa dicotomia – clínica *versus* política ou instituição *versus* ações no social, que se expressa na ideia da clínica voltada aos espaços de acolhimento de questões íntimas e profundas, como nos grupos de escuta, e da política, ligada às ações direcionadas à reinserção social dos usuários. Dicotomia que também se expressaria na questão sobre o que é público e o que é privado, ou ainda, na questão sobre qual o lugar da clínica na RPB, entre outras.

trajetória da reforma até o momento atual da RAPS, tomará de empréstimo diversas máscaras para se apresentar.

1.3.5. Encontros

Em um encontro ocorrido no Sedes entre diretores fundadores do Hospital Dia A Casa e alunos do curso “Agentes de Saúde Mental”²⁸, em 1987, Beatriz Aguirre, psicanalista argentina e uma das fundadoras do HD, afirma a inviabilidade de, dez anos antes, ou seja, no final dos 1970, desenvolver um projeto como o do hospital-dia na rede pública. No entanto, o fato de o HD A Casa “ser uma instituição privada ou particular levantava questionamentos a seus interlocutores e a eles mesmos”, como “uma espécie de ‘carga’” (LANCETTI et al., 1989, p. 33-34).

Até aqui podemos supor alguns fatores com relação a essa “carga”: apesar das denúncias e da movimentação dos trabalhadores no final dos anos 1970, o modelo hospitalocêntrico e privatizante ainda imperava vigorosamente em termos de “políticas públicas”, sendo o destino inevitável do tratamento da “loucura” ou de qualquer um que fugisse à norma: o manicômio, o hospital psiquiátrico. Com relação à “carga” de não ser um serviço público, penso que isso se traduzirá e se desdobrará nas futuras divergências teóricas, em querelas relativas à clínica e política. Eterno campo de conflitos desde então, o embate destas forças é pano de fundo e de determinações para a construção de políticas e de novas práticas de atenção à saúde mental que constituirão a Reforma Psiquiátrica, que neste momento se inicia.

Com relação à “mistura” de referências teóricas, Lancetti (1989), ainda a respeito desse encontro no Sedes, faz uma provocação aos diretores da Casa apontando uma contradição nocional: “De um lado, [...] falam em falta constituinte, falam em estrutura.

²⁸ Estavam presentes neste encontro: Beatriz Aguirre, Moisés Rodrigues, Nelson Carrozzo. Sonia Ferrari e Regina Von Atzingen eram as outras diretoras do HD neste período. O curso, iniciado em março de 1987, era coordenado por três analistas institucionais argentinos: Isabel Marazina, Sérgio Maida e Antônio Lancetti, e dois psicodramatistas, Antônio Carlos Cesarino e Pedro Mascarenhas (LANCETTI et al, 1989). O Curso de Agentes de Saúde Mental se estenderá por mais dois anos e contou ainda com a participação de Gregório Baremlitt, de filósofos ligados ao pensamento deleuze-guattariano (como o Luís Fuganti), bem como de historiadores, sanitaristas, sociólogos etc (RODRIGUES, 2005, p. 558).

De outro, [...] valorizam os encontros não planejados, as práticas expressivas, o encontro. Há uma tensão entre um inconsciente representativo e um inconsciente produtivo” (p. 44).

No encontro, Aguirre concorda que haja essa contradição e aponta ainda outra tensão relativa ao terapeuta de psicóticos:

Quando se está ocupando esse lugar de produção ou construção de vida, não se pode dar passos em falso, não se pode responder a qualquer coisa. Não se pode entrar na viagem psicótica simplesmente, é preciso saber o que se está fazendo no momento em que está ocorrendo. (LANCETTI, 1989, p. 45)

Isso é algo que se incorpora no terapeuta de psicóticos e que é provocador de alto nível de tensão. Trata-se de um movimento constante de construção e desconstrução, nas palavras de Lancetti (1989, p. 45).

Por fim, ainda neste encontro, Aguirre assinala o atravessamento do contexto histórico-social na escuta dos pacientes da Casa: “É claro que mudou o conteúdo dos delírios; nos primeiros anos, os pacientes deliravam com Jesus Cristo e as figuras tradicionais, e ultimamente deliram com os partidos políticos, com seus líderes, ou seja, com outros modos de influência e de poder” (LANCETTI, 1989, p. 45).

O objetivo ao voltar a esta trajetória mais uma vez, e tenho dúvidas quanto a ter sido bem-sucedida em relação a isso, era ressaltar o clima do momento, momento de efervescência política, de encontros, de dissidências, de debates. De um lado, podemos afirmar que havia muita semelhança entre a proposta original do CAPS Luís Cerqueira²⁹ e a do HD A Casa, em que pese as diferenças, tanto em relação ao momento político de suas fundações, quase dez anos entre elas, mas principalmente quanto ao fato de uma se dar no âmbito privado e a outra, pela primeira vez, na rede pública. Dentre os pontos comuns entre as duas propostas, podemos destacar a diversidade de dispositivos terapêuticos de escuta e expressão, de oferta de transferências, a intensidade do tratamento e a relação com a cidade, com a comunidade. Como pontos de conflito e tensão, a dicotomia público/privado, clínico/político, psicoterapia institucional/psiquiatria democrática.

²⁹ Apesar de todo ineditismo contido na proposta do CAPS Luís Cerqueira, popularmente conhecido como CAPS Itapeva, ele de certa acabou isolado por permanecer vinculado à secretaria do estado até os dias de hoje, isto é, não foi municipalizado como aconteceu com toda a rede substitutiva criada a partir da reforma psiquiátrica.

O AT em São Paulo surge no início dos anos 1980 na Casa, respondendo a demandas criadas na própria instituição, quando se pretendia o cuidado em liberdade e de modo atento às demandas dos sujeitos em sofrimento e suas famílias. Vemos que o próprio Hospital-Dia se constitui a partir de uma multiplicidade de influências teóricas e políticas, e isto será marca fundamental da teorização do AT por esta equipe, a sua disposição transdisciplinar.

O objetivo, portanto, de voltar a esta trajetória mais uma vez, era ressaltar o clima deste período de redemocratização, momento de efervescência política, de encontros e de alegria, que resultou na consolidação de uma política nacional de saúde mental com a homologação da Lei 10216 de 2001 e sua atualização na Portaria 3088 da RAPS de 2011. Alegria que estava colocada na disponibilidade e possibilidade de criação, invenção de novos modos de estar com a loucura, alegria na participação desta construção, sensação de estar fazendo história, depois de anos de silenciamento e vigilância³⁰.

Como já dissemos anteriormente, uma escalada nada linear e cheia de tropeços: a começar pela Lei da Anistia aprovada, a dos militares, que os anistiou de todos os crimes de violência de Estado praticados, favorecendo que permanecessem atuantes e presentes no processo político que se seguiu; o fracasso da campanha das Diretas Já, levando à eleição indireta seguida da morte de Tancredo Neves e a consequente posse de Sarney para presidente, dando início à nova república em 1985; a Constituição Cidadã de 1988 e a homologação do SUS nos anos 1990, coincidindo com o momento de crise das políticas públicas em países capitalistas e de derrocada do comunismo, no cenário internacional.

A partir de 1990, o Brasil adere, tardiamente, ao neoliberalismo, ecoando a queda do Estado de Bem-Estar Social dos países europeus, o que traz novo folego à privatização da saúde, inscrevendo uma contradição entre a formalização legal de direitos sociais – resultantes das lutas coletivas que tensionaram a democratização do Estado brasileiro –, e o cenário político econômico internacional – que levava

³⁰ Elizabeth Lima (1997) participou do CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira em seus primeiros anos e, posteriormente, participou da implementação do Hospital-dia Infantil em Saúde Mental da Mooca, da rede de SM da gestão democrática e popular da Erundina (1989-1992). Para ela, estar “nessas instituições significava se propor a um embate cotidiano com a loucura” (p. 21). Fora dos muros asilares concretos, sem a violência e a objetivização dos internos, as equipes se depararam com a falta de ferramentas para lidar com a intensidade do sofrimento psíquico dos usuários. Havia, no entanto, “uma disposição, por parte das pessoas que compunham essas duas equipes, de tentar manter-se numa posição de abertura para esses sujeitos, em sua radical alteridade, oferecendo-lhes acolhimento” (LIMA, 1997, p. 21). Se a experiência do corpo a corpo com a loucura era de tal intensidade que desterritorializava o tempo todo as equipes, tirando-os do chão, a loucura como experiência da falta de sentido levava a que a instituição pudesse se constituir num espaço continente, de escuta interessada para essas formas de existência dissidentes. Era “uma tarefa paradoxal: criar um lugar para acolher a experiência mesma da falta de lugar, da desterritorialização. Tratava-se de inventar uma nova clínica. Inventar a possibilidade de encontro” (LIMA, 1997, p. 22).

o país a implementar pactos e formulações orientados pela prioridade da estabilidade econômica. (ROSA, Z., 2016, p. 91)

No neoliberalismo, o Estado não se retira da condução das políticas públicas, mas a conduz com forte presença, ao favorecer “os setores privados da economia, com vistas à recuperação da queda das taxas de lucro: financeirização dos recursos públicos e apropriação do fundo público pelo capital” (ROSA, Z., 2016, p. 94). Os efeitos deste modelo de gestão neoliberal se apresentam nos “entraves e dificuldades relativos ao desmonte do polo hospitalar no Brasil” (ROSA, Z., 2016, p. 95), assegurando que ainda hoje persistam credenciados leitos em hospitais psiquiátricos, muitos dos quais seguem recebendo novas internações. O impacto desta forma de gestão neoliberal pode ser observado também na atual política sobre drogas e em seu modelo de assistência. Enquanto que a RAPS propõe a implantação de novos dispositivos como os consultórios de rua, os CAPS AD 24 horas, as Unidades de Acolhimentos (UAs), que funcionam como serviços residenciais transitórios, essa mesma política permite o financiamento das atuais comunidades terapêuticas. Bem diferente das Comunidades Terapêuticas dos anos 1960, essas comunidades são “instituições de caráter privado, muitas delas gerenciadas por setores religiosos, orientadas por finalidades alheias aos princípios preconizados pelo SUS” (ROSA, Z., 2016, p. 95). Por fim, a autora cita ainda o modelo de gestão por meio de contratos com Organizações Sociais de Saúde (OSS), empregado por alguns municípios para a implementação do SUS, e que

resulta num quadro de trabalhadores em equipes de Atenção Básica, de CAPS e de serviços pertencentes às estratégias de desinstitucionalização, cujos direitos trabalhistas encontram-se cada vez mais precarizados, refletindo a estratégia de atuação do Estado na contratendência à crise estrutural do capital. (ROSA, Z., 2016, p. 96)

A insuficiência de cobertura de serviços substitutivos na maior parte dos municípios brasileiros junto a essas condições de trabalho “despotencializam a capacidade dessas instituições, no que diz respeito à possibilidade de construir projetos terapêuticos singulares e territorializados, sustentando novas formas de pertencimento à cidade e de exercício de cidadania” (ROSA, Z., 2016, p. 96).

Mesmo com todas essas precariedades, de acordo com Marazina (2011), diferentemente da Argentina, que em 2011 ainda não tinha conseguido determinar uma política nacional de saúde mental, mas sustentava experiências setoriais com objetivos

desmanicomializantes (MARAZINA, 2011, p. 21), no Brasil, a reforma psiquiátrica brasileira foi proposta como uma

política, desenvolvida ao longo de vinte e cinco anos, [que] encontra seu marco na constituição do SUS (Sistema Único de Saúde) e sustenta-se em um arcabouço jurídico que abrange um espectro amplo de regulamentos sobre os procedimentos e dispositivos substitutivos do hospital psiquiátrico. (MARAZINA, 2011, p. 20)

Em 2017, damo-nos conta, surpresos, que esse arcabouço jurídico institucional não serve como garantia da Política de Saúde Mental que viemos construindo ao longo desses 30 anos. O golpe parlamentar de 2016 rasga a carta constitucional quando aprova a PEC 55 (a PEC da morte), que congela por vinte anos investimentos na saúde e na educação, e quando aprova a reforma trabalhista (escravocrata) e previdenciária, a ser votada ainda em 2017. Mais uma vez, e mais do que nunca, a política de saúde mental baseada na desinstitucionalização da loucura, na desospitalização, no tratamento em liberdade e no território, está ameaçada. O perigo de mais um desmonte e de um gravíssimo retrocesso de todas as conquistas alcançadas (poucas, na realidade!) é real e já começou³¹.

Talvez, um objetivo implícito ao retomar esta trajetória esteja justamente no resgate daquela alegria, daquela esperança como potência de resistência a esse momento obscurantista que volta a nos cercear.

1.3.6. Da minha implicação com o tema do AT

De minha parte, a entrada na equipe de AT do HD A Casa, em 1987, se marca como um antes e um depois para sempre. De um lado, me fez mudar da orientação

³¹ Notícia ruim chega a toda hora: Em reunião no dia 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) deliberou a toque de caixa a aprovação das novas diretrizes para a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, a ser conduzida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/MS). A portaria recua na Lei da Reforma Psiquiátrica e propõe a extinção de mecanismos legais que permitem a transferência de recursos dos manicômios para novos serviços comunitários. A portaria nivela o pagamento de todo e qualquer leito psiquiátrico, privilegia a internação em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas para dependentes químicos e duplica os serviços ao ressuscitar o financiamento de ambulatórios de saúde mental, sobrepostos aos serviços comunitários existentes. Como os recursos são escassos e decrescentes, o resultado será o sucateamento da rede comunitária de saúde mental. (ABRASCO. Retrocesso na Saúde Mental: CIT aprova novas diretrizes da CGMAD/MS, disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/retrocesso-na-saude-mental-cit-aprova-novas-diretrizes-da-cgmad-ms/32530/>> acesso em 26/12/17 e Retrocesso na saúde mental? Zanone Fraissat/Folhapress, disponível em <<http://m.folha.uol.com.br/opiniao/2017/12/1943135-retrocesso-na-saude-mental.shtml?mobile>> acesso em 26/12/17).

junguiana, que vinha desde os tempos da faculdade, para a psicanálise, implicando, portanto, na minha primeira análise lacaniana. Naquele momento, o HD A Casa promovia o curso de Análise Institucional e Coordenação de Grupos, o qual, por si só era um dispositivo de circulação por onde passaram muitos dos analistas institucionais e grupálistas do grupo dos argentinos, que vinham para São Paulo para dar aulas no curso e supervisões para as equipes do HD e de AT, como Armando Bauleo, Osvaldo Saidón, Gregório Baremlitt, entre outros. No I Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos de São Paulo, em 1989, organizado pela equipe de AT da Casa, tivemos interlocutores analistas institucionais, como Baremlitt, Cesarino, Isabel Marazina, e psicanalistas do Sedes (Miriam Chnaiderman, Renata Cromberg, entre outros). Penso poder afirmar que, neste momento em que entro na Casa, minha formação psicanalítica é carregada de sotaque portenho, com muita influência dos analistas institucionais franceses e alguma referência aos italianos. Isto vai se tornar relevante na teorização do AT pela equipe desta instituição. Importante marcar este trânsito: HD A Casa, Sedes, análise institucional, rede pública.

Desde 1987, quando entro na Casa, até o meu mestrado em 1996³², foram muitas vivências, sempre intensas: a própria entrada na Casa, que me levou à psicanálise, que me levou à análise, aos ATs, os primeiríssimos, à convivência com Pedro³³, à sua loucura... Pedro me abriu para outros circuitos da cidade, para a existência de mil cidades nesta mesma São Paulo, de mil casas no seu mesmo apartamento, de mil eus potentes e efêmeros no mesmo Pedro.

Em 1988, entrei no Ambulatório de Saúde Mental da Brasilândia, no momento de maior de combate e resistência por parte da população, dos usuários e dos trabalhadores contra o plano de Quércia de transformar o ambulatório em um laboratório de análises clínicas. Essa experiência foi intensíssima, na rua, em frente ao ambulatório, as assembleias, os vereadores, a mídia – eu nunca tinha vivido isso até então, e foi algo que durou o período de minha experiência de servidor de público: três meses, nos quais, neste curto período, minha carteira de trabalho registrou dois carimbos de demissão, “por incitação à população e desacato ao estado”, sendo que a primeira foi revogada...

³² *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade* (SERENO, 1996).

³³ Acompanhei Pedro por muitos anos junto à equipe da Casa. Seu caso foi discutido no I Encontro de ats de São Paulo e publicado no livro *A rua como espaço clínico* (1991), organizado pela equipe de AT da Casa, e, posteriormente, também foi discutido no meu mestrado. O AT de Pedro abriu para as questões sobre a cidade, sobre a circulação psicótica, sobre o trabalho em equipe de ats e a oferta de múltiplas transferências no trabalho do AT.

Traumático! E, no entanto, hoje ainda permanecem certos laços afetivos deste curtíssimo período.

Depois disso, o mergulho no AT com a equipe da Casa, no projeto de teorização da clínica do AT: a questão da paixão, a questão da transferência no AT, construída por um coletivo, ele mesmo atravessado por mil transferências, afetos de todas as ordens e tonalidades, saberes, poderes, pela loucura e pela relação com o próprio hospital-dia: a loucura nas paredes da instituição. E todas as parcerias e cisões que inevitavelmente atravessam uma instituição que pretende acolher, escutar e tratar (o sofrimento psíquico, as psicoses) a loucura; no caso da equipe de AT, por exemplo, lembro-me da supervisão com Bauleo em que discutíamos a “velha” cisão equipe interna/equipe externa, sendo a equipe de AT a equipe externa, obviamente. Tudo era intenso, todas essas questões. Surgem alguns desafios como levar a cabo a ideia das mini-equipes de referência, articulando as equipes interna e externa a partir do caso clínico. Outro desafio se relacionava à ampliação das formas de participação dos ats nas “reuniões gerais de 3ª à noite” da equipe interna do HD. Eram questões muito sérias, pois até então os ats não eram contados na discussão de casos da equipe.

Dentre os primeiros ats da Casa, em 1985, estavam Mauricio Porto, Eliane Berger, Marta Okamoto, Leopoldo Fulgêncio, Luís Braga, Leonel Braga, estudantes de psicologia nesta época. Aos poucos, passaram a fazer parte da equipe interna do HD, deixando de se dedicar ao AT³⁴. Em 1987, Mauricio Porto e Eliane Berger passaram a compor a função de supervisores da equipe de AT junto com Nelson Carrozzo, que já ocupava a função de coordenação e supervisão dos ats (alguns anos depois Leonel Braga também se tornará um dos supervisores da equipe de AT).

Havia assim um imaginário construído de que a passagem pela equipe de AT representaria um degrau para o terapeuta para a entrada na equipe interna do HD. A turma de ats que entrou em 1987, da qual eu fazia parte, junto com Regina Hallack, Renata Caiaffa, Claudia Trigo Aguiar e Rui Farneda, rompe esse ciclo e faz a diferença, no sentido de que, neste grupo, todos eram psicólogos formados, e, portanto, o AT não se configurava como um estágio extracurricular para se tornar terapeuta do HD, mas como afirmação do desejo nesta clínica do AT: a aposta era no AT. Além disso, éramos todos

³⁴ Regina Marques, terapeuta ocupacional, era uma exceção desta geração, pois fazendo parte da equipe interna queria voltar a integrar a equipe de AT.

colegas da faculdade³⁵ (os novos supervisores e os novos ats) e nos formamos praticamente no mesmo ano ou em anos muito próximos. Este fato com certeza era gerador de tensões e de questões sobre lugares, posições, funções, saberes, poderes... Tensões e questões que eram elaboradas apaixonadamente nas supervisões, nas quais as discussões sobre os casos acabavam por implicar toda essa trama transferencial, destacando a dimensão institucional.

Acredito que foi toda essa implicação (paixão) na afirmação da clínica do AT, mais os cursos que aconteciam na Casa (de grupos e de análise institucional), mais todas as formações e pós-graduações em que cada um da equipe estava engajado, tendo como pano de fundo a luta antimanicomial e os processos democráticos de abertura finalmente instalados – daí a sensação de se estar fazendo história –, enfim, acredito poder afirmar que tudo isso impulsionou a equipe no movimento de teorização e sistematização do AT. Movimento que se seguiu com a entrada de novos ats posteriormente. E, creio poder afirmar, movimento sustentado e empreendido pelo Nelson Carrozzo, que engajava toda a equipe na produção de textos, na organização de Encontros Paulistas de AT (em 1989 e 1994), na organização de dois livros, em cursos de AT, em meio à elaboração de todos esses atravessamentos institucionais. Ele sustentou também o modo operativo de pensarmos o curso de AT como construção de conhecimento coletivo.

Os anos 1990 serão marcados pelas primeiras publicações e pesquisas acadêmicas sobre o AT no Brasil. Em 1991, após o I Encontro, a equipe de AT da Casa organiza o livro *A rua como espaço clínico: o AT*. Em 1995, teve a dissertação de mestrado de Reis Neto (1995), *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Em 1994, a equipe de AT da Casa realizou o II Encontro Paulista de AT, e, após trabalhar os textos desse Encontro com os autores, foi publicado o livro *Crise e Cidade*, em 1997. O livro de Kleber Barreto (1998), fruto de sua dissertação de mestrado, fundamenta o AT a partir da perspectiva winnicottiana e representou um marco na teorização do AT.

Em termos desta trajetória, vale assinalar que a portaria 189 do Ministério da Saúde, publicada em novembro de 1991, instituía no plano nacional os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) no rol dos procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental financiados por verba pública. Este ato é relevante na medida em que, até então, não havia normas para a remuneração e incentivos públicos a outras

³⁵ Éramos todos da Faculdade de Psicologia da PUCSP. Regina Hallack viera de Juiz de Fora para o mestrado em Psicologia na mesma PUCSP.

modalidades de assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consultas) (TENÓRIO, 2002, p. 42). Além disso, foi a primeira e única vez que o AT foi listado no rol de procedimentos e dispositivos de atenção. Logo depois, na portaria 224³⁶ do Ministério da Saúde, de janeiro de 1992, que aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo, o AT já não constava mais.

Na entrada nos anos 2000, houve a homologação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, o aumento da produção teórica sobre a clínica nos serviços substitutivos, e também da produção acadêmica em torno do AT³⁷. Em 2005, duas revistas – *Estilos da Clínica*, editado pelo IP-USP, e *Psychê*, pela Unimarco – dedicaram-se a edições especiais (compilação de artigos) sobre a temática do AT, também com o objetivo de fomentar o debate durante o I Congresso Internacional / II Congresso Ibero-americano e I Congresso Brasileiro de AT, que se realizaria em 2006, em São Paulo. Por outro lado, revelam o aumento da produção acadêmica sobre o tema. Assim, por exemplo, a revista *Estilos da Clínica*, organizada por Mauricio Hermann, traz artigos de autores que estavam desenvolvendo um doutorado ou pesquisas sobre AT: Analice Palombini, Fabio Araújo, o próprio Mauricio Hermann, Andrea Guerra e Andréa Milagres. É assim que, quase dez anos depois, as teses de Palombini (2007) e de Hermann (2010) praticamente dão conta do meu desejo na dissertação de mestrado, articulando psicanálise lacaniana e cidade!

Enquanto que Hermann (2010) focalizou na formalização do AT do ponto de vista da clínica das psicoses e da clínica do real em Lacan, visando demonstrar a função analítica do AT e o quanto o AT tem a ensinar à clínica psicanalítica *strictu sensu*, Palombini (2007) ressaltou a função emblemática do AT no contágio das disciplinas psi com o espaço-tempo da cidade. A autora buscou ferramentas teóricas para a clínica a partir de Winnicott, Lacan, e Guattari e Deleuze, propondo um diálogo entre eles. Além disso, fez um intenso percurso pela literatura, pela história, pela geografia, pelas ciências sociais, pela filosofia, acompanhando os discursos sobre as cidades, da formação das

³⁶ “A portaria 224 divide o atendimento em saúde mental em dois grandes grupos de atendimento, o hospitalar e o ambulatorial. O atendimento hospitalar compreende a internação e a semi-internação, esta última na forma dos hospitais-dia. O atendimento ambulatorial compreende o ambulatório propriamente dito (na acepção tradicional) e os CAPS e Naps, considerados ambulatoriais em sentido amplo, à medida que não-hospitalares, mas distintos do ambulatório como estrutura específica” (TENÓRIO, 2002, p. 42-43).

³⁷ É desse período: *Sorrisos inocentes e gargalhadas horripilantes: intervenções no AT*, de Paula Cauchik, de 2001; *AT na rede pública: uma clínica em movimento*, de Analice Palombini et al., de 2004; *AT: que clínica é essa?* de Sandra Carvalho, também de 2004; *AT: a construção de uma estratégia clínica*, de Pitiá e Santos, de 2005; e por fim *Um passeio esquizo pelo AT: dos especialismos à política da amizade*, de Fabio Araújo, de 2006.

idades medievais até as metrópoles contemporâneas e sua incidência sobre a subjetividade, até o processo de urbanização brasileira, situando o alienismo na instauração das sociedades democráticas, na passagem do séc. XVII para o XIX, e, por fim, apontando o surgimento do AT nos processos contemporâneos da reforma psiquiátrica... para criar o terreno do AT como máquina de guerra, a partir de Deleuze e Guattari.

Concluindo... Nesta altura, podemos afirmar uma disposição transdisciplinar e em rede do AT aqui no Brasil. Isto provavelmente se deu pelo contexto político-institucional do seu surgimento, no final dos anos 1970 e nos seguintes, de abertura democrática no país, que culminou na criação do SUS (1990) e na Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial (2001). Vimos o papel desempenhado pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, que traz para a cena todos os atores que marcarão as principais concepções reformistas / alternativas com papel preponderante na concepção da RPB. Em São Paulo, vimos também o quanto a teorização do AT foi influenciada pelos analistas institucionais franceses e pelos psicanalistas argentinos (psicanalistas plataformistas, analistas institucionais, grupelistas). Por outro lado, podemos pensar que todas estas influências se transformaram em um grande banquete antropofágico e tomarão uma cara própria a partir das demandas que surgiram com a RPB. Com isto estamos afirmando que a função do AT, a teorização e a constituição do campo institucional do AT, no Brasil, são profundamente marcados e atravessados pelas políticas de saúde mental e responderão a diferentes demandas engendradas no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, como atestam diversos autores (REIS NETO, 1995; CARVALHO, 2004; PALOMBINI, 2004, 2007; BENEVIDES, 2007; HERMANN, 2010; SANTOS, 2006). Assim, apesar de sermos atravessados pelo AT argentino³⁸, esta marca produzida pelas demandas da política de saúde mental constitui um ponto de desvio fundamental na trajetória do AT brasileiro.

O at circula num território sempre novo. Circula apoiado em diversos referenciais que marcaram sua origem: a psicanálise, a análise institucional, a Rede de Alternativas à Psiquiatria, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, as teorias de grupos, o psicodrama e depois aqueles que foram se construindo a partir da RPB e das políticas antimanicomiais, e que culminam no paradigma da atenção psicossocial, como veremos adiante. Esta diversidade de referências teóricas, que nasce no momento político de

³⁸ O livro *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*, das argentinas Mauer e Resnik, a primeira publicação sobre AT, escrita em 1985, chegou ao Brasil em 1987, e até hoje influencia os ats brasileiros.

abertura, questiona e se opõe às instituições oficiais de tratamento e de formação, hierárquicas, elitistas, intimistas, nucleares, segregadoras, voltadas aos interesses do *status quo*/ do capital/ da lógica do lucro. Isto está na base da constituição/surgimento do AT no Brasil direta ou indiretamente, de um jeito ou de outro.

2. O AT COMO DISPOSITIVO TRANSDISCIPLINAR DE ARTICULAÇÃO NA CIDADE

Em 1996, no mestrado, tomando como referencial teórico a psicanálise (Freud e Lacan), eu descrevi o AT como “clínica de articulação, cujo objetivo estaria no alívio do sofrimento do paciente e na possibilidade de produção criativa e articulação social, participando da reconstrução imaginária do sujeito após o desencadeamento da crise” (SERENO, 1996, p. 29).

Indiquei ainda a pluralidade do campo do AT e a função da cidade nesta clínica como campo de experimentação pluridimensional por excelência (SERENO, 1996, p. 10).

Atualmente defino assim o AT: o AT é um dispositivo ético-clínico-político de intervenção e de articulação, que opera, a partir da transferência e da escuta do sujeito, a construção de laços e de redes de saúde, de promoção de saúde/vida. O acompanhante terapêutico circula pelos mais diferentes espaços do território / cidade, ao mesmo tempo em que se desloca por diferentes lugares transferenciais. Tira proveito do território e da ambiência para oportunizar situações de troca e de oferta de laços sociais, para provocar acontecimentos. Esta abertura ao insólito atravessa o par transferencial at- acompanhado, fazendo um corte na cena e modificando posições (SERENO; VICENTIN, 2013, p. 93).

O AT entra com seu corpo na cena do acompanhado a partir de atravessamentos teóricos (a clínica, as psicanálises, a transferência e a escuta), mas também atravessamentos de tudo o que a abertura do enquadre proporciona: a velocidade dos carros na Avenida Paulista, a fila no banco, o torrar dinheiro na farmácia, a violência da polícia nos territórios periféricos, a luta dos jovens pela Praça dos Sete Jovens, o tombo na calçada. O olhar/corpo flutuante do at se deixa permear pelo contexto e pela polifonia da cidade.

Seguiremos na proposta de pensar a cena como ferramenta conceitual do AT, considerando a cena o próprio fazer do AT, o acontecimento. Para isso vou descrevê-la a partir de quatro elementos: o enquadre aberto, a presença/corpo, a transferência/escuta do sujeito e a cidade, já considerando que esta divisão é metodológica, pois estes termos se enlaçam. Antes disso, porém, vamos nos deter na noção de transdisciplinaridade.

2.1. Transdisciplinaridade / transversalidade

Bazhuni (2010), em sua dissertação de mestrado *Acompanhamento terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental*, interroga até que ponto as pesquisas sobre AT no campo da psicologia estariam importando conceitos e concepções de diferentes campos, os quais, submetidos à sistematização, sofreriam o risco de estar sendo esvaziados de sua reflexão, e de perder seu valor, uma vez que faltaria uma coerência própria de sua base epistemológica. A autora afirma: “A utilização de conceitos de diferentes campos acaba por gerar uma mistura, muitas vezes, imprecisa e posicionamentos que não são neutros, podendo deixar o trabalho sem referências” (BAZHUNI, 2010, p. 100).

A autora dá como exemplo a tese de Palombini (2007), que se refere ao conceito do Nome-do-Pai de Lacan, da mãe suficientemente boa de Winnicott, de impessoal de Deleuze e de amizade de Derrida como ferramentas teóricas para a clínica do AT. Ou de Hermann (2008), que trata da função de articulador do real, simbólico e imaginário na concepção lacaniana do AT nos casos de psicose, e também utiliza o conceito de transicionalidade de Winnicott (BAZHUNI, 2010, p. 100). “Essas produções nos fazem pensar em uma utilização instrumental da psicanálise, que faz uso daquilo que ‘cabe’ às situações e desconsidera o rigor da ética, da fundamentação epistemológica e metodológica” (BAZHUNI, 2010, p. 100).

Eu me pergunto: é possível abrir mão de algum destes conceitos em se tratando da clínica das psicoses ou de casos em que houve graves falhas na constituição subjetiva? Falo da clínica em geral, no consultório, na instituição, na rua. Acredito na necessidade de mais e mais ferramentas conceituais. Oury (1991) indica que a miséria existencial de todas essas pessoas que ‘descarrilharam no simbólico’ – que se perderam no ‘abwarten’, na espera infinita, e que, portanto, não estão em nenhum lugar, não constituíram ou destruíram seu espaço de vida – exige que seja abordada por todas as facetas possíveis, privilegiando “tanto as facetas sociais, biológicas, quanto as psicanalíticas” (p. 4). Para Pelbart (1993), uma das coisas mais fascinantes e mais difíceis de fazer no trabalho com psicóticos talvez seja “o multiplicar as formas de conexão, de linguagens, de abordagens, de entendimento. Pluridimensionar o campo [...]” (p. 15).

Fernández (2006), em seu livro sobre o campo grupal, propõe que este seja pensado a partir da superação dos limites impostos pela lógica do objeto discreto, ao abrir a “reflexão para formas epistêmicas pluralistas, transdisciplinares” (p. 57).

Isto implicaria na indagação crítica da epistemologia das ciências positivas, as quais ainda estariam na fundamentação das ciências humanas, incluindo aí a psicanálise, e que pressupõem “um objeto discreto autônomo, reproduzível, não contraditório e unívoco” (FERNÁNDEZ, 2006, p. 58). As propostas transdisciplinares surgem com a necessidade de critérios epistemológicos pluralistas para a compreensão de “situações de transferências múltiplas em diferentes territorialidades” (FERNÁNDEZ, 2006, p. 58). Desse modo, estas propostas transdisciplinares resistem a processos de simplificação unidisciplinar e sugerem o apagamento dos contornos de “indivíduos” e “sociedades”, buscando tentativas de compreensão que abordem esses problemas do centro mesmo de sua complexidade. Além disso, colocam “em xeque as configurações hegemônicas de certas disciplinas ‘mestras’, [...] às quais se subordinam outras territorialidades disciplinares” (FERNÁNDEZ, 2006, p. 59), em um movimento de libertação dos saberes satelitizados pelas disciplinas mestras.

Os atravessamentos disciplinares como transgressão das especificidades desestabilizam referenciais dogmáticos:

Obviamente, esse movimento que desmancha os contornos dos objetos teóricos discretos, unívocos, implica não só o intercâmbio entre diferentes áreas de saber, mas a crítica interna de várias regiões de uma disciplina que, ao transversalizar com outros saberes, põe em questão muitas de suas certezas teóricas. (FERNÁNDEZ, 2006, p. 60)

Desse modo, um “enfoque transdisciplinar pressupõe desdisciplinar as disciplinas de objeto discreto e, no plano da ação, [...] um certo apagar dos contornos dos perfis de profissionalização, ao menos naqueles mais enrijecidos” (FERNÁNDEZ, 2006, p. 169-170).

Para Benevides (2007), baseada na concepção de Benevides de Barros, o conceito de transdisciplinaridade surge no mesmo movimento de ruptura das dicotomias sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, em uma “dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade” (p. 26). A autora refere-se “a uma abertura no plano da clínica através de práticas de atravessamento e conexões: a transversalidade seria uma espécie de nomadismo de fronteiras, desmanchamento incessante dos territórios cristalizados” (BENEVIDES, 2007, p. 26).

Num enfoque transdisciplinar, a utilização de produções teóricas é como uma caixa de ferramentas, ou seja, elas são instrumentos e não sistemas conceituais, instrumentos teóricos estes que “incluem uma dimensão histórica das situações que

analisam” (FERNÁNDEZ, 2006, p. 169). Conceitos-ferramenta, os quais, segundo Cabral (2005), aludem à expressão usada por Foucault, que é também muito utilizada por Guattari, “de que as teorias possam servir como uma caixa de ferramentas conceituais da qual nos utilizamos circunstancialmente cada vez que uma ideia/conceito puder instrumentalizar o trabalho” (CABRAL, 2005, p. 76).

Palombini, Cabral e Belloc (2005) ressaltam o papel da invasão da cidade no *setting* do AT, colocando a clínica em questão e o AT como “função emblemática do contágio das disciplinas *psi* com o espaço e o tempo da cidade” (p. 33). Enquanto as ferramentas conceituais da clínica serviram de pressupostos orientadores do trabalho, a prática cotidiana do AT permitiu aberturas, deslocamentos, desconstruções neste mesmo plano da clínica. “[...] o AT, partindo da clínica, retorna a ela como seu analisador [...]” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 33). E, ainda que concordando com Araújo (2005) que toda clínica é acompanhamento terapêutico, os autores perguntam-se qual a singularidade do AT e do que é feito este elemento que é exterior à clínica estrito senso e ao mesmo tempo retorna a ela para radicalizar seus sentidos.

Palombini (2006) esclarece sua intenção de situar a “problemática comum” desafiadora das teorias que se mostra emblemática na clínica do AT, mais do que polemizar e buscar qual teoria daria conta da boa clínica e da boa política. “Que fatos, práticas e pensamentos colocam questões no campo em que nos movemos, o campo da reforma, da saúde mental, onde o AT comparece como estratégia clínico-política?” (PALOMBINI, 2006, p. 122).

Vicentin (2006) se refere a uma *disposição transdisciplinar* do AT, isto é, a um embaralhamento de fronteiras disciplinares e um hibridismo conceitual e técnico, um para-além das disciplinas: o dispositivo do AT como “enredamento, conectividade de múltiplas profissões e saberes, [...] a clínica do AT é um dispositivo de produzir profissionais para além das disciplinas (disposição transdisciplinar ou transversal)” (VICENTIN, 2006, p. 115).

Também definindo o AT como um dispositivo híbrido, Benevides (2007) denomina *função de transversalização* esse movimento transversal que o AT opera na clínica, desestabilizando os limites identitários e colocando em questão a própria noção de disciplina (p. 152). Além disso, esta autora aponta a subversão metodológica da experiência do AT, ao apostar na indefinição do percurso, pois as metas não estão definidas *a priori*:

A subversão que constatamos na clínica do/no movimento é a que nos obriga a pensar o avesso deste sentido tradicional de método, de tal forma a considerar doravante uma meta que se constrói no próprio caminhar, não um método, mas uma *hodos*-meta. Assim, sem um a priori que confere ao mais além o valor de fim a ser alcançado, o caminho torna-se, então, um ato de produção de si na ação gerúndica do caminhando. (BENEVIDES, 2007, p. 31)

Se não há uma definição a priori das metas, é a postura ética que dará a direção à clínica e à pesquisa, implicando tanto uma como a outra num processo de produção de subjetividade como resistência às formas de assujeitamento aos discursos hegemônicos, tornando-as inseparáveis “do campo social, da história, da política, da estética e da ética” (BENEVIDES, 2007, p. 31).

2.1.1. Que lugar para a psicanálise no AT?

A respeito da relação entre AT e psicanálise: falamos em clínica, falamos em transferência e escuta do sujeito, em inconsciente a céu aberto, em ética da psicanálise e, no entanto, o AT não é psicanálise! De um lado, é importante acabar com a falsa dicotomia entre a psicanálise e a atenção psicossocial/saúde mental. O conceito de clínica ampliada e o modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) há muito superaram esta suposta dicotomia. Assim, a clínica ampliada mostra a contribuição da psicanálise com as noções de transferência, escuta, produção do sujeito, entre outras, para “relacioná-la com os procedimentos sociais, políticos, institucionais e terapêuticos da reforma” (TENÓRIO, p. 14), e com isso “positivar a dimensão específica da clínica nas práticas da reforma” (TENÓRIO, 2002, p.18), isto é, pensar a clínica como condição efetiva da cidadania. Já o modo psicossocial é tributário de “diferentes movimentos sociais e científicos e vários campos teóricos”³⁹ (COSTA-ROSA, 2000, p. 2), e pressupõe a “implicação subjetiva”

³⁹ O trabalho no modo psicossocial tem se valido das “contribuições da psicanálise no que diz respeito às suas formulações sobre a constituição do sujeito humano e sobre a constituição de positivos de tratamento; a esquizoanálise, com sua insistência na produção de novas formas de subjetividade singularizada [...]; o materialismo histórico também tem contribuído com ferramentas e conceitos, [...] embutidos nos modos de exercício das experiências em saúde mental que as práticas da reforma psiquiátrica reeditam no contexto brasileiro” (COSTA-ROSA, 2000, p. 16). As metas radicais do modo psicossocial são a desospitalização, a desmedicalização e a implicação subjetiva e sociocultural (COSTA-ROSA, 2000, p. 17). Ele propõe a organização programática em forma de equipamentos integrais, sendo a integralidade “considerada tanto em relação ao território, quanto em relação ao ato propriamente terapêutico” (COSTA-ROSA, 2000, p. 21). Propõe também a implementação do modo cooperativo de trabalho em detrimento às ideologias individualizantes e ao modo capitalista de produção, que obstaculizam relações intersubjetivas horizontais, “dando estatuto ético às práticas em saúde mental que levem em conta à singularização tanto do trabalhador quanto do usuário” (COSTA-ROSA, 2000, p. 22-23). Por fim, é impossível não citar a advertência do autor quanto a supor qualquer visão paradisíaca relacionada ao exercício do paradigma psicossocial: “sem que

(COSTA-ROSA, 2000, p. 2), propondo ações no momento da crise e a implicação da família e do social no território para a solução dos problemas.

Vemos ainda hoje colegas psicanalistas que insistem na incompatibilidade das propostas do campo da saúde mental e da psicanálise, sendo esta última vista como algo puro e intocável (de novo!), e que se recusam ao diálogo com este campo, ou que, quando muito, aceitam adjetivar as práticas e os dispositivos como *com base psicanalítica* ou que produzem efeitos psicanalíticos. Em posição diametralmente oposta, há aqueles que defendem uma psicanálise implicada, como veremos adiante.

A relação da psicanálise com o AT também é diversa. Assim, há aqueles que defenderão que o AT é psicanálise e outros que, como eu, pensam que o AT pode produzir efeitos psicanalíticos, e mais, que seria um reducionismo resumir o AT à psicanálise (ainda mais quando se leva em conta a questão: quem é ou qual a formação do at?).

Dizer que a psicanálise oferece ferramentas para o pensamento clínico do AT não é o mesmo que dizer que a Psicanálise engloba a totalidade do saber / saber-fazer sobre a clínica do AT, ou até mesmo, como alguns autores afirmam, que o AT é psicanálise.

A psicanálise dá conta do AT até certo ponto, e isso já é muito mais do que diria Freud sobre sua aplicação no campo das psicoses. No que se refere à escuta, à interpretação (ato interpretativo), ao pensamento clínico, à supervisão da transferência e à análise do at: em todos estes momentos, a psicanálise está presente. Tem um outro tanto de improviso, que numa análise também ocorre, que é da cena no real, jogo de cena e jogo de corpos, a sutil diferença entre o que a fala representa numa análise e o que o ato está para o AT. (SERENO, 1996, p. 43)

Cabral (2005), nesta mesma direção, afirma que, mesmo servindo para pensar a estrutura clínica e a direção do tratamento, a psicanálise não nos esclarecia sobre como proceder no cotidiano do trabalho, em função das vicissitudes do AT. Desta forma, seria imprescindível a busca de outros campos do conhecimento (p. 75).

Buscamos na psicanálise os fundamentos teóricos para sustentar a intervenção do acompanhamento terapêutico e, em função de suas vicissitudes, procurarmos outras teorias que ofereçam suporte à intervenção, através dos conceitos-ferramenta aqui apresentados: dispositivo, acaso/acontecimento e cidade. (CABRAL, 2005. p.101)

Considerando a bibliografia existente, Palombini (2006) afirma que a prática clínica do AT vem se sustentando nos pensamentos de Lacan, Winnicott ou Deleuze-

ele se veja simultaneamente fustigado por pulsações que lhe são antagônicas [...] não há, *a priori*, o que nos garanta um futuro sem riscos para as práticas do modo psicossocial” (COSTA-ROSA, 2000, p. 26).

Guattari e, em todos, é possível reconhecer os mesmos princípios norteadores de uma concepção de subjetividade: que se constitui na relação com a alteridade, não transparente a si mesma, que não se deixa apreender integralmente por um saber, “guardando uma dimensão inconsciente de resistência que não se deixa capturar” (PALOMBINI, 2006, p. 121). Se estas três vertentes se inspiram em Freud, cada qual seguirá ao seu modo, avançando ou subvertendo “um ou outro aspecto da obra [freudiana] que é, por definição, assistemática e plural” (PALOMBINI, 2006, p. 121), resultando em distintas concepções de inconsciente, de sujeito e de clínica, e tendo, portanto, consequências ético-políticas também distintas.

A experiência do AT revela o

esforço de dobrar a psicanálise sobre si, estabelecendo sua proveniência e desnaturalizando seus conceitos, incluindo-a na cidade, testemunha a aposta na força disruptiva que as experiências psicanalíticas contêm e que só podem se preservar na sustentação da crítica rigorosa e renovada da teoria e de suas práticas. (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 56)

Há toda uma linha de pesquisa psicanalítica – a psicanálise implicada, na qual o analista deixa seu consultório para escutar sujeitos silenciados na cena social, e com isso operar com práticas clínico-políticas de resistência aos poderes dominantes.

Rosa e Domingues (2010), partindo da afirmação de Freud de que toda psicologia é social, e acabando com a dicotomia indivíduo e sociedade, afirma que o “sujeito do inconsciente não é intrapsíquico, nem adjetivado por características x ou y, nem é do bem ou do mal” (p. 183). O sujeito do inconsciente é constituído “a partir do desejo do outro, recriado a cada relação com o outro, e depende da modalidade de laço social. Este laço discursivo pode fazer surgir o melhor ou o pior, e o pior pode estar travestido de saber o bem do outro” (ROSA, 2010, p. 183).

O sujeito do inconsciente é sem atributos. Não é um sujeito empírico, dotado de atributos psicológicos, sociais, políticos, ideológicos ou afetivos. E o processo analítico tratará justamente de reconstruir o modo como construiu, com seus sintomas, sua escala de valores, suas identificações, seus traços de pertinência social, política, ideológica, seus aspectos psicológicos etc. Dirá Elia (2000):

O sujeito do inconsciente não é, em si mesmo, pobre, rico, branco ou negro [...], homem ou mulher. É em sua relação com a alteridade, em que para ele consistem a linguagem, a família, a sociedade, [...] o Outro, que o sujeito vai sexuar-se, definir-se homem ou mulher e definir também seus demais atributos. (ELIA, 2000, p. 26)

Neste sentido, não há uma transcendência da psicanálise em relação ao social. “O conceito de inconsciente, grande Outro, não pode ser independente da realidade histórica, social, não está fora do tempo e do espaço” (ELIA, 2000, p. 28). Se o sujeito do inconsciente é sem qualidades sociologicamente determinadas, para a psicanálise, esse sujeito, “uma vez constituído pelo significante, engaja-se no empenho de produzir identificações que no imaginário vão constituir a tessitura do que o compõe” (ELIA, 2000, p. 28).

Para Miriam Debieux Rosa (2016), a psicanálise, pela via dos laços sociais, pode elucidar os modos de “enredamento do sujeito nas estratégias de poder e seus impasses nestes tempos sombrios” (ROSA, 2016, p. 87), dando “visibilidade aos métodos de controle centrados em escamotear conflitos econômicos, políticos e o mal-estar social” (ROSA, 2016, p. 87), os quais agem por meio de dispositivos modernos de subjetivação. Esses dispositivos modernos visam a adequação do sujeito a certos projetos sociais, hierarquizar ou homogeneizar as experiências e culturas pela imposição de um único modo de viver⁴⁰. No caso em que o sujeito resiste, opera-se não somente a clássica eliminação e escravização, mas também estratégias discursivas que silenciam o sujeito, apagam seu discurso e “transformam o sujeito político em indivíduo perigoso ou doente”⁴¹ (ROSA, 2016, p. 87).

Rosa (2016) tomará a posição ético-política de Freud (presente no texto “Análise terminável e interminável” de 1937) que diz do impossível das modalidades de laço social – analisar, educar e governar –, desvelando a dimensão inconsciente de resistência que não se deixa capturar. O inconsciente demonstra que há sempre um resíduo de resistência a tais práticas. Assim, na concepção freudiana de sociedade e de sujeito há uma “dimensão de incompletude que limita a possibilidade de dominar, de escravizar ou de normatizar e adaptar plenamente a ideais ou a modelos sociais” (ROSA, 2016, p. 91). Rosa (2016) coincidindo com Agamben e Benjamin, propõe práticas clínico-políticas de escuta analítica como modalidades de resistência, que supõem “o deslocamento do gozo monitorado politicamente e mortífero para o desejo” (ROSA, 2016, p. 91). A autora

⁴⁰ O discurso social atual e ocidental, de acordo com ROSA (2016), “visa impor-se como um discurso hegemônico, referido à lei do mercado, aparentando consistência e a-historicidade que obscurecem seus interesses na manutenção sócio-política” (p. 23).

⁴¹ A autora destaca o desamparo discursivo produzido quando o “discurso social e político, carregado de interesses e visando manter ou expandir seu poder, mascara-se de discurso do Outro (campo da linguagem) para capturar o sujeito em suas malhas – seja na constituição subjetiva, seja nas circunstâncias de destituição subjetiva” (ROSA, 2016, p. 23-24).

caracteriza essas *práxis* pelo “resgate da experiência compartilhada de mundo, onde os processos coletivos e a reabilitação dos espaços públicos possam tornar possível a construção de projetos comuns” (ROSA, 2016, p. 91), sem, no entanto, mistificar os ideais de paz social, seguindo desse modo Freud em sua correspondência com Einstein de 1932, na qual ele analisa as origens da dominação e das leis de submissão.

Estas intervenções remetem

ao cenário social, político e cultural em que os sujeitos se constituem e dos quais sofrem as incidências, tanto na sua constituição como sujeito como diante das estratégias políticas de sua destituição do lugar. Nos contextos sociais violentos, as cenas relatadas enfatizam o sofrimento marcadamente advindo da posição sócio-política do sujeito, mas na construção fantasmática do sujeito (e às vezes do psicanalista) o campo simbólico fica obscurecido por personagens da cena social. (ROSA, 2016, p. 21)

A autora constata que a outra cena das questões clínicas que analisa “traduz-se na cena política que se insere na trajetória do sujeito, situada em sua história libidinal, familiar, social” (ROSA, 2016, p. 22). Tomando o inconsciente como “o saber que não se sabe, o insabido que sabe, o saber que o sujeito veicula, mas ignora”, a autora leva para a prática clínica o postulado de Lacan de que “o inconsciente é a política”⁴² (ROSA, 2016, p. 22).

Com relação à psicanálise e ao campo da saúde mental, Ana Cristina Figueiredo (2010) analisa três tempos do trabalho com a psicanálise no campo da saúde pública: nos ambulatórios de saúde mental nos anos 1980; na atenção psicossocial nos anos 1990; e, mais recentemente, na ênfase cada vez maior no trabalho em “redes”. À cada etapa, ela se refere a uma ferida narcísica, a uma perda de gozo, relacionada a perda de poder ou saber, que representam três desafios ao psicanalista que pretende seguir neste campo.

No primeiro tempo, trata-se da desprivatização do consultório, isto é, além de tornar sua clínica mais partilhável, o analista é um assalariado, como todo profissional da saúde, concursado ou não (FIGUEIREDO, 2010, p. 3). No segundo tempo, na transferência de trabalho, na construção do caso clínico em equipe e nos dispositivos de

⁴² A política mostra-se em duas faces: como poder e domínio sobre o sujeito e como ação no espaço entre as relações, aquela que tem no horizonte a produção do comum: “A condição do comum é sustentar um lugar vazio como um espaço que possibilita a criação. O comum e as formas que tomam a comunidade são inscrições das construções que se fizeram em torno desse vazio” (ROSA, 2016, p. 21). Interessa escutar as trajetórias dos sujeitos que testemunham seus modos de lidar com o mundo comum ou o modo como se induz a acatar o discurso hegemônico.

convivência, além das consultas, nos CAPS, a perda de gozo estaria relacionada a uma perda do controle sobre o caso, perda de saber-poder (FIGUEIREDO, 2010, p. 4).

Considerando o embate constante e cotidiano das disputas imaginárias nas equipes, as quais frequentemente se manifestam pelo narcisismo das pequenas diferenças, Figueiredo (2010) recorre a três indicações da psicanálise para o trabalho em equipe: os profissionais devem se posicionar subjetivamente “como aprendizes da clínica, uma posição estrategicamente vazia de saber *a priori*” (p. 4); a organização coletiva da equipe deve se dar a partir da transferência de trabalho, isto é, do trabalho com responsabilidade partilhada, colocando em circulação o saber que advém do sujeito e não do profissional; assim, o trabalho em equipe deve “proceder à construção do caso que se dá a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais que, no máximo, produzem um saber sobre o sujeito” (FIGUEIREDO, 2010, p. 4).

No terceiro tempo, além do trabalho partilhado em equipe, a atenção psicossocial se amplia para novas articulações e interseções com o trabalho em rede intersetorial, ou seja, com setores além da saúde, tais como a educação, a assistência social, o direito civil e jurídico, a cultura e o lazer. A perda aqui é a “perda do controle sobre as ações de outros setores que intervêm com sua autoridade” (FIGUEIREDO, 2010, p. 5) – o caso clínico passa a ser também jurídico ou educacional. O desafio aqui se relaciona a como delegar poder-saber ao outro e como manter a responsabilidade partilhada. Caberia ao psicanalista ampliar o dispositivo ‘construção do caso’ para ‘construção da circulação do caso’, “acompanhando o itinerário do sujeito, de cada usuário nos diferentes serviços e dispositivos, para tecer a própria rede ao tecer o caso” (FIGUEIREDO, 2010, p. 6). Lembrando que o ‘caso’ não é o ‘sujeito’ e nunca um recobrirá o outro: “O caso é sempre uma construção sobre o que se recolhe do sujeito, que anda na frente, se move, demanda, ou se esquiva, sempre surpreendente” (FIGUEIREDO, 2010, p. 6).

Sinto-me provocada a refletir sobre a perda de gozo do at, sobre a ferida narcísica que pode decorrer da afirmação de que o AT não é psicanálise. E, como já disse uma vez, o at pode ser pensado como o peão da saúde mental, como aquele que faz o trabalho braçal, que acorda às 5h30 para chegar na casa do acompanhado às 6h30, para que ele chegue às 7h30 na faculdade, sustentando a atividade proposta pelo acompanhado e com a qual se implicou desde o início (SERENO, 2012).

Figueiredo (2010) observa que, a partir do trabalho rede intersetorial, a população-alvo dos serviços de atenção psicossocial tem se tornado cada vez mais composta de

“jovens e adultos com vulnerabilidade e risco social, além daqueles com graves transtornos psíquicos, como os psicóticos e neuróticos graves com longo percurso psiquiátrico” (p. 5). É o que temos visto também nos serviços de saúde mental que temos acompanhado nas supervisões de estágios e de AT a partir da universidade.

Ao tratar da pesquisa sobre a clínica psicanalítica com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, Altoé e Silvall (2013) destacam que se trata de uma intervenção no campo social que envolve pelo menos três instituições: o abrigo, o judiciário e a universidade (de onde se realiza a intervenção). O entrelaçamento cotidiano da clínica, da pesquisa e do engajamento social desperta “uma reflexão constante acerca da ética que sustenta o trabalho analítico” (p. 126). Enfatizam as condições em que o trabalho se dá, em que se lida com a falta de dados e com a instabilidade da vida da criança, com o encaminhamento que determinará sua volta para casa ou para adoção, sem prazo para que isso ocorra, e sabendo que tudo depende também do trabalho das assistentes sociais, da burocracia do judiciário e da decisão do Juiz, “não é fácil sustentar o lugar de analista” (ALTOÉ; SILVALL, 2013, p.133). Ainda mais considerando que o sintoma da criança também está relacionado à qualidade do acolhimento da instituição de abrigamento.

Assim, as autoras afirmam a questão da elaboração permanente do desejo do analista nesta clínica, em que é grande “o risco de se cair no lugar daquele que se preocupa com a educação, com os cuidados dispensados à criança, [...] cuidados diários, [...] saúde física [...], vestuário” (ALTOÉ; SILVALL, 2013, p. 138). Enquanto que na psicanálise com crianças em consultório particular há um consenso quanto à prudência necessária no *querer o bem* da criança, as autoras afirmam que a prática psicanalítica com estas crianças em situação de vulnerabilidade social mostra que é impossível não querer o bem destas crianças.

Não é uma tarefa fácil, inclusive porque surgem situações nas quais é importante uma intervenção junto à assistente social, à diretora, ao Juiz, ao educador – é preciso que essas intervenções sejam feitas dentro de uma ética, para que se mantenha o lugar do analista junto à criança. (ALTOÉ; SILVALL, 2013, p. 138)

Altoé e Silvall estão falando de intervenção psicanalítica no social e eu destacaria o trabalho em rede intersetorial que elas propõem. Diante da imensa precariedade das instituições, da vulnerabilidade da situação das crianças e das famílias, e de todas as dificuldades encontradas, as autoras concluem que, “para que o trabalho analítico

aconteça, não é suficiente que a criança ou adolescente queira se tratar; é preciso encontrar um analista que se aventure nesta empreitada” (ALTOÉ; SILVALL, 2013, p. 137).

O mesmo é possível afirmar em relação ao AT. O at faz uma decisão ética ao se aventurar pelo território ao lado do acompanhado. Decisão ética que busca uma escuta clínica que leve em conta a especificidade social de seus acompanhados, sem reduzi-los aos efeitos da determinação social, que poderiam tamponar desse modo o efeito sujeito. Escuta que deveria permitir a saída do discurso impessoal, coisificante, fechado das famílias, da rede, da assistente social, do educador, do juiz..., para tornar-se sujeito de seu discurso (ALTOÉ; SILVALL, 2013).

Estamos no campo da psicanálise implicada, da clínica no território, da psicanálise em extensão, da clínica do sujeito..., nos quais o analista sai de seu consultório para trabalhos institucionais ou com populações específicas, minorias em situação de risco e vulnerabilidade, ofertando sua escuta para sujeitos que tiveram suas histórias silenciadas, como, por exemplo, no caso de refugiados, ou de familiares de jovens negros e periféricos que são mortos diariamente pela violência do Estado, e cujas famílias são impedidas de elaborar o luto, duplicando a violência do Estado sobre a família. Não seria esta uma das funções da psicanálise: a circulação da palavra, o resgate e a construção da história e de modos de vida?

Qual a especificidade do AT? Por que insistir em dizer que o AT não é psicanálise, se se propõe à escuta do sujeito, a participar da construção do caso e principalmente, da construção da circulação do caso, tal como Altoé e Silvall (2013) propõem?

Espero que a “cena” como ferramenta conceitual dê conta de nos ajudar a avançar nesta questão.

2.2. A cena no AT

No texto “Sobre acompanhamento terapêutico” (PORTO; SERENO, 1991), ao tratarmos da influência das ações no AT, dizíamos que a tarefa no AT “é a construção de uma cena, que conta com os recursos criativos de cada um dos envolvidos e que representa a própria saída, sendo em si mesma o próprio acontecimento” (p. 28). A cena já era destacada pela equipe da Casa como um dos elementos constitutivos do AT, relacionada à articulação no social, ao fazer uma atividade nesse social, “imaginando nesse acontecimento a construção de uma cena, analogamente a uma cena

cinematográfica ou teatral” (PORTO; SERENO, 1991, p. 29), na qual o acompanhado poderia “se engajar como sujeito atuante, a partir de sua estrutura psíquica” (PORTO; SERENO, 1991, p. 30).

Na minha dissertação em 1996, eu aponte para a articulação cinema e AT ao considerar o conceito de cena: “pensar o fazer do acompanhamento terapêutico cinematograficamente é absolutamente tentador e não deixa de constituir um recurso para a transmissão deste fazer que se dá em ato” (SERENO, 1996, p. 2).

Em 1992, pude participar da experiência da produção do documentário “Dizem que sou louco”, dirigido pela psicanalista Miriam Chnaiderman⁴³, junto à Estação-Cooperativa de AT, da qual eu fazia parte. Esta experiência revelou a potencialidade da cidade em cena.

A perspectiva da cidade – a câmera partindo dela para focar no louco – realça os diversos movimentos em diferentes velocidades numa diversidade de espaços: dentro da câmera; a cidade-espacial, a cidade-arquitetura (*anarquitectura*), a sócio-cidade, a cidade do louco, o louco na cidade louca. Essa mudança de foco – um deslocamento da ‘rua’ para ‘cidade’ – amplia o campo de ação do AT, das articulações possíveis e desejadas entre a singularidade criativa do paciente e aquilo que a cidade ativamente oferece com seus mercados de cultura, lazer e ócio. Entendida como *função* – ou como um dos elementos de suma importância naquilo que se estrutura durante o acompanhamento terapêutico – a cidade deixa de ser cenário a ser mapeado pelo paciente e vira personagem no jogo de cena: ela se impõe, atravessa, interfere e também organiza alguns de seus mapeamentos. (SERENO, 1995, p. 25)

Talvez, hoje, eu escrevesse de outra forma e com outra linguagem esse atravessamento que a cidade opera no AT. Mas o objetivo de trazer isto à tona agora é este mesmo: resgatar a vivência daquele momento, pleno de intensidades, e também já destacar a cena na teorização do AT.

Assim, fazendo um paralelo entre esta experiência de produção de documentário, de nos lançarmos pela cidade em busca dos “dizem que sou louco” e o AT, eu dizia então que a experiência no AT estaria associado a um certo

fascínio pela descoberta das diferenças e a uma curiosidade pelo singular e dissonante e, como consequência disso, implica[ria] numa disposição para a escuta aliada a um certo jogo de cena. Escuta e jogo de cena tanto para favorecer o encontro como para lidar com situações inesperadas no meio do caos urbano. (SERENO, 1995, p. 24)

⁴³ Em 1992, Miriam Chnaiderman, psicanalista e diretora de cinema chamou uma equipe de AT, a Estação-Cooperativa de AT, para colaborar na pesquisa e produção do curta-metragem “Dizem que sou louco” (direção e roteiro: Miriam Chnaiderman, Produção: Sequência 1, 1994).

Eu afirmei também que:

Improvisar personagens das cenas dos nossos pacientes psicóticos faz parte do cotidiano dos atendimentos e constitui mesmo uma técnica do AT. Improvisa-se com o que se tem, a partir do desejo de tomar possível uma montagem. Busca-se uma articulação criativa do paciente, carimbada com sua marca de autenticidade, com a cidade e seus elementos: uma pessoa qualquer que lhe esbarre o pé, o moço do carro ao lado ou aquele da padaria de sempre, um encontro fortuito de amizade de outros tempos, o dentista, uma praça, o cinema, aquela calçada, um outdoor, a aula de pintura, o ambiente universitário, um dia frio, chuvoso ou ensolarado – mais ou menos poluído –, trânsito, e por aí (se) vai. (SERENO, 1995, p. 25)

Com relação à narrativa que a dupla at e acompanhado constrói junto, Porto (2015) afirma que esta é “uma narrativa espacial que vai sendo ‘falada’ por intermédio da movimentação pelos lugares, não é somente representacional” (PORTO, 2015, p. 140). Não representa alguma outra coisa, é uma fala pedestre, diz o autor, referindo-se à expressão de Certeau. Fala pedestre como um fazer que se diz pelas movimentações nos lugares e que se constitui no instante mesmo em que se anuncia: “é enquanto a fala pedestre se faz e se presentifica que ela diz; ela diz sem estar referida a outra coisa que ela representa” (PORTO, 2015, p. 140-141).

O conceito de “cena” é o acontecimento, na casa, na cidade, na escola, no CAPS, em que o at está implicado com seu corpo, como um “ator encarnado”, usando expressão de Dozza (2014), na cena do acompanhado. Na construção da cena, o radical é a aposta na construção do delírio⁴⁴, entendido como potência, ou como tentativa de cura, a partir de Freud (SERENO, 1996, p. 57).

A construção da cena, no concreto (no real e em ato), é o próprio fazer no acompanhamento. Movimento que se torna enredo, a construção da cena refere-se ao desenrolar, a aquilo que vai se vivendo, porque está acontecendo: na rua, na casa, no cinema, com o pipoqueiro, ou com o moço da televisão (aquele que fica dentro dela). [...] Aquilo que poderia ser vivido no verbal, falado e reiterado, toma corpo, ganha consistência e vira uma ação. (SERENO, 1996, p. 55-57).

Zilberleib (2005) usa a noção de cena terapêutica e faz um paralelo do AT com o caráter lúdico na análise, “em que o acompanhante e seu paciente constroem uma cena

⁴⁴ Com Soler, o delírio como construção significativa no real seria a textura do fantasma na psicose; uma tentativa de simbolização, sempre parcial, na tentativa de limitar o gozo: “O delírio consegue tomar o gozo na rede de um roteiro fantasioso, pelo qual ele está coordenado à imagem e ao simbólico” (SOLER apud SERENO, 1996, p. 57).

real – porque está acontecendo ali, naquele instante” (p. 109); uma cena imantada da mesma ilusão que caracterizaria o jogo, o brincar da criança e a representação do ator.

Na clínica com a psicose, em que o inconsciente se encontra a céu aberto, não há remissão à Outra cena, o sujeito é falado pelo Outro descoberto que o habita, assujeitando-o “aos imperativos do Outro que lhe vocifera ordens, aniquila seu corpo e o despoja de seu ser [submetendo-o] a esses imperativos alienantes” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 67). De acordo com Guerra e Milagres (2005), no AT, o at não só participa da cena, como também a promove.

Se a cena se desdobra no próprio acontecer no qual o at participa corporalmente, o momento seguinte, o do relato da cena e de sua escrita, poderia dar estatuto simbólico àquilo que é puro ato para o acompanhado. “A cena é para ser escutada; é nesse tempo que o at pode se dar conta das transferências implicadas, das capturas envolvidas e do movimento construído. É porque o at pode ser escutado por seu grupo que ele volta à cena com o paciente” (SERENO, 1996, p. 55).

Imaginarizar, construir narrativas, no sentido que Amós Oz dá em seu livro *Como curar um fanático* (2016, p. 71), isto é, sair do puro ato (afeto puro) para uma simbolização, para uma imaginarização, tão fundamental na clínica das psicoses.

Palombini (2007), em relação às supervisões semanais na UFRGS dos ats ao trabalho junto à rede pública, refere-se ao trajeto linguageiro que sustenta a clínica (ir e vir entre fala, escrita, relato, história, ficção, teorias), às narrativas, às cenas narradas, como *imagens do pensamento*⁴⁵ de determinada problemática clínica em jogo no AT. Neste sentido, o *desenho das cenas* passa a operar “como dispositivo metodológico de investigação clínica, voltado à construção do caso” (PALOMBINI, 2007, p. 16).

Hermann (2010) considera imprescindível o conceito de cena que atravessa as discussões clínicas do AT, tanto para o modo como define a especificidade do AT – “uma aproximação às ofertas de laço social” (HERMANN, 2010, p. 233) –, como para as supervisões clínicas, ou ainda ao ver a cena como manejo específico da transferência no AT. Porém, o autor problematiza se o AT com pacientes psicóticos se propõe a realizar cenas no social, considerando a relação da estrutura psicótica diante do laço social e do Outro excluído na psicose. Nessa estrutura, o paranoico lida somente com o outro, seu semelhante, em uma relação especular, estabelecendo uma relação narcísica e dual, fora

⁴⁵ De acordo com Palombini (2007), o termo faz referência ao livro de Benjamin (1995) com o mesmo título, e também ao campo da literatura, “como prosa curta que contém o diagnóstico de sua época, sua crítica e sua utopia” (GUERREIRO, 2002 apud PALOMBINI, 2007, p. 16).

do laço social, na qual o Outro se torna absoluto, “sem lei e quer prejudicar o sujeito” (HERMANN, 2010, p. 239). Trata-se não do “Outro que permeia o laço social entre os semelhantes, mas sim [d]o Outro sem lei, sem lei simbólica” (HERMANN, 2010, p. 240). Nesse sentido, Hermann (2010) indica que é função clínica do AT promover tentativas de laços sociais.

Para pensar o encontro que se estabelece no AT, Barbosa (2006) indica a necessidade de um olhar de fora que assista ao desenrolar da história da dupla. Dupla que, além de atores/personagens, desempenha “as funções de roteirista, diretor e cenógrafo” (BARBOSA, 2006, p. 28). A construção da história se dá no tempo presente, “numa sequência de encontros que criam e recriam uma trama”, cujos “roteiro e cenário se revelam no momento da cena, impedindo os atores de ensaiarem suas falas” (BARBOSA, 2006, p. 28).

Ricardo Silveira⁴⁶ (2006) destaca “algumas cenas marcantes como aquelas em que a dupla at e acompanhado simplesmente andam pelas ruas do bairro” (p. 59), sendo que o modo como a dupla circula pelas calçadas refletiria o modo como se dá a relação entre os dois: às vezes truncado, difícil, às vezes sem entraves, com a comunicação fluindo fácil.

Podemos afirmar que a cena inclui a transferência e seu manejo, tal como Hermann (2010) propõe, mas também que ela inclui o protagonismo da cidade: a cidade pulsa, interfere, gera instabilidades na dupla e com isso novas ofertas de conexão (SERENO, 1995). Podemos afirmar também que a cena diz da oferta de laço social, diz de conexões insólitas na cidade, no território, na escola; diz de encontros e desencontros. Vale dizer também que a cena inclui aqueles momentos de muita aridez, paralisias, repetições, cristalizações, momentos nos quais só o desejo e a presença do at sustenta a cena. (Claro que apoiado numa rede, num grupo de referência, num projeto terapêutico singular, tal como veremos a seguir.)

No AT, afirma Araújo (2005), qualquer ideal de neutralidade é posto fora da cena. Isto produz uma “dinâmica de afetação das relações presentes em cada cena, incluindo o acompanhante e toda a virtualidade que ele e a cena carregam consigo” (ARAÚJO, 2005, p. 85). Mais do que uma “clínica do indivíduo problemático/doente/necessitado, o AT é

⁴⁶ Vale mencionar o documentário “Pedras, plantas e outros caminhos” realizado em 2013 por um coletivo de estagiários e ex-estagiários de Acompanhamento Terapêutico (ATs), sob a coordenação de Ricardo Silveira, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), em parceria com o núcleo de produção da TV Universitária UFU, onde esse modo de circular da dupla at e acompanhado, um paciente do CAPS AD, morador de rua e usuário de múltiplas drogas é explicitado de forma contundente.

uma vivificação da subjetividade na cena/cenário público e da própria cena/cenário público” (ARAÚJO, 2006, p. 31).

Insisto na ausência de movimento, na escuridão, no branco total, na paralisia, na inércia (algo parecido com o filme “Sacrifício” de Tarkovski: lento, cinza, sem nome). E é preciso dizer que há muita aridez até em uma cena de conexão, a tal “pérola clínica” (aquela que geralmente vira artigo), e que é seguida... de mais aridez! Isto se refere à questão da convivência com a loucura, da mesmice, das cristalizações e tem consequências sobre o que chamei anteriormente de *capsização* e *srtzição*, implicando na importância da formação permanente e de supervisão clínico-institucional.

Por fim, podemos dizer que o trabalho com as imagens na produção do documentário, (mil horas de gravação em vídeo, o que recortar, como montar, o que mostrar), resultando em um tratamento estético para a questão da loucura e da cidade, permitiu, nos diversos espaços onde o filme foi passado e discutido, a ampliação e a multiplicação de olhares sobre a loucura, interlocuções com outras áreas – cineastas, arquitetos, urbanistas, filósofos. Nesse sentido, podemos afirmar a função imagética da cena, transversalizadora, multiplicadora de olhares, fundamental no sentido da transmissão da clínica.

Duas cenas ‘antigas’, para início de conversa (elas estão no livro “A rua como espaço clínico...”), se referem ao AT de Pedro, de 40 anos, com diagnóstico de esquizofrenia e com uma história de várias internações psiquiátricas. Trata-se do mesmo Pedro cujas cenas trabalhei na dissertação, e que já citei anteriormente.

Seus delírios falavam sobre psiquiatras nazistas e campos de concentração. Ele impedia a adesão aos dispositivos grupais e de atenção oferecidos pelo hospital-dia, o que fazia com que se isolasse e se trancasse em sua casa, permanecendo dias no escuro no seu quarto. Tentamos intervir com uma equipe de ats, um at por dia, levando em conta diferentes ofertas transferenciais representadas pelas diferentes subjetividades e jeitos de cada at. Funcionou. Aos poucos, Pedro pôde ir trazendo diferentes partes de seus delírios e estabelecer diferentes relações a partir de traços que identificava e com os quais se identificava em cada at. Aos poucos, pôde começar a sair de casa e buscar construir ou reconstruir aspectos de sua história. Por exemplo, me convidou para irmos ao aeroporto trocar uma máquina fotográfica quebrada por uma passagem aérea para a Bolívia, onde havia feito uma viagem com seu irmão, já falecido, e que remetia ao momento da primeira crise, quando tentou se matar para salvar a humanidade, 20 anos antes. O fato de eu bancar essa viagem louca ao aeroporto, cujas possibilidades de efetivação de troca eram

mínimas, para não dizer nulas, pôde sustentar a produção e o engajamento disto que vamos chamar de sujeito da psicose. Fazer a mala, caso o plano desse certo, colocar no porta-malas do carro, descer no aeroporto, ir de balcão em balcão de companhias aéreas, tentando viabilizar esta troca. Permaneci praticamente calada ao lado de Pedro durante a circulação no aeroporto, sustentando a proposta que ele mesmo articulava com os vendedores, só presença, que, no entanto, não deixava de operar como um álibi, como cúmplice, dando uma legitimidade ao que ele propunha. Depois de mais de uma hora de tentativas infrutíferas, só restava voltar para o estacionamento, pegar o carro, colocar a mala no porta-malas, chegar em casa e desfazer a mala, um dia, quem sabe. Durante o percurso, Pedro se remeteu a passagens de sua vida, relembrou momentos de sua história e do irmão. O percurso tinha um sentido, na contramão de qualquer produção capitalística, numa outra temporalidade, quase uma resistência de afirmação de um modo de produzir o mundo que servia e remetia apenas a ele, e isso era tudo e era muito. O at aqui como testemunha de seu processo de produção subjetiva e secretário da loucura no sentido mais lacaniano possível.

Outra cena com outra at aconteceu quando, próximo ao seu aniversário, Pedro queria se presentear com uns óculos, queria enxergar melhor. Foi um percurso intenso em que Pedro levou a at numa rua famosa por vendas de eletrônicos e lojas especializadas. Lá, ele entrou e saiu de diversas lojas, que podiam ser acolhedoras ou um campo de concentração, o que o fazia vacilar entre óculos e objetos de construção. A at ao seu lado, acompanhando as velocidades e o pavor, permitiu que Pedro, com medo de se perder, segurasse sua mão. A presença. A at falou que ele não teria dinheiro para comprar tudo o que queria, e ele então voltou à ideia inicial dos óculos. Ele começou a

se reportar ao passado, referindo-se a uns óculos que tinha quando morava em outra cidade, antes de seu primeiro surto. O clima era nostálgico, e digo isso a ele. Pedro continua falando agora das drogas, do acidinho, das picadas e da morte. Bem, entramos numa loja onde se vendia material, coisas e roupas adequadas para quem trabalha com agrotóxico. E foi aí que ele comprou seus óculos. [...] O vendedor, Pedro e eu, nos envolvemos na experimentação de vários óculos, a tal ponto de o vendedor pedir o espelho pessoal de maquiagem da moça do caixa, para que Pedro pudesse se ver de óculos. (AGUIAR; SERENO; DOZZA, 1991, p. 71)

Ele decidiu então comprar o de lentes brancas, diferente dos antigos, “*onde não dava pro outro ver meus olhos*”, ele disse para a at. Ela destacou a diferença, a tentativa de discriminar o antes e o agora: *Antes, o escuro era a alucinação, o acidinho das drogas,*

em que pouco importava se alguém partilhasse ou não do que via. Naquele momento, era possível que eu e o vendedor partilhássemos de suas percepções do mundo, do que ele via” (AGUIAR; SERENO; DOZZA, 1991, p. 71).

Vemos nesta última cena todos os elementos que proponho para analisá-la. Primeiro, a *presença*, depois o *lugar transferencial* e a posteriori, porque no momento da cena ela simplesmente acontece; encontra-se um elemento de repetição significativa chave nesta cena – o tóxico, a droga, a loja de agrotóxico, sendo os óculos comprados quase um neologismo. Vemos também a *cidade* orientando velocidades, movimentos e direções. Outro ponto que gostaria de destacar, nesta cena, é o engajamento dos outros atores, o vendedor e a mulher do caixa: é o que entendemos por *enquadre aberto* (DOZZA, 2014), e onde vemos operar uma conexão social inédita, inusitada, dando consistência a um tempo em que todos se modificam e passam a operar numa outra lógica, na contracorrente do instituído e dos modos como se modulam as relações numa sociedade regida pelo consumo, na qual os sujeitos só valem enquanto produção para o mercado financeiro.

2.2.1. O enquadre

Em 1987, questões sobre o *setting*, *setting* ambulante, enquadre, animavam as reuniões da equipe de AT da Casa. Equipe que tinha acabado de se denominar acompanhantes terapêuticos, pois até então eram os “amigos qualificados” (SERENO, 1996, p. 28).

Em 1996, na minha dissertação, questioneei como definir o enquadre no AT, se o trabalho se dá justo “no quebrar do enquadre, no desenquadrado, nos atravessamentos inesperados, dos encontros possíveis, do delírio, da alucinação, da cidade” (SERENO, 1996, p. 49). E, para responder essa questão, propus pensar o enquadre a partir do tempo, pelo número de horas do encontro, pela frequência dos encontros, o que organizaria uma processualidade, uma diacronia, em que se inscreveria a presença do at, uma constância de presença... Daí eu concluí que o at sustenta o enquadre com seu corpo.

Creio que continuo a pensar assim, mas o objetivo aqui é dar consistência a esta ideia. Além disso, retomar a noção de enquadre também responde a uma demanda da formação dos trabalhadores da rede pública no trabalho de supervisão dos ATs e dos estágios institucionais já mencionados. Vemos com frequência o esforço das equipes dos serviços de saúde mental (CAPS) e da atenção básica em inventar e ter que lidar com

espaços terapêuticos diferenciados, dispositivos grupais, que “não vingam”, que não se sustentam, justamente por que o enquadre não foi claramente estabelecido. A falta de clareza do objetivo do dispositivo, da tarefa, do público que se deseja atender, além da presença inconstante e do rodízio entre os coordenadores, muitas vezes determinado pelo excesso de demandas dos serviços, tudo isso contribui para a falta de espaços de troca e planejamento, produzindo fragmentações; e o resultado acaba sendo que o dispositivo não se sustente e seja abortado, que *não vingue*.

Correspondendo mais a uma estratégia que a uma técnica, o enquadre corresponderia às constantes de um fenômeno e o processo corresponderia a um conjunto de variáveis. Assim, “um processo só pode ser investigado quando se mantêm as mesmas constantes” (BLEGER, 1967, p. 103-104) – isto é o enquadre. A situação psicanalítica seria definida como a totalidade dos fenômenos incluídos na relação terapêutica entre o psicanalista e o paciente, aqueles que constituem um *processo*, a investigação, a análise, a interpretação e também o *enquadre*, isto é, um *não-processo*, no sentido em que são as constantes dentro das quais se dá o processo. O enquadre inclui não somente o modo de formulação do trabalho, mas também seu objetivo, a frequência dos encontros, o lugar, os horários, o tempo dos encontros, os honorários, as interrupções, etc. E, principalmente, o papel que cabe a cada um, ressaltando a atitude técnica e o papel do profissional (BLEGER, 2011, p. 36).

Ao analista caberia manter ou tentar manter ativamente o enquadre como invariável, ou seja, como inexistente ou como aquilo que não se levaria em conta. Assim como acontece com as instituições ou as relações, das quais só se toma consciência justamente quando faltam, se obstruem ou deixam de existir. Para Bleger (1967), isto ligaria o enquadre à organização mais primitiva e indiferenciada, ao mundo fantasmático. Aquilo que sempre está, que só é percebido quando falta, assim como enquadre, “a simbiose (com a mãe) também é ‘muda’, e só se manifesta quando se rompe ou ameaça se romper” (BLEGER, 1967, p. 104). “O conhecimento de algo se dá na ausência deste algo, até que se organize como objeto interno” (BLEGER, 1967, p. 105).

Esse “mundo fantasmático” está depositado no enquadre. Na verdade, existem dois enquadres:

um, o que propõe e mantém o psicanalista, e que é aceito conscientemente pelo paciente, e outro (o do mundo fantasmático), que o paciente projeta. E este último é uma compulsão à repetição perfeita, já que é a mais completa, a menos conhecida e a mais inadvertida. (BLEGER, 1967, p. 107)

Do mesmo modo, a instituição é “depositária da parte psicótica da personalidade, isto é, a parte indiferenciada e não resolvida dos primitivos vínculos simbióticos” (BLEGER, 1967, p. 107). É assim que inconscientemente as “ansiedades psicóticas se jogam dentro da instituição” do mesmo modo como se dá na situação psicanalítica, “na qual podemos caracterizar o processo, aquilo que ‘se move’ em oposição ao que não: o enquadre” (BLEGER, 1967, p. 107).

Isto explicaria a situação catastrófica, ainda que em grau variável, em que sempre se supõe a “ruptura” do enquadre por parte do analista (férias, atrasos, etc), porque “com estas rupturas se produz uma ‘fenda’ pela qual se introduz a realidade catastrófica para o paciente: ‘seu’ enquadre, seu mundo fantasmático fica sem depositário e se torna evidente que ‘seu’ enquadre não é o enquadre psicanalítico” (BLEGER, 1967, p. 107).

O analista deve aceitar o enquadre que o paciente traz, porque aí se apresenta a simbiose primitiva não elaborada. Porém, aceitar o enquadre do paciente não significa que o analista esteja abandonando o seu, a partir do qual é possível analisar o processo e o enquadre transformado em processo:

o enquadre só pode ser analisado dentro do enquadre, ou, em outros termos, a dependência e a organização psíquica mais primitiva do paciente só podem ser analisadas dentro do enquadre do analista, que não deve ser nem ambíguo, nem cambiante, nem alterado. (BLEGER, 1967, p. 111)

Com Bleger (1967, 2011), vimos a importância do estabelecimento do enquadre, das regras do jogo, na sustentação da indiferenciação, da simbiose inicial, da indiscriminação, relacionadas às partes mais primitivas da personalidade. Além disso, quis enfatizar essa noção dos dois enquadres, tal como ele propõe, o enquadre do analista e o enquadre fantasmático. Podemos imaginar uma cena clássica da entrada ou da saída de uma sessão: se o analisando decide cumprimentar com as mãos o analista, ou o modo como sai da sessão, por exemplo, se sai correndo sem olhar para o analista... Isso deixa clara essa distinção entre o enquadre do analista e o enquadre fantasmático, e podemos, assim, imaginar que o sujeito se encontra em outra cena (na cena fantasmática).

Numa outra perspectiva, essa superposição de enquadres (de cenas) nos remete a Quinet (2006), para quem o inconsciente do sujeito psicótico está na rua, na cidade, a céu aberto:

A realidade do sujeito da psicose é povoada por suas criações inconscientes projetadas nos parentes, vizinhos e colegas, ou seja, em casa, na rua e no trabalho. A interferência do inconsciente a céu aberto desse sujeito se dá na polis, ao desarranjar os costumes e desacomodar os hábitos da ordem social. (QUINET, 2006, p. 4)

Roman Polanski, no filme “O inquilino” (1976), é quem, na minha opinião, melhor mostra essa projeção da cena do personagem superposta à cena da “realidade”. E aqui já se antevê também o entrelaçamento da cidade no enquadre e na cena, ao mesmo tempo em que nos traz de volta ao enquadre no AT, uma vez que no AT a constância do lugar não se opera.

A circulação da dupla pela cidade, no AT, deixa claro que não é o lugar, a constância do espaço, o que garante ou não o processo, a transferência, a escuta analítica, a escuta do sujeito e do fora. Ou seja, pode-se escutar analiticamente um sujeito em qualquer lugar, desde que se estabeleça um endereçamento para esta escuta, para o lugar de cada um na relação (transferência), um horário e duração do encontro, e quanto isto custa ou não custa, ou quem paga etc... Um enquadre.

Fulgêncio (1991) propõe a noção de *setting* ambulante para dizer que, na prática do acompanhante, é evidente que o *setting* não está colado ao espaço físico: onde quer que estejam terapeuta e paciente, o *setting* está presente, e é isto o que o autor denominou *setting* ambulante (p. 234).

Para Cenamo, Silva e Barreto (1991), o manejo da transferência se dá para determinado fim, qual seja, a tarefa, e assim o *setting* clínico e a função do at se definiriam pela tarefa (p. 190).

Numa abordagem winnicottiana, Barreto (1998) explicita a relação do *holding* com o enquadre no sentido blegeriano, isto é, com o depósito dos elementos psicóticos do analista e do paciente. Assim, o

holding é dado pelos aspectos invariantes do meio ambiente que tanto podem ser os objetos concretos de uma sala, um quarto, um carro; quanto a disponibilidade de uma outra pessoa estar junto de nós, atenta às nossas necessidades ao longo do tempo. (BARRETO, 1998, p. 61)

“O manejo consiste na técnica privilegiada do AT” (BARRETO, 1998, p. 197), e se refere “a uma intervenção no *setting* (enquadre) e/ou no cotidiano do sujeito, levando em conta suas necessidades, sua história e cultura em que se insere para promover seu desenvolvimento psíquico” (BARRETO, 1998, p. 196-197). O enquadre é estabelecido pela tarefa e pela constância do analista ou at, e implicaria na autenticidade da pessoa que

realiza o trabalho clínico. Estas seriam as invariantes. “Este tipo de enquadre requer do at a capacidade de se manter funcionando, ou seja, sua capacidade de discriminar, pensar e jogar (brincar) em qualquer situação” (BARRETO, 1998, p. 179).

Com relação às características que dão contorno à clínica do acompanhamento terapêutico, Carvalho (2004) cita o fato de ser uma clínica que acontece no cotidiano, e de o atendimento ocorrer em locais e circunstâncias que fazem parte do dia-a-dia do paciente. O *setting* é bastante variável; assim, o horário, o local e a duração das sessões são flexíveis, sendo comum o acompanhante estar presente em situações em família. O número de horas junto ao paciente costuma ser bem maior do que nas psicoterapias, e o acompanhante terapêutico, em geral, faz parte de uma equipe (p. 23-24).

Se no AT o *setting* é a rua, a proteção e a comodidade das quatro paredes dão lugar à “surpresa do encontro com o inesperado no cotidiano da vida pública” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 77), constituindo assim uma “clínica em ato permanentemente revigorada pelos acontecimentos diários” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 77).

Para Hermann (2005), aquilo que se fixa no enquadre – horário e frequência – é condição fundamental para o acolhimento do sujeito, pois propicia o jogo presença/ausência e, portanto, “o campo possível para o manejo da transferência” (HERMANN, 2005, p. 142). Com relação à escuta do delírio na instalação do dispositivo terapêutico, o autor acredita que a “mobilidade do enquadre do AT traz consigo situações concretas, tais como a rua, o carro do at e a residência do próprio paciente que favorecem o acolhimento do sujeito psicótico” (HERMANN, 2005, p. 140), situações que são muitas vezes impossíveis de ocorrer nos consultórios ou serviços de saúde mental. Para isso, é fundamental que se escute o delírio do paciente, e que o at reconheça o lugar que ocupa na transferência.

Zilberleib (2005) trabalha a questão do *setting*, a partir de Green (1990): o *setting* é o espaço psicanalítico onde se definem os limites para a prática, de horários a honorários, e onde se delimita o espaço de ação tanto do analista quanto do paciente, de tal modo que ambos possam respaldar-se nele. O *setting*, no acompanhamento terapêutico, é bem específico e se estabelece na pessoa do acompanhante, sendo que a relação terapêutica “se instala por meio de um *setting* estável que permite ao acompanhado, ao entrar em transferência, sentir-se amparado, pois ele se encontra, na maioria dos casos, em um estado regressivo” (ZILBERLEIB, 2005, p. 112). A partir da delimitação do *setting*, é possível avaliar as relações que se passam entre o dentro e o fora

da análise, assim como apreciar as passagens e as transgressões que “poderão ocorrer de um espaço ao outro, e nos dois sentidos” (ZILBERLEIB, 2005, p. 65).

A autora destaca o enquadramento privilegiado no AT, em que a proximidade do at oferecida junto com a convivência abriria um campo mais amplo de acesso à dinâmica psíquica dos pacientes (ZILBERLEIB, 2005, p. 26). No enquadre vão situar-se as questões intersubjetivas da relação terapêutica, a partir da transferência e da contratransferência. A autora define o AT como “um enquadramento que vai oferecer uma relação intersubjetiva viva, permitindo instituir-se o jogo entre ausência e presença do objeto – o terapeuta – como moldura da tela em branco, favorecendo-se a simbolização” (ZILBERLEIB, 2005, p. 126).

Almeida (2006) define o AT como uma “estratégia clínica que atua no campo social, ampliando o *setting* para acompanhar o sujeito ali onde ele se encontra e apoiando seus projetos” (p. 83). O AT mostra-se um “potente instrumento clínico na sustentação de um laço social possível” (ALMEIDA, 2006, p. 83). A autora afirma o quanto a psicanálise junto a uma rede de acolhimento tem promovido estabilizações nos sujeitos psicóticos, evitando com isso internações psiquiátricas. Porém, adverte que o laço social continua sendo uma questão para a clínica das psicoses, questão que diz respeito a como sustentar um lugar social para a loucura (ALMEIDA, 2006, p. 82).

Para Marinho (2009), o AT é um dispositivo que se utiliza dos espaços extra-institucionais, cujas fronteiras “possuem plasticidade necessária para que o campo ou cenário de atuação seja o interior de residências, serviços de saúde mental ou locais públicos e privados” (p. 10).

Para Leonel Dozza (2014), a tarefa do AT se dá no atravessamento entre o manejo clínico, transferencial e o cotidiano. Daí o AT como “clínica do cotidiano”, estando “a clínica ligada aos aspectos vinculares (relacionais) da tarefa” que se dá no “âmbito de situações cotidianas [...] por meio de recursos também cotidianos (conversas, piadas, atos, reações afetivas, espaços e pessoas do contexto comunitário, etc)” (DOZZA, 2014, p. 82). Embora o trabalho do AT se estenda ao âmbito da vida cotidiana e às necessidades materiais e pragmáticas do paciente, ou seja, aos cuidados com documentação, moradia, habitação, alimentação, medicação, ócio, etc., este trabalho estaria sempre mediatizado pelo manejo clínico do vínculo. O autor adverte para o risco ao AT, quando “não é possível sustentar o paradoxo e o at pende mais para um dos extremos, podendo converter-se em um ‘psicanalista ambulante’ ou um ‘assistente-domiciliar’” (DOZZA, 2014, p. 81).

O autor conceitualiza a clínica do cotidiano em termos dos seguintes paradoxos: *inconstância das constantes* – isto é, o AT visaria uma constante inconstância das constantes com relação aos espaços frequentados pela dupla –, *enquadre ambulante e aberto e paradoxo da atuação contratransferencial* (DOZZA, 2014, p. 101).

O enquadre aberto que se opera na clínica do cotidiano relaciona-se à inexistência de portas, sendo que, quando elas existem, “estão entreabertas... mesmo que às vezes com o cartão de ‘não perturbar’” (DOZZA, 2014, p. 82).

A abertura se dá para fora, quando as intervenções do at são “dirigidas a pessoas do contexto imediato do acompanhado” (DOZZA, 2014, p. 83), tais como familiares, vizinhos, amigos, o porteiro do prédio do paciente. Estas intervenções podem contribuir para ressignificar o imaginário destas pessoas com relação ao paciente, imaginário a partir do qual se organizam vínculos alienantes. A intervenção se dá por “intervenções cênicas”, não como interpretação psicológica ou psicanalítica, o que poderia configurar uma agressão. O autor adverte, no entanto, que esta abertura se dá apenas nas situações e com pessoas que de alguma forma bloqueiam o fluxo do AT ou que refletem modos de vinculação que alienam o paciente. O enquadre aberto para dentro acontece quando a intervenção do at “permite a participação seletiva de terceiros” (DOZZA, 2014, p. 83). Isto indicaria que no AT não se trata de “sessões”, no sentido da relação dual e fechada. A ideia de encontro no AT estabelece esta diferenciação do enquadre, e a medida da intrusão de terceiros no encontro⁴⁷ é regulada pelo at e pelo vínculo com o paciente. Por exemplo, uma mãe intrusiva, que deixa pouco espaço para o filho, querendo ocupar todo encontro de AT para falar tudo sobre o filho... – essa situação demanda cortes e delicadeza de manejo (DOZZA, 2014, p. 86).

O enquadre do contexto comunitário operaria funções de valores e normas socioculturais que regulam a convivência comunitária, sendo que parte da tarefa vincular do AT consiste em contribuir para a inserção comunitária, isto é, “facilitar o estabelecimento de vínculos significativos com lugares e pessoas do contexto comunitário” (DOZZA, 2014, p. 130).

Dozza (2014) aponta a dificuldade para o at em lidar com o enquadre aberto, destacando a importância da formação em AT para que este trabalho se dê. É muito comum vermos o at trabalhando com enquadre fechado, “para proteger a intimidade do

⁴⁷ Como Dozza (2014), eu também me refiro a encontro no lugar de sessão de AT. Ghertman (2009), por outro lado, refere-se ao AT como clínica (psicanalítica) estendida, a qual poderia ser refletida numa cena ou sessão de AT (p. 34).

espaço e manter a relação dual” (p. 87) ou a transferência. A complexidade do trabalho com enquadre aberto, polifacetado e polifônico, não deixa de expor o “at a ansiedades de tipo confusional” (DOZZA, 2014, p. 87), o que nos leva mais uma vez a ressaltar a importância da formação.

Assim, para Dozza (2014), a primeira variação no AT é que é na casa do acompanhado em que se dão as condições espaciais para receber o at, diferentemente de receber no consultório⁴⁸. Além disso, a atitude do analista demarcada pela regra de abstinência como um dos eixos do enquadre analítico não se sustenta no AT, ou seja, não haveria, a princípio, nenhuma regra de abstinência, na qual o at, por exemplo, devesse recusar um convite para jantar, inclusive fora do horário estabelecido. Em termos das constantes absolutas do enquadre, isto poderia representar a cobrança de horas a mais ou que essas horas fossem descontadas do próximo encontro. Aceitar ou não o convite corresponde a decisões clínicas que tomam por base a análise do vínculo e da estratégia de tratamento em cada caso. O mesmo valeria para a possibilidade de o at contar ou não piadas ou algo de sua vida pessoal, e também para o nível de interação corporal. Toda decisão se dará a partir da transferência (do lugar em que o at é colocado pelo paciente, do lugar em que o at entende seu lugar para o paciente e do contexto da situação), bem como do projeto terapêutico. O autor ressalta ainda os acordos horizontais (“tu a tu”), característico do AT, que significam que os encontros, os locais de encontro e o tipo de atividades serão decididos conjuntamente. Assim, um dos objetivos do AT consistiria justamente em “potencializar uma constante inconstância das constantes com relação aos espaços frequentados pela dupla at-acompanhado” (DOZZA, 2014, p. 101). Por fim, a duração do encontro, o término antecipado ou o horário estendido, o manejo flexível ou estrito do horário também se relacionam a aspectos vinculares, transferenciais, podendo haver flexibilização em relação ao cumprimento do enquadre, desde que esta flexibilização dinâmica esteja “referida a um marco estável, uma delimitação temporal fixa estabelecida no contrato” (DOZZA, 2014, p. 136).

Assim, o AT se opera a partir de um enquadre menos estruturado, com poucas constantes definidas *a priori*, e leva em conta o princípio da flexibilidade de estratégias terapêuticas, remodelando periodicamente a cada caso as estratégias e as táticas em

⁴⁸ Concordando com o autor, apenas acrescentaria que, ao mesmo tempo, há essa mudança de posição: é o at quem vai para o encontro. Com relação aos aspectos espaciais, também lembrar que o acompanhamento muitas vezes se dá no carro do at, onde é mais propício se expor a certas “pessoalidades” do at que parecem ficar mais preservadas no consultório.

função da evolução do tratamento. Isto exige uma “atitude mais ativa, corporal e pessoal do terapeuta” (DOZZA, 2014, p. 104).

Ainda com relação aos aspectos espaciais do enquadre no AT, estes apontam na direção de “certo grau de inconstância e diversificação dos espaços frequentados (casa, espaços comunitários, estabelecimentos comerciais, etc)” (DOZZA, 2014, p. 118). Mais uma vez torna-se claro que o enquadre não se liga ao espaço físico, o enquadre está onde quer estejam acompanhante e acompanhado. Isto se denominaria enquadre ambulante, o qual aponta justamente para o fato de que não é possível definir o enquadre no AT em termos estritamente espaciais. Dozza (2014) sugere o termo “espaços físicos-vinculares” (DOZZA, 2014, p. 117), no qual determinados padrões vinculares se organizam em função de determinados espaços físicos onde ocorre o AT. O autor analisa estas questões espaços-vinculares a partir de dois âmbitos distintos: a) monotonia (homogeneidade) ou diversidade (heterogeneidade) dos espaços frequentados pela dupla; b) contexto público (comunitário) ou privado (geralmente a casa do paciente) onde se passa o AT.

Se me detive um tanto nas considerações de Dozza (2014) sobre o enquadre, é porque acho admirável a forma como ele sistematizou diferentes aspectos relativos ao enquadre (e à clínica do) no AT, a partir de situações que escutamos repetidamente nas supervisões... E que vivíamos e discutíamos desde os tempos da Casa!⁴⁹.

Dozza (2014) contempla as colocações dos autores presentes neste percurso e amplia a noção de enquadre, ao referi-lo a partir dos paradoxos, os quais realmente operam no cotidiano da clínica e constituem ferramentas conceituais bastante úteis, tanto para a clínica como para a transmissão do AT. Dozza (2014) considera a imprevisibilidade do outro, e daí a improvisação do at nas ações interpretativas / intervenções cênicas, tal como veremos adiante. Isso coloca o at numa posição de nem tanto controle assim, como algumas vezes o recorte aqui feito poderia deixar transparecer (o próprio paradoxo da atuação contratransferencial também indicaria o não controle do at sobre a situação, algo que também veremos adiante). Porém, com relação ao enquadre aberto, queria explodir de vez o enquadre! Nesta altura, está mais do que claro a importância do enquadre: o início de tudo, os acordos, as posições de cada um, as balizas as quais se remeter sempre que necessário, que implicam totalmente a transferência e seu

⁴⁹ Leonel Dozza entrou na equipe de AT por escolha direta do Nelson Carrozzo devido à sua formação em grupos operativos. Ele era um dos poucos que não era da PUCSP. Acredito que, com seu trabalho sobre a Clínica do Cotidiano, foi o que mais realizou o desejo da equipe daquela época de criar uma teoria da clínica do AT, levando em conta a psicanálise, mas totalmente atravessada pelas teorias de grupos operativos e institucionais.

manejo, e que o at sustenta com seu corpo. Com explosão me refiro ao movimento do fora que invade o enquadre do AT, em que a cidade (ou o território, o homem da padaria, a professora na escola, as crianças no parque, o carro em alta velocidade, a música que vem de fora) atravessa e intervém na dupla. Isto é algo almejado no AT. Muitos terceiros participando da cena, permitindo um desvio da cena ou dando novo sentido a ela. Isto demanda também uma sensibilização para o fora, para o insólito (OURY, 1991).

Ghertman (1997), referindo-se ao conceito de ruptura de campo elaborado por Fabio Hermann, afirma que na clínica, seja no consultório, seja na rua, há algo que opera para além da linguagem e do simbólico, e que o autor denomina de poder do invisível. Este poder do invisível se “presentifica por meio de encontros fortuitos – encontros grávidos de possibilidades que estão no e para além da mesmice que o enquadre do consultório garante” (GHERTMAN, 1997, p. 237), algo do fora que possibilitará uma mudança do sujeito com relação à sua possibilidade de demandar algo.

Ghertman (2009) destaca o aproveitamento da fala de um outro que se encontra no fundo da cena, para expressar algo que diz respeito à dupla, “ao processo transferencial e contratransferencial em andamento” (GHERTMAN, 2009, p. 13). Assim, o bolo feito para comemorar o final do AT e que explode no forno passa a ser “não a expressão de algo disruptivo, mas a expressão de um ingrediente fundamental da massa desse ‘bolo’, uma posição de amor” (GHERTMAN, 2009, p. 13), explicitada espontaneamente pela cozinheira que apenas acompanhava a cena. Este terceiro, exterior à cena e que muitas vezes se presentifica pela voz de algum vizinho ou de algum passante, é aproveitado no AT. Nesta cena, “foi a cozinheira que deu palavras para algo que era vivido apenas como ‘corpo’, isto é, como algo pulsante desarticulado de uma representação” (GHERTMAN, 2009, p. 14).

O AT desestabiliza o enquadre analítico, ao dissolver o *setting* analítico ao espaço aberto da cidade. A experiência do AT

contém, em potência, o reordenamento do dispositivo transferencial, não mais em continuidade ao dispositivo asilar do tratamento moral, mas antes, na direção do fora a que aponta a loucura, num movimento de abertura, cujos efeitos repercutem tanto [...] [no] acompanhado como sobre seu acompanhante e a equipe do serviço (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 52).

Araújo (2006) pensa a clínica não como dispositivo pré-montado, mas como acontecimento numa abertura intensiva: “Trata-se de uma abertura tanto aos devires

individualizantes quanto às alteridades correspondentes, que terão que se produzir nesse encontro único e irrepetível” (p. 29).

Este autor considera a clínica como prática de liberdade, “para jogar a aposta que implica atualizar o virtual, quer dizer, o mais insólito e o melhor de cada pura diferença” (ARAÚJO, 2013, p. 29).

A liberdade como prática do AT estaria relacionada à

abertura ao *socius* que faz com que as conexões se multipliquem e englobem não só o indivíduo, mas os muitos que falam em cada um, assim como os muitos que falam nos outros, nos espaços sociais, no meio ambiente. [...]. As intervenções se tornam múltiplas e imprevistas. (ARAÚJO, 2013, p. 30)

Essas intervenções múltiplas e imprevistas vão além da intervenção do at para o acompanhado, surgindo de todos os lugares, e demandando, portanto, articulação de diversos saberes.

Para Araújo (2006), pensar a clínica “como um movimento do acompanhamento é deslocá-la de qualquer lugar de especialista, é deslocalizá-la de qualquer *setting* privilegiado para, então, experimentá-la enquanto passagem” (p. 14). Daí a pergunta: o que se passa na clínica?

Silveira (2006) também destaca o *setting* ambulante como característica do AT. O at se insere nos espaços de vida dos acompanhados e é daí que nasce o inusitado da clínica. A rua, o *socius*, é o local onde realiza seu trabalho, este mesmo local do qual o louco foi banido, é lá que o at realizará suas andanças com seu amigo/acompanhado, em lugares inéditos, cotidianos. “São intrusos, estrangeiros, bárbaros que almejam a hospitalidade em lugares geralmente inóspitos” (SILVEIRA, 2006, p. 48). “O dispositivo amizade-clínica não pode ser sufocado pelo universo institucionalizado das quatro paredes do consultório” (SILVEIRA, 2006, p. 13). Isto é,

a privacidade e o controle do *setting* terapêutico precisam ser, no mínimo, questionados a partir de um enfoque crítico e político em favor da potencialização de um *setting* ambulante, construído nas composições infinitas dos fluxos do campo social. (SILVEIRA, 2006, p. 13)

Para Porto (2015), o enquadre no AT não convida o at a ficar imóvel, lentificado e em suspensão, para favorecer a atenção flutuante e a escuta, e nem a se propor a regra fundamental para o acompanhado associar livremente. Ou seja, diferentemente da

situação analítica, no AT a dupla não está ali só para falar e escutar (PORTO, 2015, p. 139).

O AT se inicia num espaço comum, a céu aberto, e ainda que comece no quarto do acompanhado e permaneça ali por um tempo, a perspectiva de ir para os espaços públicos e para as instituições coloca a dupla em pé de igualdade, pois nenhum dos dois possui a propriedade do lugar, o que intensificaria o grau zero do encontro. Na eminência do encontro, “esses dois seres não possuem nada um do outro [...]. É só a partir do acontecimento do encontro que eles se individualizam e se constituem, como um e como outro” (PORTO, 2015, p. 143). O grau zero do encontro colocado no AT permite reconhecer a primazia do acontecimento, ou seja, “os encontros e relações não partem ou dependem nem do sujeito nem do objeto; são os encontros e relações que constituem, geram e fazem emergir sujeitos e objetos” (PORTO, 2015, p. 252).

É digna de nota, no AT, a relação

aos efeitos de abertura produzidos simultaneamente tanto em uma dimensão exteriorizante – a habitação mais plena do mundo em que o sujeito vive – quanto em uma dimensão interiorizada – o (re)conhecimento do Si e o trabalho elaborativo dos conflitos intrapsíquicos. (PORTO, 2015, p. 190)

Com relação às intervenções terapêuticas realizadas nos espaços públicos, Porto (2015) vai refletir sobre como o at contém as afecções, produzidas pelo corpo e pela fala do seu acompanhado e por tudo o que vem da cidade, em seu próprio corpo. Recorre ao conceito de “escuta nômade”, proposto por Ghertman:

marcada fundamentalmente pelo discurso desejante e inconsciente que a psicanálise descobriu, agora completamente liberada do enquadre psicanalítico tradicional para acontecer ilimitadamente nos mais diversos espaços (e apoiada somente na posição ético-política da psicanálise). (PORTO, 2015, p. 217)

Podemos concluir sobre a importância do estabelecimento do enquadre no AT. Passamos pela noção de enquadre / *setting* ambulante, que diz da circulação da dupla pela cidade ou em locais cotidianos. A noção de enquadre aberto, referida à entrada de terceiros exteriores à cena, ao atravessamento da cidade, à abertura ao fora, ao insólito, ao acontecimento atravessando a dupla e deslocando posições, mostra-se como uma ferramenta conceitual bastante interessante e operativa em relação à clínica do AT. Se, como diz Bleger, o enquadre teria a ver com o imóvel, com o constante, com o que permanece, já temos mil argumentos para afirmar que isto no AT se relaciona diretamente

à presença/atitude do at. Ou seja, o at sustenta o enquadre com seu corpo. Como isso se dá? Sabemos que é o corpo do at que dá os limites, sinaliza com dor, angústia, alegria⁵⁰... Afinal, que presença é essa? De que corpo estamos falando? É o que tentaremos responder a seguir.

2.2.2. Presença

“A inscrição do at na transferência, durante a crise, vai no sentido de tomar corpo, ocupar um lugar” (SERENO, 1996, p. 38).

Em um texto sobre a função do AT na escola, eu disse que uma dimensão essencial da transferência que aí se estabelece é a *presença ativa*: “conceito que condensa [...] diferentes ideias concernentes à clínica do AT [...] – o entrar na cena do paciente com seu corpo: como sombra, referência, [...] com um certo tipo de acolhimento” (SERENO, 2006, p. 175). Presença ativa também quando o at se coloca “no lugar de secretário, intérprete e tradutor de línguas estrangeiras (da criança, dos pais, da escola, da ambiência)” (SERENO, 2006, p. 176), quando limita “o gozo invasivo do Outro por meio de palavra ou ato” (SERENO, 2006, p. 176), quando media as relações entre todos os atores implicados e, por fim, quando faz uma presença ativa “para que haja encontro” (SERENO, 2006, p. 176).

Esta noção de presença ativa está totalmente apoiada no conceito de “espera ativa”, proposto por Oury (1991, p. 5), ou seja, uma *espera instrumentalizada*, uma “espécie de atenção trabalhada que a torna sensível à qualidade do contexto, à polifonia dos discursos, às manifestações paradoxais de um sentido iluminado” (OURY, 1991, p. 5), e que deveria estar colocada na formação dos trabalhadores no campo da saúde mental. Trata-se de uma sensibilização ao fora, ao insólito, a “momentos privilegiados [...], momentos de emergência de signos, de mensagens gestuais, de mensagens erráticas” (OURY, 1991, p. 5), mensagens estas que poderiam ser levadas em conta nas ações. O acolhimento da pura singularidade “exige uma certa sensibilidade ao próprio estilo dos encontros” (OURY, 1991, p. 5), contrapondo o esperar passivamente, que mais indicaria uma espécie de sadismo camuflado e disfarçado como neutralidade, à “espera ativa”,

⁵⁰ A afetação do corpo do at é tal que é frequente e comum, durante as supervisões, a referência à importância do banho do at ao chegar em casa depois do trabalho, para se *descolar* do AT.

como a “verdadeira neutralidade que permite liberar rapidamente o que é pregnant e vai permitir ao outro se manifestar” (OURY, 1991, p. 5).

Veremos que esta noção de presença / espera ativa cabe em e se refere a diversos momentos do AT, e não apenas a escola. Mas neste texto sobre AT e Educação Inclusiva⁵¹ destaquei ainda outra dimensão transferencial, que se relacionaria de forma paradoxal com a presença ativa e que se referia a um certo “caráter de invisibilidade das ações do at na escola” (SERENO, 2006, p. 176). Isso poderia ser traduzido num certo remeter ao outro, incluindo todos os possíveis na cena em que o AT estaria operando: a professora, os colegas, a merendeira, o porteiro, e com o decorrer do processo poderia corresponder a pequenos-nadas (um tempero), esvaziando a presença até o at poder se afastar totalmente da cena escolar.

Volto a refletir sobre a questão da presença / espera ativa em 2013, no Encontro da ABRASME em Manaus⁵², em que discuto a formação do AT e os dispositivos de convivência, definindo a espera ativa como uma posição do AT na transferência, um tipo de presença corporal, uma insistência delicada. Para estar aí, para dar este mergulho, o at, ou então qualquer trabalhador de saúde mental implicado, há de se questionar: para que, como, qual foi a sua trajetória e o que isso diz do seu desejo.

Para Rolnik (1997), mais do que apoiar-se em modelos teóricos, o AT se refere a uma ética: a de “aliar-se às forças do processo, buscando meios para fazê-la passar” (p. 92) como condição para a vida fluir e afirmar-se em sua potência criadora. A de aliar-se a essas forças e esperar, confiando na possibilidade de que algo se agence, e “um território ganhe consistência, de modo que uma saúde se faça possível” (ROLNIK, 1997, p. 92). É o que eu chamo de espera ativa.

Para Cauchick (2001), a ética do AT se relacionaria ao at se deixar afetar por um universo invisível de fluxos e intensidades, mais além da relação a um mundo representativo de palavras e imagens. A autora refere-se ao conceito de Deleuze e Guattari de *Corpo Sem Órgão*, que coloca em cena “um corpo permeável ao atravessamento de forças-fluxos, virtualidades e singularidades [...] capaz de captar dimensões imprevisíveis da realidade” (CAUCHICK, 2001, p. 128). E alerta para os efeitos de mergulhar nesta outra temporalidade que podem ser danosos: de sucumbir à vertigem, à loucura ou à

⁵¹ Considero a Educação Inclusiva o correlato da reforma psiquiátrica no campo da infância.

⁵² Este texto com modificações foi publicado, em 2017, no livro *Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos*, organizado por Márcio Mariath Belloc (et al), e editado pela Rede UNIDA, em Porto Alegre.

morte. A autora aponta como necessário a prudência, colocando em jogo uma arte das dosagens, a atenção aos pequenos detalhes da ambiência, para que se vivencie o “caos, sem que este se torne um fim em si mesmo, o que seria a própria destruição” (CAUCHICK, 2001, p. 82).

Ghertman (1997) discute sobre a prática do AT, na qual o at sai à rua, vai à casa do paciente, defronta-se com a família, ora agindo “mais ativamente, brigando, aconselhando, interpretando” (p. 238), ora estando ali, “presente, quase numa presença desencarnada, como os anjos do Wim Wenders” (GHERTMAN, 1997, p. 238), quando a respiração chega a ser suficiente e tem como efeitos “todos aqueles que uma confrontação com um real, anteriormente insuportável e inominável, (produtor de sofrimento mudo ou alienante), possa produzir” (GHERTMAN, 1997, p. 238).

Barreto (1998) enfatiza que, na clínica winnicottiana, a pessoa real do analista é valorizada, não sendo “somente uma figura de transferência, cuja neutralidade favorecerá o estabelecimento da relação transferencial” (p. 178). Ainda que abstinente ao próprio desejo e ao do paciente, a pessoa real do analista (ou do at) se posiciona e se põe a conhecer pela maneira como age, como se veste, como arruma o consultório, etc. Para Winnicott, de acordo com Barreto (1998), a pessoa real do analista é mais valorizada nos casos de pacientes com maior comprometimento do desenvolvimento emocional primitivo, que necessitariam de sentimentos reais e de contato humano verdadeiro.

Com relação ao *holding*, Barreto (1998) cita certos momentos do percurso durante o AT em que o at simplesmente está ali, junto do acompanhado, caminhando ou não, momentos em que não há o que se fazer ou dizer. E o simples fato de se estar ali, a presença, “já significa bastante para nosso acompanhado” (p. 63). Para Barreto (1998), o valor desta experiência, mais além da proximidade de dois corpos, estaria em que este “corpo junto ao corpo do acompanhado é um corpo simbólico (simbolizado e simbolizante), um corpo habitado, corpo atento, que carrega a história do vínculo, que pode testemunhar e compartilhar experiências com o acompanhado” (BARRETO, 1998, p. 63).

A presença estabelece o *holding* e se refere à presença afetiva, à “capacidade de uma pessoa estar em contato com a angústia do outro, através de uma atitude empática” (BARRETO, 1998, p. 61).

Fráguas (2003) considera que a forma emocionada com que fez um apelo ao seu acompanhado, um menino autista, na escola, teria chamado a atenção dele a ponto de retirá-lo do fechamento. Pesquisas recentes têm confirmado o que antes era sugerido pela

psicanálise sobre a necessidade de um outro vivo no desenvolvimento da criança; isto é, para seu “desenvolvimento emocional e cognitivo, o bebê precisa ter experiência de, e interagir com, um cuidador humano consistente, um ‘objeto animado’, ou, na expressão de Trevarthen, uma ‘companhia viva’” (FRÁGUAS, 2003, p. 111).

Para Guerra e Milagres (2005), uma diferença fundamental da análise e do lugar do analista na clínica com a psicose e no AT é que o at não só participa da cena como também a promove. Isto exige uma “postura ativa na intervenção” (p. 77), deslocando radicalmente seu lugar com relação ao do analista: “nessa clínica de rua ou clínica em ato, o at opera a partir do real da cena, emprestando seu corpo e suas palavras à intervenção” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 78).

Ao se referirem ao “Programa de AT na rede pública”, uma parceria da UFRGS com os serviços de saúde mental, Palombini, Cabral e Belloc (2005) consideram que um dos primeiros aprendizados dos estudantes engajados na tarefa referia-se “ao valor da pura presença diante do outro” (p. 37) e ao fato de que “tão ou mais importante do que ter algo a fazer ou dizer, era deixar-se estar na presença de seu acompanhado” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 37). Ressaltam ainda à necessidade que se impunha ao at de que “antes ou além de ser um intervalo de diferença, pudesse ser um, um estado que se poderia chamar de fusão, ou indiferenciação, com seus acompanhados”⁵³ (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 37). A equipe recorreu à Winnicott e aos conceitos de preocupação materna primária e ilusão. Estes conceitos operaram como ferramentas que deram sustentação à prática, permitindo ao at o deixar-se estar, em momentos em que parecia fazer nada, ou experienciar o fusionamento, tornando possível esta vivência, “sem que isso se tornasse fonte intolerável de angústia ao at” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 39).

Para o introduzir-se como presença empática na relação com o acompanhado, tal como a mãe suficientemente boa na relação com seu bebê, é preciso que o at seja capaz de “uma certa abstinência daquilo que é o eixo básico da constituição de seu eu – a organização espaço-temporal” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 40). Isto é, trata-se de algo que implica no abandono de referências identitárias próprias e na abertura ao estranho. Acompanhar o espaço-tempo do outro da loucura exige que o at se subtraia de seu eu, se abstenha de sua organização espaço-temporal, colocando-se no “campo da

⁵³ Sempre me lembro da frase de L., uma jovem psicótica, para sua at: “Nós não somos uma qualquer!” explicitando essa experiência da relação fusional.

experiência sensível, não representacional, no encontro estético dos corpos, fora do registro da palavra” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 52).

Esta experiência de indiferenciação permitiu ao at colocar-se no lugar do acompanhado, sentir sua dor, dar voz ao seu silêncio, encarnar vestígios de desejo do acompanhado; do lado do acompanhado, essa experiência psíquica compartilhada pôde propiciar um sentimento de realidade, dando espessura ao seu eu, a partir da interação fantasia e mundo. A vivência dessa “quase fusão” produz seus efeitos em intervenções que demandam “limites e produzem frustração, marcando intervalos e diferença” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 39).

Em termos deleuzeanos, é no plano do impessoal ou da imanência que se dá esta vivência do at de abdicar do seu eu e desprender-se de sua subjetividade empírica, acolhendo “a estranheza da psicose nessa zona de indeterminação povoada de afetos que excedem qualquer vivido, permitindo-se seguir os desvios de uma linha de fuga – a linha do fora⁵⁴ [...]”. Em Deleuze, esse plano do impessoal é feito de entre-momentos e diz de “uma vida que está por toda parte, carregando os acontecimentos ou singularidades que se atualizam nos sujeitos e objetos” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 41). O plano do impessoal é a

expressão mais singular e autêntica de um ‘si’ imperceptível, autônomo; ‘pensa-se’ (*on* em francês) no lugar de ‘eu penso’, homem fora da pessoa, que marca passagens, que coloca em movimento o que se passa entre dois ou vários, liberto de estratificações alienantes, aberto a todos os devires. (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 41)

Vicentin (2006) destaca o protagonismo ou aprendizado ativo, ou seja, a formação como efeito da prática do acompanhar terapêuticamente. É o que denomina de formação-pensamento em contraposição à ideia de formação-verdade, o saber total, absoluto (manicomial). O AT atravessa as fronteiras da exclusão corporalmente implicado:

com isso constrói um compromisso sem meios-terminos, realiza um trabalho aos modos da intervenção, num aprendizado igualmente

⁵⁴ Convém nessa altura definir o *fora*. Acompanharemos a descrição de Rolnik (1997): o fora é um aquém ou um além dos contornos visíveis e dizíveis do mundo objetivo e subjetivo; um aquém ou um além da representação. O fora coloca em xeque a estabilidade dos espaços: “sob a impressão de quietude agitam-se forças de toda espécie que compõem os ambientes de que é feita cada paisagem, inclusive subjetiva – forças do ambiente econômico, político, sexual, artístico, informático” (ROLNIK, 1997, p. 85); o fora é essa mistura de forças que formam composições inéditas, espécie de híbridos cujo efeito é desestabilizar os contornos, exigindo novo modo de funcionamento; “processo incessante de hibridações decorrentes da mistura de forças antigas e novas [o fora] tende a convulsionar os espaços constituídos” (ROLNIK, 1997, p. 86); o fora é a nascente das linhas de tempo, cada qual se concretizando num certo modo de existência, certa figura de subjetividade, que dura o tempo da mistura de forças.

corporal. [...]. É um pensar-fazendo, forma encarnada de conhecer, corporificada, e não apenas como processo mental (VICENTIN, 2006, p. 112-113)

Aproximando o trabalho do psicólogo hospitalar com o AT, pois em ambos estão colocadas a escuta do sofrimento do paciente e a mobilidade do *setting*, Rebello (2006) reflete sobre como escutar analiticamente um paciente impedido de falar, impedido da comunicação oral, para destacar a qualidade afetiva do encontro: a “simples presença, a disponibilidade de ‘estar com’, a possibilidade de acompanhar alguém” onde e como quer que se encontre. Escutar no silêncio significa escutar com o próprio corpo, “é escutar através do que ressoa do paciente no corpo do psicoterapeuta” (p. 152).

Metzger (2006) aponta para o risco de o AT transformar-se em mero fazer e as discussões clínicas baseadas em opiniões pouco fundamentadas, levando o at a “cumprir ordens” das instituições demandantes de seu trabalho. “Ter atitude [...], estar disponível para o outro, ter clareza dos matizes afetivas [...] são atributos interessantes e [...] indispensáveis” (p. 175), mas não dão conta das condições necessárias para se tomar a cargo o tratamento de um psicótico, sendo necessária também uma teoria clínica, que operaria como terceiro entre at e acompanhado, e também como terceiro no diálogo com outros profissionais.

Santos (2006), numa perspectiva bioniana, explicita o empréstimo do corpo do at para sustentar demandas neuróticas em pacientes psicóticos:

Dar nosso corpo, emprestar nossa presença que conforma uma dupla, protege e atesta que a pessoa ao lado não enfrenta aquilo sozinha, talvez seja condição suficiente (e às vezes necessária) para expandir alguns de seus duros limites de vida. Para que nosso paciente possa habitar alguns desejos, talvez precisemos encarná-los também, sem que sejam nossos. (SANTOS, 2006, p. 61-62)

Anos depois, este autor definirá o AT como um dispositivo de tratamento que se utiliza do cotidiano como seu local e instrumento de trabalho, e que busca constituir junto aos acompanhados uma “presença que possa fazer do tempo, dos objetos e das atividades compartilhadas um operador clínico, tendo como vetor um empuxo à cidade e sua força de entabular encontros e histórias” (SANTOS, 2013, p. 19).

Marinho (2009) destaca a posição subjetiva do at de escuta ou de percepção do lugar (ou não lugar) do acompanhado no mundo como substrato primordial do AT, sendo que é por meio desta posição e pelo modo de afetação da dupla “que é possível a construção ético-política do dispositivo clínico que tem em sua práxis as bases para a

produção de ações criativas e transformadoras” (p. 33). A autora conclui: “O trabalho afetivo produz subjetividade, redes sociais e vida, conceitos profícuos para o entendimento da prática pós-manicomial” (MARINHO, 2009, p. 33).

Almeida (2006) afirma ter suportado a colagem imaginária de sua acompanhada, sustentando-se numa posição de espelho como suplência imaginária, “com a presença e com o olhar”, para, aos poucos, “ir introduzindo uma dialética: igual mas diferente” (p. 86).

Hermann (2010), equiparando o conceito de cena no AT ao manejo da transferência, aponta, a partir de Pommier, para o paradoxo do lugar do analista na transferência na paranoia: “o de ocupar um lugar mais vazio na relação imaginária, ou seja, (des)erotizar a palavra, para que os significantes possam emergir na transferência” (p. 259), passando o analista a ocupar um lugar não especular. Paradoxo, pois de uma presença absoluta, totalizante, “como a da mãe no primeiro tempo do Édipo” (p. 260), o analista deve se deslocar para o esvaziamento de sua presença, para favorecer o endereçamento dos significantes do sujeito ao outro. O mesmo se poderia pensar com relação à função clínica do AT: o esvaziamento da presença do at ou o semblante de presença, bem como o apagamento da voz e do olhar, permitem endereçar o sujeito psicótico às ofertas de laço social.

Sua presença [do at], marcada pelo uso da voz e do olhar – foi, aos poucos, sendo esvaziada gradualmente, através do silêncio e, posteriormente, pela sua ‘distração’ [do at] calculada no momento em que o olhar que verificaria o troco⁵⁵ não existiu. (HERMANN, 2010, p. 260)

“A transferência na paranoia consiste... em uma relação narcísica e especular” (HERMANN, 2010, p. 268), cuja consistência encapsula o outro, não permitindo a entrada de um terceiro para romper a simbiose. Daí o paradoxo: “a clínica do AT com pacientes paranoicos se sustenta em uma presença esvaziada na perspectiva de um endereçamento do sujeito – seu olhar, sua voz – aos objetos que povoam a realidade social” (HERMANN, 2010, p. 268).

Ghertman (2009) recorre a Stanislavski, a partir de Chnaiderman, que aproxima os processos da atividade psicanalítica com o trabalho do ator, de modo que o analista encarnaria “as multiplicidades de papéis que desfilam na narrativa do analisando, ora

⁵⁵ Hermann (2010) está se referindo ao manejo de uma situação em que o acompanhado concretiza a compra de um refrigerante.

representando, ou melhor, encarnando um papel, ora outro” (p. 38), sendo que esse papel que o analista encarnaria “advém de uma relação não-imediata, senão mediada pela fantasia que estrutura o campo no qual analista e analisando estão imersos” (GHERTMAN, 2009, p. 38). Ghertman (2009) aproxima o lugar do analista ao lugar do at em termos de clínica estendida e, a partir desta posição no campo do inconsciente, narra a situação em que, durante um AT permitiu-se inclinar-se “em direção à árvore, para verdadeiramente, com todo esforço, com todo corpo, tentar escutá-la” (GHERTMAN, 2009, p. 38).

Dozza (2014) afirma que grande parte do trabalho do AT “consiste em realizar atividade, intervir ativamente” (p. 98), e que o sentido das ações do at se dá entre a representação mental (relação de objeto, transferência) e a representação cênica, teatral ou cinematográfica, na qual o ator encarna “o personagem e atua ou interpreta cenicamente sua compreensão das relações (com os outros personagens)” (DOZZA, 2014, p. 98). Desse modo, o at oferece experiências terapêuticas através de sua atitude geral, tais como verbalizações, ações, passividade, reações afetivas, tom de voz, expressões faciais. O autor sugere que a técnica no AT deva se assemelhar à do ator, à técnica da interpretação dramática, usada no teatro para construir, encarnar e representar um papel, também recorrendo ao Método Stanislavski, no qual o ator transfere seus sentimentos e experiências pessoais (‘reais’) ao personagem durante o processo de conversão do personagem (que é do autor ou do diretor) em persona. Dozza aponta um paradoxo: “o personagem é ‘irreal’ (uma criação do autor), mas é ‘real’ (os sentimentos e experiências pessoais do ator)” (DOZZA, 2014, p. 95).

Para o autor, no AT, a direção e o personagem-persona se constroem em função da evolução do vínculo terapêutico, eles não estão dados *a priori*. Além disso, em função da imprevisibilidade do outro, o at lança mão da improvisação como ferramenta de uso frequente. Esta improvisação “se desenvolve a partir de fundamentos teóricos e técnicos e também com relação à estratégia de tratamento” (DOZZA, 2014, p. 95).

Porto (2015) qualifica a atenção-corpo flutuante do at como desperta. A atenção flutuante envolve o corpo do at:

sem retirar a atenção do ambiente, é todo corpo que flutua, [...] o at deve ficar sensível a todas as mensagens que lhe chegam do ambiente, porque todas as coisas que o at percebe durante uma saída, do acompanhado e de tudo que os envolve, são percebidas quando ele está alterado pela presença do acompanhado ao seu lado. Todas as coisas que o at percebe são as coisas mesmas mais um índice de mistura que

vem do vínculo que ele mantém com o acompanhado. Nessa atenção sensível, a fala constitui uma parcela bem parcial de tudo que toca o at. (PORTO, 2015, p. 139-140)

Trata-se, portanto, no AT, de uma presença atenta e ativa; de corpos agindo em associação, mais do que uma fala livre associativa do acompanhado; e de um escutar-andar, pensar e fazer, mais do que escutar, pensar e dizer, como seria na análise; por fim, “não se trata de um encontro fechado só a dois, e sim um encontro de dois envolvidos pelo *socius* e que não se separam do coletivo” (PORTO, 2015, p. 141).

Ao tecer uma cadeia associativa enquanto caminha, a escuta nômade se aproxima da fala pedestre e pode sugerir a clínica do AT como clínica do deslocamento, na qual o at “pensa seu deslocamento com o acompanhado pela cidade a partir da escuta nômade do ato da fala pedestre” (PORTO, 2015, p. 227). Fala pedestre que diz de um fazer que se narra pelas movimentações nos lugares, e que se constitui no instante mesmo em que se anuncia: “é enquanto a fala pedestre se faz e se presentifica que ela diz; ela diz sem estar referida a outra coisa que ela representa” (PORTO, 2015, p. 141). A escuta nômade, “esta disposição nos faz tender a escutar carregado pelas trilhas a que o acompanhado conduz, deixa-nos muito expostos a um mundo que é estranho em nós” (PORTO, 2015, p. 219). Nessa escuta nômade, que se abre para aquilo que vem do mundo, e trilha caminhos, a orientação pode ser dada por “um sinal de perigo, um mau encontro, que o limite de nosso corpo denuncia e avisa”⁵⁶ (PORTO, 2015, p. 219).

Penso que não restam mais dúvidas quanto à *presença* como um dos elementos constituintes da cena no AT, e o quanto essa presença está relacionada ao corpo do at, seja porque, no silêncio do quarto escuro, o at respira, seja porque o at promove ativamente a construção da cena. Essa entrada em cena do corpo do at suporta o enquadre, a transferência, a colagem imaginária, momentos confusionais e de indiscriminação de corpos, suporta a perda de limites identitários, torna-se vulnerável aos atravessamentos

⁵⁶ O autor recorre a Baruch de Espinosa (1677) no ponto em que tangencia o que Freud chamou de princípio do prazer/desprazer: “Para Espinoza, tudo que existe na Natureza é uma modificação da substância única e infinita que se autoproduz. Cada organismo passa continuamente de uma forma a outra, em função das afecções que ele sofre e de sua composição com outros organismos. Cada corpo compõe-se da mistura com muitos outros corpos – pesados, duros, moles, fluidos” (PORTO, 2015, p. 218). Cada corpo e cada alma resultam das composições com diversos organismos que se afetam, se desdobram, se defasam e se alteram em um mesmo sentido. “[...] a força interna de existir que determina a capacidade de afetar e de ser afetado pelo outro sem se destruir” (PORTO, 2015, p. 218). Um bom encontro acontece quando uma boa composição convém (é conveniente) e alegre; e um mau encontro acontece devido à má composição, e isto entristece. Deleuze descreve a sucessão destas afecções, determinando o afeto “como linha melódica de variação contínua, sob a forma de aumento-diminuição da potência de agir [...] e da força de existir [...]. Em Freud, essa variação contínua é fruto da variação princípio do prazer/desprazer” (PORTO, 2015, p. 218).

do fora, ao plano do sensível, do impessoal. O at opera como espelho, ora como vivo, ora como morto. A presença do at desliza da presença totalizante, absoluta para a presença esvaziada, quando a presença começa a tornar-se invisível, e a cidade, a turma da escola, a família, o entorno, ganham volume, voz, intervêm, promovem ofertas de laços, de deslocamentos. O at entra na cena, intervém também com seu corpo, mesmo que isso signifique ausência de ação.

Todo esse movimento presencial esta enlaçado à transferência, à qual passaremos a nos dedicar a seguir.

2.2.3. Transferência

Baremlitt (1991a) parte de Freud para afirmar a transferência como um fato, “um acontecer real cujos efeitos incidem nos sujeitos e nas sociedades que os desfrutam ou padecem, aproveitam ou desperdiçam” (p. 10). Além disso, a repetição transferencial é um fenômeno universal: “onde há sujeito psíquico, em todas as atividades humanas há transferência [...], o sujeito psíquico é movido à transferência” (BAREMBLITT, 1991a, p. 30).

O dispositivo analítico favorece que a transferência apareça com maior rapidez e intensidade (neurose de transferência) e com maior possibilidade de ser diferenciada, dissolvida, superada ou elaborada. “As pessoas apaixonam-se, excitam-se sexualmente, agridem-se pelos mesmos motivos transferenciais” (BAREMBLITT, 1991a, p. 31). A diferença é que, na situação analítica, o analista não dará pretextos reais para que isso ocorra, pois a “transferência não será correspondida” (BAREMBLITT, 1991a, p. 31).

Para Baremlitt (1991a), a transferência situa-se entre os fenômenos-processos que se passam no âmbito da problemática da articulação da psicanálise com outras disciplinas, “de sua condição de fato social-histórico-político-ideológico, multiplamente determinada” (BAREMBLITT, 1991a, p. 34). Portanto, a repetição na transferência, a intensidade daquilo que se repete, está em “estreita conexão com a vida biológica, social, política, etc” (BAREMBLITT, 1991a, p. 35), sobredeterminando-a. Pensar assim a psicanálise é uma decisão política, o autor afirma.

Num quadro bem esquemático e simplificado, partindo de um esquema já bem generalizado feito por Baremlitt (1991a, p. 21), e levando em conta as dialéticas da

transferência como resistência/repetição e como motor da cura, dos dois princípios do funcionamento psíquico e das pulsões, podemos dividi-la em:

Transferência positiva amistosa: acontece quando se estabelece um vínculo de colaboração, um investimento sublimado sobre o analista, operando como motor da cura. Causada pela pulsão de vida, organizada pelos princípios do prazer e de realidade, ou seja, pela procura do prazer e a evitação do desprazer, pela adequação à realidade para melhor satisfação e logro do princípio do prazer, ela pode ser correlacionada com a tendência à repetição como diferença; repetição de impulsos, sentimentos, fantasmas, passíveis de serem usados para dissolver a transferência, estando mais próxima da diferença que da repetição. **Transferência negativa:** é a repetição de todos os elementos hostis e opera como resistência. Causada pela pulsão de morte, organizada pelo princípio da inércia, de quietude absoluta, da compulsão à repetição, relativa ao repetir por repetir, isto é, que não está a serviço de nenhum prazer, não traz prazer a nenhuma instância do psiquismo (Id, ego, superego), está relacionada à ideia de eliminar toda tensão do aparelho psíquico e voltar à situação de morte. A **transferência erótica** mostra-se como positiva, mas opera como resistência: “transferência de pulsões, desejos, fantasmas do tipo amoroso-erótico sobre o analista” (BAREMBLITT, 1991a, p. 27).

Contratransferência⁵⁷: seria o mesmo fenômeno da transferência acontecendo no analista. A contratransferência do analista pode ser devida ao impacto da transferência do paciente, ou seja, como resposta do analista à peculiaridade da transferência do paciente. Pode também estar referida à própria transferência do analista, que talvez pudesse acontecer com qualquer paciente e que dependeria mais da estrutura psíquica do analista do que da do paciente e de seu processo analítico (BAREMBLITT, 1991a, p. 20). Se ao analisando cabe o cumprimento da regra fundamental da associação livre, ao analista caberia a função da atenção flutuante, da escuta da livre-associação, sem selecionar nenhum ponto especial, e devendo manter-se abstinente. Isto é, ao analista caberia “não deixar que suas convicções, seus desejos, suas ideias incidam no tratamento e distanciem de seu objetivo” (BAREMBLITT, 1991a, p. 22).

Transferência institucional: refere-se às múltiplas transferências laterais que os pacientes estabelecem com seus iguais, com as chefias, com a equipe de enfermagem e médica, e também a transferência com a Organização como um todo, por exemplo, uma instituição psiquiátrica: com o estabelecimento, com a figura arquetípica, os lugares e

⁵⁷ Vale lembrar a crítica de Lacan ao uso indiscriminado da noção de contratransferência e o fato de que, para ele, a transferência é uma só, nela estando envolvidos o analista e o analisando.

espaços onde se desenvolvem as atividades e também com a ideologia da organização, isto é, seu ideário, a carta de princípios, os conceitos dos serviços que presta e o objeto-usuário que é encaminhado a seu serviço. (BAREMBLITT, 1991a, p. 97). A **transferência institucional negativa**: como uma tentativa de repetição do igual. Esta repetição se estabelece, por exemplo, entre “a transferência institucional do usuário e a contratransferência institucional conservadora de toda a Organização, seus agentes, sua ideologia” (BAREMBLITT, 1991a, p. 98). Essa transferência opera como resistência às características autoritárias fechadas, preestabelecidas, dominantes: uma “espécie de pacto para a doença: de modo que os usuários repetem sua patologia provocados, convocados pela instituição” (BAREMBLITT, 1991a, p. 98), gerando efeitos iatrogênicos e cronificadores da patologia nos internos e uma perpetuação da estrutura autoritária e repressora da Organização. **Transferência amistosa, coletiva, organizacional**: quando se permite aos usuários que assumam ativamente o gerenciamento de sua vida dentro da Organização, potencializa-se a “transferência positiva, amistosa, na forma paralela – entre os usuários –, como entre os integrantes do establishment, e entre equipe e usuários” (BAREMBLITT, 1991a, p. 99). A ênfase estaria colocada nos dispositivos de autogestão, altamente terapêuticos e potencializadores da transferência amistosa. A transferência amistosa e a criação de dispositivos de autoanálise da Organização “dão resultados estáveis do emprego da transferência para sua autocompreensão e autodissolução, assim como na produção sublimatória de uma convivência produtiva e terapêutica” (BAREMBLITT, 1991a, p. 101).

Barembritt (1991a) ainda menciona o conceito de **transversalidade**, proposto por Deleuze e Guattari como substitutivo da transferência institucional ou ampliada, e que se relaciona à capacidade de transferência de cada dispositivo ou agenciamento social que parte da transferência amistosa. A transversalidade significa retorno da diferença pura, que é o desejo⁵⁸, um desejo de produção, de liberdade, de novidade, que se origina daquilo que poderia ser a transferência coletiva permanente de singularidades pré-subjetivas, a qual “atravessa todo campo social e é responsável pelas grandes transformações históricas, revolucionárias, científicas, artísticas etc” (BAREMBLITT, 1991a, p. 105).

⁵⁸ Para Deleuze e Guattari, o desejo não é conservador, não tenta restituir narcisismo algum e nem recuperar um estado arcaico; o desejo não se refere ao objeto perdido, o desejo tem objeto; desejo é sinônimo de produção, o desejo é devir produtivo em ato. “Isto é a transversalidade, o fluir do Desejo e da Produção através de um campo social, que é incessantemente desterritorializado por aquele” (BAREMBLITT, 1991, p. 109).

Ainda dentro do movimento institucionalista, Baremlitt (1991a) destaca ainda o conceito de implicação, criado por Lourau, e que amplia o conceito de contratransferência, trazendo uma dimensão polideterminada e coletiva.

Rodrigues (1992) ressalta que a noção de contratransferência em Freud já “abala qualquer ideologia neutralista do cientificismo positivista ao situar investigador-analista como variável atuante na situação a partir da qual ele mesmo investiga seu objeto” (RODRIGUES, 1992, p. 49). Enquanto que a noção de contratransferência em psicanálise faz referência a vínculos afetivos (libidinais) e familiaristas (triangulares-edípicos), a noção de implicação vai radicalizar esta noção de contratransferência e também a noção de contratransferência institucional. A noção de implicação refere-se a vínculos afetivos, históricos e profissionais; trata-se de vínculos com indivíduos, grupos ou organizações que consultam, e também de todo o sistema institucional. O analista se vê “indagado em todo o seu cotidiano: de seus vínculos supostamente mais privados e afetivos, aos mais públicos e políticos” (RODRIGUES, 1992, p. 50). É um processo de afetação, que pode se dar previamente ao contato com o objeto de análise ou intervenção; ou simultânea e reciprocamente, integrando o processo de análise (MARAZINA, 2011, p. 16).

De acordo com Marazina (2011), a análise da implicação considera não só o processo psíquico e inconsciente, como também uma materialidade múltipla, variada, complexa e sobredeterminada, envolvendo processos políticos, econômicos, sociais e heterogêneos, que devem ser considerados em todas as dimensões. Como recurso metodológico, a análise da implicação evidencia que qualquer abordagem necessariamente passa por limites e possibilidades conceituais dados pela posição de implicação do analista, isto é, por seus “compromissos existenciais, epistêmicos, com saberes instituídos, com formas de considerar a ‘realidade’ que esses saberes propõem e com o campo de saber que delimitam” (MARAZINA, 2011, p. 16). Saberes que deveriam ser constantemente indagados quanto aos efeitos de ocultação e naturalização que produzem sobre o trabalho de elucidação crítica.

Ainda com relação ao movimento institucionalista, todas as tendências contemporâneas consideram “em maior ou menor grau, a teoria psicanalítica do sujeito⁵⁹,

⁵⁹ Com relação à transferência e à pesquisa psicanalítica, Elia (1999), seguindo as “Recomendações” de Freud (1912/1973), afirma a pesquisa como uma dimensão essencial da práxis analítica. Assim, a metodologia de pesquisa psicanalítica deveria incluir a transferência como condição estrutural, ou seja, o método psicanalítico configura um modo de conceber e fazer pesquisa em psicanálise que lhe é próprio, e que se resume na “necessária inclusão do sujeito em toda a extensão e em todos os níveis – saber, teórico, prática clínica, atividade de pesquisa etc – do campo da psicanálise”. Assim, “[...] faz toda a diferença se o

a existência do inconsciente e o fenômeno de pôr em ato, em movimento a realidade do inconsciente, que é a transferência” (BAREMBLITT, 1991a, p. 104). Em certa medida, todas reconhecem a transferência que opera como resistência e a transferência que opera como motor da cura, e que a transferência não é desencadeada por um único interlocutor, podendo realizar-se em grandes conjuntos sociais. Esses conjuntos sociais estabelecem a transferência “com aspectos abstratos como ideologia, os valores, as organizações, o estabelecimento, o fluxograma, etc” (BAREMBLITT, 1991a, p. 104-105).

A ideia desta introdução ao tema da transferência, a partir de um recorte da transferência já esquematizado por Baremlitt, teve por objetivo ser o mais amplo e cheio de contradições possíveis, misturando conceitos que seriam bem questionáveis de acordo com determinadas linhas psicanalíticas. Mas acredito que cumpriu o objetivo de mapear a extensão do campo pelo qual passaremos a percorrer a seguir: o da transferência do AT.

Aqui, quero marcar as seguintes posições: sempre a suposição de um sujeito, a clínica sempre se dá no campo da transferência, sempre no campo do inconsciente, da Outra cena. No nosso caso, a Outra cena do at e a especificidade da posição psicótica, na qual a Outra cena é a própria cena, ou seja, não remete à outra cena, é aquela cena que se dá no momento mesmo em que se produz. O inconsciente a céu aberto da psicose diz do sujeito da psicose, de um modo de produzir o mundo e de se produzir neste mundo. Há que se considerar que esse mundo também produz o sujeito, dando-lhe lugar ou não. É o mundo da política, do inconsciente, que também produz discursos sobre esses sujeitos, discursos que definem destinos, muitas vezes cruéis. Uma cena que se mistura com outra cena, a do sujeito e a da política, inseparáveis, como vimos anteriormente⁶⁰. Talvez por isso que, na psicose, essa dimensão do inconsciente, das políticas, apareça tão nítida, revelando os modos de gestão ou domínio do sujeito.

É nessa mistura de cenas do acompanhado, para dar lugar à cena do sujeito, que o at entra com sua Outra cena... Estamos no campo da transferência.

Seguiremos acompanhando as elaborações dos ats, agora com relação à transferência no AT. Veremos, talvez com maior clareza, a dificuldade de desenlaçar os termos enquadre/presença/transferência/cidade, tal como me propus nesta tese, para elevar a cena como ferramenta conceitual (metodológica) do AT. Espero tornar visível a transversalidade do dispositivo do AT e sua função desestabilizadora. Vale lembrar que,

sujeito pressuposto pela ciência, mas excluído da cena de seu agenciamento operacional e metodológico, é posto em cena [em Outra Cena (...)] pela psicanálise” (ELIA, 2000, p. 22-23).

⁶⁰ Sobre isso, ver também Rosa, M. D., (2016), no item “Que lugar para a psicanálise no AT” desta tese.

no AT, de imediato e de certo modo, já se problematiza o conceito de transferência, na medida em que é transposto (para seu manejo) para a rua, rompendo com o *setting* analítico ou institucional.

No Rio de Janeiro, a partir dos anos 1980, os ats, no processo de afirmação de sua prática, reivindicavam que pudessem dar um sentido clínico a ela para além daquele que teria sido dado por aqueles que demandavam o AT, os psiquiatras ou analistas e, ao mesmo tempo, determinavam a tarefa do at. Para os auxiliares que se iniciavam na psicanálise, principalmente a lacaniana, já não se trataria “simplesmente, de estabelecer um vínculo intersubjetivo, afetivo, que por si já fosse terapêutico, e, tampouco, de utilizá-lo como base para melhor suggestionar o paciente a comportar-se adequadamente” (REIS NETO, 1995, p. 94). Se as regras da clínica eram, naquele momento, determinadas pelos médicos que davam o enquadramento para o tipo de convivência e atuação dos auxiliares junto aos pacientes e suas famílias, foram nos momentos de intervalo da tarefa, nos espaços livres de determinações, que o auxiliar passou a explorar seu potencial terapêutico. A partir daí o vínculo passará a ser usado para promover e participar de fazeres e atividades que tenham sentido para o acompanhado,

de um sentido que ele possa dar às suas relações com o mundo, consigo mesmo e com o auxiliar, o paciente possa encontrar uma maneira de ser da qual participe como sujeito – autor de sua história – e não como objeto, a ser conduzido segundo princípios que lhe são alheios. (REIS NETO, 1995, p. 95)

Neste movimento de constituição do AT no Rio de Janeiro, que reivindicava o reconhecimento do potencial clínico/terapêutico do AT, os ats reivindicavam também sua autonomia em relação a médicos e analistas para a construção dos projetos terapêuticos. Para isso, esses médicos e analistas, além de admitir o potencial clínico do AT, deveriam colocar em suspenso o monopólio da transferência, não para que os ats pudessem tratar sozinhos seus pacientes, mas por não precisarem “de alguém que pensasse por eles a sua função” (REIS NETO, 1995, p. 145)⁶¹.

Com relação ao campo do AT, dizíamos que a circulação no AT se refere tanto ao deslocamento pela cidade e seus cruzamentos internos, no sentido da construção de um guia, de mapeá-la, “como também ao deslocamento de lugares (transferenciais) com os quais o at se implica ao se relacionar com a psicose e sua peculiar circulação” (AGUIAR;

⁶¹ Veremos adiante, com Dozza (2014), que não raramente o at ocupa o lugar do louco na família ou do que não sabe, daquele que precisa que o outro diga como deve fazer seu trabalho...

SERENO; DOZZA, 1991, p. 69): “A construção de algo no AT é consequência do sair destas capturas, destes lugares que entramos por questões pessoais e que se referem a vivências carregadas e fortemente condensadas do paciente” (AGUIAR; SERENO; DOZZA, 1991, p. 70).

A entrada do AT no momento da crise traz consequências em relação à posição do at na transferência, e vai no sentido do at “tomar corpo, ocupar um lugar”, poderíamos dizer, deixar marcas, marcas de presença (SERENO, 1996, p. 38). “O at participa da reconstrução do imaginário escutando o sujeito [...] a partir de uma posição transferencial” (SERENO, 1996, p. 39). Com relação ao lugar do at, e fazendo referência a Soler⁶², eu disse, em outro trabalho, que o “at entra no real da organização psicótica, do discurso psicótico [...] para de lá Real-izar⁶³ a cena: despotencializar o gozo numa produção criativa e de articulação simbólica” (SOLER, 1991 apud SERENO, 1996, p. 107).

A diacronia das cenas, o deslocamento no tempo, são atravessados pela transferência. Por essa via de entrada no real, o at pode virar oráculo, perseguidor. Na face mortífera da erotomania, entendendo, com Soler, a erotomania como transferência amorosa no real, “a Mulher ameaça o sujeito com seu gozo e o sujeito se oferece como objeto da Mulher” (SERENO, 1996, p. 107). O at pode manejar a erotomania no sentido de despotencializá-la. A partir daí, o at pode virar carro, objeto utilitário, cerveja, objeto intermediário, amigo, companheiro de aventuras. Aqui já é o AT função, o dispositivo instalado. Neste deslocamento, o que muda é a posição do sujeito, tornando-se mais implicado, engajado na atividade (saída). Do lado do at, “há uma oferta de amor, de testemunho e cumplicidade, afeto e alegria que contagia a cena cada vez em que há uma montagem de articulação engajada” (SERENO, 1996, p. 107-108).

Para Cenamo, Silva e Barreto (1991), a abstinência no AT é abstinência do desejo pessoal do acompanhante. Porém, por se encontrar em maior exposição e envolvido em muitas situações, o at “correria o risco de ser perturbado pela contratransferência” (p. 189), podendo gerar uma identificação do at com o paciente ou o impedimento do processo de identificação do paciente com o at.

⁶² Soler, C. *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires, Ed: Manantial, 1991.

⁶³ Real-izar designa um retorno no real não de uma positividade de gozo, mas de sua negação implicada no simbólico; seria uma negatividade da linguagem, supondo que “há um saber operando no real e que este saber é de uma negativização” (SOLER, 1991 apud SERENO, 1996, p.107).

Fráguas (2003), ao aproximar a psicanálise, a psicoterapia e o acompanhamento terapêutico, conclui que “o tratamento de psicopatologias graves – como o autismo, por exemplo – implica numa elasticidade da técnica” (FRÁGUAS, 2003, p. 121). Assim, a autora afirma a impossibilidade de se tratar estes casos levando em conta a regra de abstinência. “Se nessa relação não estiver em jogo uma aposta imaginária, ou seja, se não estiver em jogo o desejo do terapeuta, dificilmente poderemos ver alguma modificação psíquica nesses quadros” (FRÁGUAS, 2003, p. 121). Nesse sentido, Fráguas (2003) afirma que os efeitos terapêuticos estariam mais ligados à determinada postura do analista ou do at diante de seus pacientes, do que à especificidade de seus dispositivos clínicos.

Com relação à psicanálise e à produção de documentários, Chnaiderman (2005) afirma que são os instrumentos que tem como psicanalista que a guiam, seja na rua, seja na montagem de todos os seus documentários:

Em nossa experiência pelas ruas, a escuta se deu em meio de buzinas, burburinho, fuligem. Lutamos por uma escuta e pela possibilidade da fala. A transferência se instalava assim que mostrávamos que queríamos escutar. Sentíamos-nos responsáveis pelo que desencadeávamos em nossa escuta. Uma escuta possível em meio de um real ensurdecido. Poder ouvir apesar dos ruídos. Afinal, em nossos consultórios, não são os ruídos do manifesto que nos impedem a escuta do inconsciente? (CHNAIDERMAN, 2005, p. 42)

Guerra e Milagres (2005) destacam a superação da dicotomia clínica e reabilitação psicossocial com a inclusão do sujeito como operador do caso clínico. Assim, no AT, buscam-se as condições simbólicas do sujeito para o enfrentamento do real do gozo do Outro, seguindo as estratégias próprias do sujeito, isto é, as diferentes maneiras pelas quais o sujeito “busca tratar os retornos do real que o assolam, numa tentativa de tornar o gozo suportável e civilizável” (p. 71).

As autoras também destacam a importância do manejo do excesso erotômico ou persecutório para tornar possível a clínica com a psicose, a partir de Lacan (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 73). No entanto, advertem que tanto o analista quanto o at não operariam com seu ser, como espelho vivo, mas sim, que deveriam operar como espelho vazio:

como um outro não especular, um outro de pura diferença, um outro onde o analista não teria de apagar-se para permanecer em A (como faz na neurose), um outro a ser construído como endereço para o sujeito. [...] a proposta é fabricar um outro imaginário que não se reduziria ao outro especular. (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 79-80)

Zilberleib (2005) afirma que o at “empresta sua realidade para essa montagem, como um personagem, como numa brincadeira, por meio de seu potencial criador” (p. 110), permitindo, assim, que se institua um vínculo fortalecido, capaz de dar suporte à transferência, como um convite para o “desencadeamento do processo simbólico, pois o que está em jogo, literalmente, é o mesmo elemento que dá suporte ao pensar” (ZILBERLEIB, 2005, p. 110).

A partir da perspectiva lacaniana, Almeida (2006) relata o incômodo com a colagem que a acompanhada fazia de seu corpo, imitando-a imaginariamente, até entender que se tratava de um “modo peculiar de transferência, que busca no outro em espelho uma suplência imaginária que confere integridade ao corpo despedaçado da esquizofrenia” (ALMEIDA, 2006, p. 85). Transferência que a at passa a suportar no próprio corpo, para aos poucos instalar certa dialética: “igual, mas diferente” (ALMEIDA, 2006, p. 86), acolhendo e introduzindo a dimensão do equívoco, dialetizando e flexibilizando as certezas delirantes, de modo a “funcionar na direção da constituição de uma metáfora delirante” (ALMEIDA, 2006, p. 90).

Metzger (2006) usa a anamorfose – conceito do campo das artes plásticas, no qual o sujeito espectador da obra, para reconhecer a figura enigmática que se apresenta, precisa mudar de posição – como analogia para pensar a transferência no AT e o ponto de onde escutar o sujeito na sua singularidade. “A escuta exige uma permeabilidade ao elemento radicalmente estranho que é o outro” (METZGER, 2006, p. 180), permeabilidade que implica em abdicar da compreensão, do familiar, como condição para acolhimento do estranho, seguindo Lévinas. Depois da abertura ao estranho que aparece distorcido, chega o momento em que o at deve “se posicionar perante ele desse novo ponto fixo que o revelaria, que permitiria escutar o sujeito em sua singularidade” (METZGER, 2006, p. 180).

O at é chamado a acompanhar e realizar ações no cotidiano junto a seus acompanhados – ações da vida prática, ir ao supermercado, ao cinema etc. –, mas a clínica vai além destas ações. “A escuta [...] e o manejo da transferência são dois importantes operadores” (METZGER, 2006, p. 186) que permitem ampliar isto que aparece como função do AT, uma ação concreta, o fazer do AT. Desse modo, a autora ressalta que este fazer precisa estar orientado pela escuta do sujeito.

Para Blum (2006), acompanhar seria, de certo modo, oferecer uma metáfora ou estabelecer um campo transferencial que permitiria a criação de um espaço poético, a

construção de um espaço social ou de interlocução para a dor resultante dos conflitos entre as pulsões de vida e de morte (BLUM, 2006, p. 71).

Silveira (2006) considera que o tratamento oferecido a Wilson⁶⁴ com duas ats foi bem-sucedido. Isto se deve

ao desejo e engajamento das **ats** e a amplitude que alcança esta forma de intervenção em saúde mental que consegue atuar numa dimensão social, comunitária através de uma proximidade com o acompanhado e sua vida, sua família, seus vizinhos, as pessoas do bairro em que ele mora. (SILVEIRA, 2006, p. 66)

Para Marinho (2009), o AT é um

dispositivo de forças instituintes que produz, por meio da dupla acompanhante e acompanhado e da relação de afeto, o atravessamento transformador nos diversos níveis de organizações (inclusive as psíquicas) já instituídas socialmente, para promover ou inventar modos possíveis de estar com o outro e com o corpo social. (MARINHO, 2009, p. 84)

O AT vai além de um trabalho clínico dual e interpessoal, e busca transpor ou reduzir as barreiras sociais e subjetivas, para com isso ressignificar concreta e simbolicamente esses espaços de pertencimento. A dupla percorre esses cenários afetivos e territoriais numa relação assimétrica. A relação subjetiva e transferencial da dupla sustenta o sujeito nos diversos espaços sociais, e permite a criação de articulações do AT com os territórios disponíveis e a criação de espaços significativos para o sujeito, operando no processo de produção de vida, e “atuando como recurso de invenção e descoberta de sentidos, onde a alteridade pode acontecer” (MARINHO, 2009, p. 55). A autora ressalta que, no entanto, algumas vezes, as transformações na vida do sujeito, o ir e vir no mundo e a ampliação dos interesses ficam restritos ao contato com o at.

Para esta autora, a sutileza com que se tece o trabalho de AT é que o at é convidado a entrar nos delírios do acompanhado, em sua história de vida e daí escutar os cantos das sereias, e esta escuta permite um modo de percepção e de entendimento entre o paciente e sua família. Com essa entrada na família como um terceiro concreto, e com o estabelecimento da transferência, “é possível [ao acompanhado] viabilizar uma saída de seu mundo fechado e circular” (MARINHO, 2006, p. 135).

Ghertman (2009) afirma que a função da escuta analítica não é produzir um encontro entre duas pessoas – entre dois *eus* ou entre as imagens que esses *eus* portam,

⁶⁴ Um caso de AT discutido na tese.

derivadas dos processos identificatórios pelos quais passaram, esses *eus* que estariam no registro do imaginário, de acordo com Lacan –, e sim articular a ideia de encontro entre dois *não-eus* como função do processo analítico, no qual o analista buscaria se “posicionar fora de um campo representacional imediato de si e do outro com a finalidade de alcançar a realidade vivida, efetivamente, pelo seu paciente” (GHERTMAN, 2009, p. 38). O encontro entre dois *não-eus* fala da “experiência da constituição de um espaço lúdico, por meio do qual, suspendem-se representações de realidade” (GHERTMAN, 2009, p. 38) e há um desdobramento de possíveis. “O sujeito analista se constitui, [...] a partir do momento em que pode instituir-se em um outro campo de apreensão da realidade” (GHERTMAN, 2009, p. 88).

No AT,

as forças-constitutivas do espaço-tempo do campo transferencial ganham vetores inéditos. As associações livres são substituídas por deslocamentos concretos na cidade, que produzem falas e atos inesperados [é a escuta nômade]. É nessa mistura de bons e maus encontros que uma composição, um trecho de música, uma fala podem acontecer. (GHERTMAN, 2009, p. 34)

Por estar fixado no primeiro tempo do Édipo e por não ter se deparado com o enigma do desejo da mãe, “o paranoico aprisiona-se e reproduz esse modo de relação simbiótica, imaginária e especular na transferência” (HERMANN, 2010, p. 259), na qual o outro da transferência assume estatuto de onipresença absoluta, e de quem o paranoico espera um olhar e uma voz que confirmem sua existência, posicionando-se como objeto desse outro. “Daí querer ser visto e olhado sob olhar vigilante do super-eu. Ser visto e olhado pelo outro, em função do significante da lei, o S1, [...] foracluído e que retorna através do outro” (HERMANN, 2010, p. 259).

Hermann (2010) sugere dois tempos na direção do tratamento do sujeito paranoico marcados pela passagem do ódio ao outro para o *sinthoma*: No 1º tempo do tratamento, estaria em jogo a passagem de um ódio aterrorizante à erotomania ou de uma ausência necessária a uma presença totalizante. No 2º tempo, o tratamento apontaria na direção da passagem do outro totalizante ao *sinthoma*, na direção do esvaziamento da presença totalizante, implicando no apagamento da voz e do olhar do at, e visando que o “sujeito se volte para os objetos da realidade, de onde o real retorna e produz efeitos para a construção do *sinthoma*” (HERMANN, 2010, p. 268).

Considerando que a transferência na paranoia consiste em uma relação narcísica, especular, imaginária e que encapsula o outro, não permitindo a entrada de um terceiro que rompa com a simbiose, Hermann (2010) situa aí o paradoxo da clínica do AT com pacientes paranoicos,

a qual se sustenta em uma presença esvaziada, não [...] na perspectiva de um endereçamento de significantes do sujeito ao analista, mas [...] na perspectiva de um endereçamento do sujeito – seu olhar e sua voz – aos objetos que povoam a realidade social. (HERMANN, 2010, p. 268)

Dozza (2014) situa o paradoxo da atuação contratransferencial: que “consiste em que a atuação *negativa* da contratransferência pode tornar-se positiva para a evolução do caso. A evolução se produz *graças a e apesar da* atuação contratransferencial” (p. 108). Esses processos relacionados ao paradoxo da atuação contratransferencial evidenciam-se, sobretudo, nos ATs em que ocorre intensa participação familiar, e isto, de certa forma, relaciona-se à abertura do enquadre, mais complexo, polifacetado e polifônico, o qual “pode expor o *at* a ansiedades do tipo confusional” (DOZZA, 2014, p. 87). Em outras palavras, o “enquadre também é constituído por aquilo que desenquadra, a atuação contratransferencial” (DOZZA, 2014, p. 116).

Com relação à transferência familiar, o at frequentemente tem que se haver com a onipotência materna que impõe mandatos e exigências ao AT, ou então o at pode ser colocado no lugar da figura paterna excluída, borrada e subordinada a estes mandatos, como pode também ser posto no mesmo lugar do paciente, experimentando “na própria carne os processos vinculares que conduziram à psicotização e cronicidade do paciente” (DOZZA, 2014, p. 107). O autor cita, na sequência, alguns sentimentos contratransferenciais produzidos no at a partir dessas situações: medo, ódio das demandas e exigências, sentir-se impotente, invadido, paralisado, fora de lugar, medo de enlouquecer. São estes sentimentos que levam o at à atuação (*acting-out*) contratransferencial, que o autor está positivando. Em geral, esses processos ocorrem nos momentos iniciais do AT, de estabelecimento do enquadre.

Ainda com relação ao mesmo tema, o paradoxo da atuação contratransferencial remete a pontos intermediários entre dois extremos: a) aquele em que o at se molda aos padrões familiares; e b) aquele em que, possivelmente como modo de defesa, tenta cumprir rigidamente com os fundamentos de um enquadre teoricamente ideal (DOZZA, 2014, p. 116). O autor resume os momentos do que chama de clínica do paradoxo da atuação contratransferencial com relação à transferência familiar.

Inicialmente o at não é objeto significativo e sua presença no contexto familiar pode ser ansiógena e persecutória. Muitas vezes, no manejo desta situação, o at se molda em certa medida aos padrões interativos familiares, para não intensificar essas defesas e ansiedades paranoides, e isso pode resultar no “estabelecimento de vínculo significativo e de confiança com o paciente e família” (DOZZA, 2014, p. 109). No momento em que o at se converte em objeto significativo e confiável, pode gradualmente se deslocar entre os papéis e lugares colocados, e ressignificar os padrões interativos familiares. “O manejo da transferência no AT não se baseia em interpretações, mas na mudança de posição do at através de intervenções cênicas (ou atos interpretativos)” (DOZZA, 2014, p. 112)⁶⁵.

A flexibilização ou não do enquadre, da duração do encontro corresponde a diferentes momentos do estabelecimento do vínculo e do desenvolvimento da relação transferencial-contratransferencial, e é atravessada e vivida como manifestação de amor e de ódio do at (DOZZA, 2014, p. 143): “o enquadre marca e sustenta uma atitude psíquica e de conduta que expressa o ‘amor profissional’ do at. Como o amor de transferência, o amor profissional é amor genuíno fomentado pela fascinação e limitado pelo enquadre” (DOZZA, 2014, p. 139).

Neste sentido, marcar o limite da duração do encontro, o “cumprimento do enquadre, enquanto representante da função paterna, [e] que opera como corte (finitude, restrição), está motivado pelo ódio profissional” (DOZZA, 2014, p. 141). Lembrando que o ódio ambivalente da figura materna é o motor do processo de desilusão, do ponto de vista winnicottiano. O autor adverte: “Trata-se de intervir a partir do ódio, ódio legítimo e genuíno, mas mediatizado pelo enquadre, o que é diferente de intervir com ódio” (DOZZA, 2014, p. 141).

Zilberleib (2005) aponta algumas dificuldades do trabalho em AT, considerando como desvantagem a implicação da família e sua resistência no AT. Outras dificuldades se relacionariam ao enquadre, ou ao fato de que a atenção que o at dedica ao acompanhado pode ser excessiva em relação às suas possibilidades. A autora cita ainda o fator econômico “que pode representar um empecilho para sua viabilização, em função da dedicação e da quantidade de tempo disponibilizados para determinado paciente” (ZILBERLEIB, 2005, p. 128).

⁶⁵ Por exemplo, quando o at simplesmente se recusa a pegar a chave de casa das mãos da mãe do paciente... isso, depois de já terem tratado disso mil outras vezes, que o acompanhado seria o responsável por sua chave de casa... (DOZZA, 2014, p. 171).

Para Ghertman (2009), ao contrário, aquilo que seria “visto como algo que viria a atrapalhar ou desestabilizar um determinado sistema é exatamente aquilo que pode permitir incluir nele elementos antes excluídos” (GHERTMAN, 2009, p. 12). Desse modo, o AT operaria como um catalisador dos nós, do acompanhado e de toda a rede que o constitui e o sobredetermina: a família, as instituições de tratamento e a própria sociedade. Elemento estranho às instituições de SM, a presença do at promove desestabilização e desconforto a certa estabilização mórbida operadora de um funcionamento patológico da instituição, e muitas vezes, “devolve o vigor ou a vitalidade necessária àquele espaço, isto é, lhe devolve o seu movimento dialético” (GHERTMAN, 2009, p. 12).

Porto (2015) concebe o AT como processo de tratamento indicado em situações de sofrimento psíquico intenso e tendo como referência as psicanálises, processo transferencial, portanto. Em outras palavras, o tratamento se dá na transferência (PORTO, 2015, p. 115). O autor pensa a transferência no AT a partir da abertura de seu “campo na direção das conexões com a potencialidade dos espaços, públicos e privados, das transferências e das conexões” (PORTO, 2015, p. 116), para além da relação dual acompanhado/acompanhante, o que permitiria pensar a transferência a partir das conexões na geografia do mundo, conexões e geografia estabelecidas e ampliadas pela própria situação transferencial. Desse modo, o at

considera tudo o que compõe este território espaço dessa relação transferencial. Todos os lugares, todas as pessoas, moradores, [...] todos os objetos, todas as práticas que constituem o dia a dia naquela casa (ou naquele local) estão em jogo na transferência entre at e acompanhado. (PORTO, 2015, p. 231)

A transferência como cenário e superfície, “no interior da qual e sobre a qual, a relação terapêutica – que é necessariamente a história de um vínculo afetivo, ocorrerá” (PORTO, 2015, p. 117), é um operador clínico que permite ao at compreender o que está colocado em jogo na relação de afetos entre ele e o acompanhado, para daí decidir sobre suas intervenções e direção do tratamento. O autor se vale das noções winnicottianas de mãe-ambiente e ambiente, que reorganizam “o acontecimento da transferência para além e para aquém da dimensão dos afetos entre analista e paciente” (PORTO, 2015, p. 128). Na situação analítica, algo vai se passar para estes dois sujeitos que não está nem com um nem com outro, não é de um nem de outro: “tudo o que ocorre na situação analítica se dá

entre-dois, no espaço potencial que a princípio, apenas o analista sustenta” (PORTO, 2015, p. 128).

Isto não é pouca coisa no AT. No caso do Sr. Manuel, um idoso silencioso e circunspecto, internado há onze anos no hospital psiquiátrico, o AT reinaugurou uma movimentação na vida psíquica do acompanhado, movimentação impulsionada pelo desejo da at de que algo acontecesse, e que resultou num processo de construção de si e de sua história, simbolizado na obtenção de seu documento de identidade, o que acabou por contaminar os outros internos, ultrapassando os muros do hospital psiquiátrico. A at fez tudo isso “por meio do manejo que permitiu sustentar esse desejo que, a princípio, era dela” (PORTO, 2015, p. 197). Esse desejo de que algo acontecesse começou “na **at**, até criar convergência das forças que depois não para[ra]m de chegar de todos os lados” (PORTO, 2015, p. 197), tanto dela quanto dele. A forte ligação da **at** com o acompanhado atraiu “o conjunto das forças para si, fazendo-as cada vez mais convergentes e, então, propulsoras de outros atravessamentos” (PORTO, 2015, p. 197).

Vamos dizer que o subitem sobre a *transferência* no AT revelou o impossível do método desta tese, de separar estes elementos que constituem a cena no AT! Não dá para separar, estão enlaçados. Vemos a indissociabilidade dos termos *presença*, *enquadre*, *transferência*: maneja a transferência, mexe no enquadre, porém é o enquadre que possibilita o manejo da transferência; de outro lado, isto também implica na presença, no manejo da presença do at.

Assim, a transferência como um véu encobre a cena, ou o cenário, no interior da qual, ou na superfície sobre a qual, se passa toda a complexidade do jogo afetivo que se estabelece nas relações de um com o outro, com os outros, com a cidade, e que aponta para sentidos, para intervenções e para a direção do AT. Daí que decidi incluir na *transferência* vários recortes que caberiam em outros subitens, tais como enquadre e presença.

Assim, é no campo da transferência que vemos o desenrolar da dialética da presença absoluta, do at tomar corpo, do at como *vivo*, para depois se deslocar em direção à presença esvaziada, visando promover a entrada de um terceiro ou a oferta de laço social. É neste cenário transferencial onde se desenrola todo drama do amor e do ódio, da perseguição à erotomania, o qual implica o at, que ele deve manejá-lo no sentido da construção da função, do dispositivo AT. O at transita por todas estas tensões e paradoxos com seu corpo, na cena, na transferência, ora insistindo na presença, ora esvaziando-a, ora no fora, pleno de potencialidades, numa experiência sensível e sem palavras, ora na

mais absoluta solidão, ou então vivenciando o prazer de um acontecimento compartilhado.

A implicação do AT na sustentação do encontro, o desejo do AT, desejo de que algo aconteça (uma conexão, uma articulação, uma presença) remetem à formação⁶⁶ deste at, e ao mesmo tempo devem implicá-lo numa rede, seja com seu grupo de AT, seja com o supervisor, seja com a instituição ou instituições parceiras com as quais desenvolve um projeto terapêutico.

2.2.3.1. Ações interpretativas

Em outro texto, falamos (PORTO; SERENO, 1991) que o at interpreta o sujeito no momento em que a montagem da cena se interrompe, e que sua intervenção se dá por meio de ações no sentido de libertar o fluxo de sua construção. Essas ações interpretativas podem se dar por meio de um gesto que complementa ativamente o que está sendo feito, facilitando a cena do acompanhado. Às vezes, o at posiciona-se à frente do acompanhado, apresentando um gesto inédito, seja para dar o pontapé inicial na montagem da cena, seja para impedi-lo de atos ameaçadores e de risco. Em outras vezes o at está um passo atrás, permitindo que o acompanhado experimente e crie suas formas de estar no mundo.

Berger (1991) ressalta que na equipe da Casa, no lugar da interpretação, fala-se em atos interpretativos, “atos que facilitem o movimento, acompanhamentos de produção de mundo, [...] para facilitar a circulação, [...] o acontecimento no mundo” (p. 86).

Cenamo, Silva e Barreto (1991), nessa mesma direção, afirmam que, no AT, não se interpreta o discurso do acompanhado, e que o manejo da transferência se dá por

⁶⁶ Scarcelli e Junqueira (2011) ressaltam um dos grandes desafios na definição de políticas de formação: a criação de espaços onde possa haver “trânsito entre os âmbitos político-jurídico, sociocultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial, representados por diferentes atores, saberes (popular, científico, teórico-técnico, artístico), instâncias políticas e instituições (universidades, serviços públicos, ONGs, instituições formadoras, entre outras). [...] [este espaço de formação] implica em transcender o sentido estrito de instrução, capacitação e aperfeiçoamento e em possibilitar a produção de conhecimento, de mentalidades, de jeitos de estar, de comprometimento com a coisa pública aliada à descoberta e ao exercício do processo de criação”. A formação em serviço, esta formação de trabalhadores em saúde, é tarefa complexa, “pois deve estar voltada para a organização do trabalho coletivo, apoiado em diferentes abordagens” (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p. 353), com o objetivo de se criar “condições para a construção desses modos de fazer, de pensar, de esquemas conceituais que permitam a implementação criativa de práticas e a ressignificação das políticas orientadoras” (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p. 352) e não a mera apresentação de como fazer, o que acaba na burocratização de técnicas. As autoras afirmam ainda a complexidade da formação do profissional psi e de práticas em saúde mental, pois o “instrumento de trabalho é a própria subjetividade dos trabalhadores e as relações estabelecidas entre eles e também com seus pacientes, portanto aspectos intersubjetivos incluem-se como problemática nos processos de formação” (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011, p. 353).

atitudes interpretativas, no momento em que, com sua atitude ou comportamento, o at “discrimina algo no mundo interno do paciente tal como projeções, confusões, etc” (CENAMO; SILVA; BARRETO, 1991, p. 189).

Rolnik (1997) discute o termo *intervenção* ligado à prática do AT. Diz que o termo é incômodo, pois revela ranços da ingerência autoritária na vida alheia, no contexto político. A autora se refere, no entanto, a um incômodo maior com o termo *interpretação* no contexto da clínica, pois este se relaciona a um ranço clínico, à “prática de substituir vivências por significações [...] estabelecidas *a priori*” (ROLNIK, 1997, p. 90). Para a autora, o termo *intervenção* enfatiza a ideia de que a “interpretação é um ato – e não só discursivo” (ROLNIK, 1997, p. 91), e, essencial para o trabalho clínico, está a natureza experimental desse ato.

De acordo com Silveira (2006), as ações interpretativas, com as quais o at realiza ações singulares, funcionam como intervenções quebrando e desfazendo padrões repetitivos e aprisionantes vivenciados pelo acompanhado. Essas ações interpretativas se potencializam com a noção de agir, em Arendt, como *acontecimento*: o qual “interrompe os processos automáticos da vida social e introduz a contingência, a novidade, a vontade de jogo e experimentação como formas de sociabilidade” (SILVEIRA, 2006, p. 51), e é caracterizado pela ausência de limites e pela imprevisibilidade das consequências.

Santos (2006) retoma as intervenções interpretativas de acordo com Bion, tanto para casos de neurose como para psicóticos. No AT de psicóticos, o at pode intervir ofertando seu corpo, isto é, ele empresta sua presença na conformação de uma dupla, protege e atesta ao acompanhado que ele não enfrenta as suas questões sozinho. Isso “talvez seja condição suficiente e necessária para expandir alguns de seus duros limites de vida” (SANTOS, 2006, p. 61-62). O autor considera que talvez, para que o acompanhado possa habitar alguns de seus desejos, o at deva encarná-los, mesmo que não sejam dele. Adiante ele afirma:

É do contato entre diferentes pressões que surge o movimento do ar! É do contato transferencial entre paciente e acompanhante que surgem os ventos, aquilo que lhes dará forma, contorno e a possibilidade de movimento emocional, físico e psíquico. É do contato de um com outro que todas as possibilidades de vento poderão se dar. (SANTOS, 2006, p. 62)

Dozza (2014) observa duas posições frequentes no AT: ou o at vive a relação terapêutica como algo demasiadamente *pessoal* ou produz uma *tecnicização* da atitude profissional. Para que não se tecnocratize o cotidiano e os paradoxos possam ser

sustentados, o autor sugere que a técnica no AT seja semelhante à do ator, isto é, à técnica da *interpretação dramática*.

O autor indica que, principalmente no AT, as experiências terapêuticas promovidas apontam para uma relação de atravessamento entre intervenção, cotidianidade e artes cênicas, e compara: aquilo que na interpretação verbal aparece como leitura das relações objetais, históricas e transferenciais, no contexto do AT e do manejo da transferência, pode ser pensado “em termos das vicissitudes da atitude do at (representação cênica) ante as expectativas, demandas e necessidades do paciente e da família” (DOZZA, 2014, p. 98).

Retomando a concepção da equipe da Casa, o autor afirma que a “ação interpretativa é empregada fundamentalmente em situações pontuais que bloqueiam ou dificultam a tarefa ou o fluxo cênico do AT” (DOZZA, 2014, p. 149). Nessas intervenções interpretativas, equivalentes ao manejo da transferência, não haveria uma explicitação semântica de aspectos transferenciais. O interpretativo é formulado em termos de “intervenções cênicas ou interativas que podem ser ações concretas, verbais ou passivas” (DOZZA, 2014, p. 147). Dozza (2014) destaca a convergência teórica, já que o grupo da Casa, em meados dos anos 1980, usava o termo que Ogden descreverá em 1994, em seu artigo sobre “O conceito da ação interpretativa”:

Entende-se por ação interpretativa o uso da ação (diferente do discurso verbal simbólico) por parte do analista para transmitir ao analisando aspectos específicos de sua compreensão da transferência-contratransferência que, em determinada conjuntura da análise, não pode ser apenas transmitida através do conteúdo semântico das palavras. Uma interpretação-na-ação deriva seu sentido simbólico específico do contexto experiencial da intersubjetividade analítica em que é gerada. Simultaneamente, a compreensão da transferência-contratransferência transmitida pela ação interpretativa do analista deve ser pensada silenciosamente em palavras pelo analista. (OGDEN, 1994 apud DOZZA, 2014, p. 150)

Dozza (2014) ressalta que nem sempre o pensar prévia e silenciosamente em palavras é condição para a formulação da ação interpretativa. Pelo contrário, estas ações “surgem espontaneamente e de forma não planejada” (DOZZA, 2014, p. 150), e são insights do terapeuta. Para o autor, essas intervenções se mostram das mais potentes em termos dos efeitos que promovem e de sua elaboração à *posteriori* (a positividade da contratransferência).

Para Dozza (2014), a ação interpretativa poderia se resumir no silêncio, na falta de resposta do at diante das expectativas do acompanhado ou da família. Para o autor, o

silêncio, pensado como a passividade da palavra, permite pensar a passividade como o silêncio da ação. Som e não som, presença e ausência de som, marcam um tempo, uma pausa, um ritmo. A passividade ou a ausência de ação, contrapondo-se às expectativas e demandas do paciente e/ou da família, delimitam um marco zero, representando a presença de uma ausência (da atitude demandada). Isto torna esta passividade uma presença ativa. No caso a que o autor está se referindo: “a passividade encenou um trabalho de contenção e manejo da transferência, no qual se devolve ao paciente afetos e funções depositadas no at” (DOZZA, 2014, p. 158).

Dozza ainda destaca a função de interdição como modalidade específica de ação interpretativa. Trata-se de uma “série de intervenções cênicas que modulam ou limitam os excessos das funções materna e paterna, assim como as atuações e demandas anárquicas e compulsivas do paciente” (DOZZA, 2014, p. 163). Coloca-se em cena o sujeito da pulsão em situações em que se observam pulsões sem sujeito. Nestas intervenções se constroem “enquanto representação cênica alguns *diques* que modulam, canalizam e (re)orientam o excesso e anarquia de tais transbordamentos pulsionais” (DOZZA, 2014, p. 163).

A ação interpretativa sintetiza mais do que tudo o enlaçamento da transferência com a presença, bem como o modo como o at entra com seu corpo, participa da cena do acompanhado e intervém. Como um ator que se utiliza dos próprios sentimentos para encarnar a personagem, e também como o poeta que finge que é dor a dor que deveras sente... Sim, pois muitas vezes, quase na maioria, é a dor real no corpo do at que opera mudanças e deslocamentos no campo transferencial. Se a intervenção se dá no momento em que se dá, se sai em forma de susto, se desestabiliza todos os contextos, isto pode ter um efeito positivo na condução do tratamento. É o que nos insiste em afirmar Dozza (2014) com seu paradoxo da contratransferência, e com o qual concordo plenamente, ressaltando que, para que se opere um manejo positivo desta atuação, esta atuação do at deve virar cena, deve poder ser compartilhada, elaborada, analisada. É isto, já disse antes e insisto, que permite que o at volte à cena. O mesmo vale para o que de espontaneidade nas ações do at, para a vivência de situações cotidianas, para os atravessamentos inusitados. Os bons e os maus encontros só operam no AT se remetidos à transferência e à cena, ao trabalho com a cena.

Há ainda momentos em que a presença e a assertividade do at remetem a uma violência necessária.

2.2.3.2. Violência necessária

Uma questão que sempre aparece nas discussões clínicas em supervisão ou com a rede de atendimento: até que ponto vamos com o nosso acompanhado? Quanto devemos insistir em relação a sua recusa de se tratar? O que nos autoriza a intervir apesar da recusa do paciente? É nesse contexto que surge o termo violência necessária com relação à transferência no AT. Eu situaria a violência necessária como mais um dos paradoxos da atuação do at. Se o AT aparece como espaço privilegiado de escuta do sujeito na sua singularidade, muitas vezes, o at tem que se *aliar* aos familiares ou às instituições demandantes (manejo das transferências) para garantir o tratamento e a vida do acompanhado. Trata-se de implicações éticas em cada tomada de posição do at.

Isto já aparecia como questão para os auxiliares psiquiátricos no Rio de Janeiro. De um lado, suas ações tinham como ideal uma relação de simetria com os pacientes, ou seja, não havia diferenças entre os que tratavam e os que eram tratados e as decisões eram tomadas através do diálogo e das deliberações do grupo. De outro lado, isto era possível até o ponto de tolerância, por mais flexível que fosse, da recusa do paciente em se enquadrar dentro do espírito comunitário e das regras mais objetivas da clínica. Eram nesses momentos que se evidenciava o impossível daquela simetria, e o auxiliar então operava em nome das regras da instituição ou do médico, desrespeitando a vontade ou falta de vontade do paciente, e sempre operando em nome da saúde deste último. Reis Neto (1995) diz que aqui se adentra o terreno “das violências necessárias ao livre-arbítrio do paciente, mas trata[va]-se também de fazê-lo confrontar com a noção de que para viver em comunidade é preciso adaptar-se a certas regras” (REIS NETO, 1995, p. 27).

Fulgêncio (1991) se refere à violência necessária quando afirma que, para que se produza uma transformação no modo de vida em que os pacientes se encontram, é preciso mais que o respeito à vontade ou à inércia do acompanhado. A violência necessária fala de “uma força em direção à vida, um desejo de vida (tanto do paciente quanto do terapeuta) [confrontando o at e a equipe com] a necessidade de invadir a vontade e a pseudo-autonomia de escolha destes pacientes” (FULGÊNCIO, 1991, p. 235).

Em sua relação de vizinhança com o acompanhado, o at também pode se adiantar a ele para impedi-lo de atos ameaçadores e perigosos, fazendo “uso de uma violência, diríamos, necessária” (PORTO; SERENO, 1991, p. 29).

No mestrado, referi-me (SERENO, 1996) à violência necessária com relação ao estado de morte psíquica em que o paciente se encontrava no início do AT. Muitas vezes, nesse início,

o at toma as rédeas para possibilitar o encontro: toca a campainha, bate na porta, berra e abre a porta com a chave reserva que traz consigo. Inércia psíquica parece falar melhor desses momentos onde o paciente pode estar tomado por um gozo absoluto do real: excesso de gozo, pulsações, letra-palavra-voz, estilhaços e tormento. (SERENO, 1996, p. 107)

Dozza (2014) reflete sobre a ética do AT e a violência necessária. Nos momentos em que se evidencia que “o discurso de morte e seu caminhar em direção à morte não é opção do sujeito, mas do seu estado enfermo” (DOZZA, 2014, p. 127), caberia ao at sustentar parte da aliança terapêutica que o acompanhado não conseguiria assumir. Nesse sentido, a violência se relacionaria à violência do ponto de vista das convenções sociais, mas não corresponderia à violência do ponto de vista da tarefa. O autor destaca, desta forma, este componente ético que garante que muitos ATs se viabilizem.

Essa violência necessária “é uma arte que deve ser levada a cabo com extrema delicadeza, [...] e jogo de cintura e requer do at um bom nível de assertividade e constância” (DOZZA, 2014, p. 127). O autor conclui que, para habitar profissionalmente o espaço do outro, considerando que no AT são o paciente e sua família que abrem e fecham as portas da casa, pode ser útil ao at garantir que possui algumas cópias destas chaves.

A violência necessária aparece então como um manejo da transferência no AT para lidar com os retornos do real, com as pulsões erráticas, destrutivas. É importante que se enfatize a delicadeza com que ela deve ser conduzida pelo at, e neste caso, prioritariamente, deve ser concernida a uma equipe ou a uma rede, e remeter a uma ética⁶⁷.

2.2.3.3. Amizade

Tema antigo e essencial, a questão da amizade percorre a teorização do AT desde seu início, tanto na Argentina como em São Paulo, aonde as origens do AT remetem ao

⁶⁷ Esta é uma questão da maior importância. Para aqueles que defendem as internações compulsórias como limite, como último recurso para salvar o paciente de sua condição mortífera, sempre me ocorre o comentário informal de Zaneratto Rosa questionando se foi mesmo tentado de tudo, se colocaram alguém ou alguéms ao lado daquela pessoa 24 horas por dia em sua casa... (o que em si já poderia representar uma violência necessária).

amigo-qualificado e onde, posteriormente, houve a passagem do nome para acompanhamento terapêutico, já discutido de diversas maneiras. Não pretendo retomar todas essas discussões sobre esta mudança de nome, mas sim ressaltar uma observação e corrigir uma ideia que está equivocada na minha dissertação, a partir da leitura da dissertação de Reis Neto (1995). Diferentemente do que afirmei lá, o amigo qualificado argentino chega ao Brasil na década de 1970, porém *não* há evidências de que tenha passado por Porto Alegre, como afirmei na dissertação, ainda que os contatos com *los hermanos* argentinos tenham acontecido.

De acordo com Reis Neto (1995), e como já vimos, é o atendente psiquiátrico que surge na Clínica Pinel de Porto Alegre nos anos 1960 que dará origem ao auxiliar-psiquiátrico e que se tornará o AT no Rio de Janeiro, na década de 1980. Isto teve consequências importantes relativas às políticas institucionais para a afirmação do saber na construção do AT carioca. “[...] tanto na experiência argentina quanto na de SP, a passagem se deu do ‘amigo qualificado’ ao ‘acompanhante terapêutico’, parecendo-nos menos ‘abrupta’ que a do Rio de Janeiro, que vai do ‘auxiliar psiquiátrico’ a este último” (REIS NETO, 1995, p. 102).

De todo modo, o movimento pela troca do nome em qualquer uma das situações se deu para marcar o caráter clínico/terapêutico desta prática. “Na Argentina, a mudança de nome deu-se para marcar que o acompanhante não é um amigo, mas sim um terapeuta” (REIS NETO, 1995, p. 59). Em São Paulo, a troca de nomes enfatiza a função: se com amigo qualificado ressaltava-se a extensão da continência (acolhimento) oferecida pelo espaço do hospital dia, com acompanhamento terapêutico aponta-se “para um efeito terapêutico que lhe seria específico” (REIS NETO, 1995, p.101).

Baremlitt (1991), tomando a psicose como uma forma de produção de mundo, produção de um mundo próprio, único e irrepetível, afirma que o desafio do at consistiria em participar da produção deste mundo, tornando-o mais compatível com o mundo produzido, consagrado e dominante. Isso exigiria do at uma decisão que o autor chama de fé ou ideológica: de “acreditar na singularidade e na essência produtiva deste mundo, desta maneira de ser” (BAREMBLITT, 1991, p. 81). Baremlitt acredita que esta seria a “função essencial do acompanhante, do amigo ou ser humano que ajuda” (BAREMBLITT, 1991, p. 84).

Em 1997, o autor volta à questão da amizade em relação ao amigo qualificado e ao AT. Ele considera a deterioração da amizade, como imagem de um bem supremo da relação humana, como consequência da velocidade do avanço do individualismo e da

“axiomatização de tudo em relação ao equivalente geral dinheiro no capitalismo mundial integrado” (BAREMBLITT, 1997, p. 180). Para Baremlitt, a amizade combina solidariedade, respeito e carinho, e leva a extremos o empenho pela intensificação criativa da vida do amigo, pois a “própria vida não é concebível senão como complemento proporcional da do outro” (BAREMBLITT, 1997, p. 180). O autor supõe que a escassez ou a ausência de amistosidade estaria na base do sofrimento que afeta a humanidade inteira e isto tem um ar catastrófico, pois a substância da qual se constitui a amizade é insubstituível, não dá para ser compensada por nenhum outro tipo de produção:

[A amizade como um tipo de] produção de relação entre subjetividade e alteridade é algo como um *sine qua non* substancial imanente a todos os tipos de vínculos que poderíamos aceitar como vitais... incluído aquele que supostamente seria desejável manter consigo mesmo. (BAREMBLITT, 1997, p. 181)

Uma linha importante de autores segue na discussão sobre a função política da amizade no AT, tal como propõe Foucault, e filósofos⁶⁸ e autores sociais contemporâneos.

Nas palavras de Silveira (2006), para Foucault, a política pode ser entendida como atividade de criação e experimentação, e a amizade como algo fundamental no exercício político, um convite à experimentação de novas formas de sociabilidade e comunicabilidade, na “tentativa de pensar e repensar as rígidas formas de relacionamento existentes em nossa sociedade” (SILVEIRA, 2006, p. 41). É nesta busca de alternativas às formas tradicionais de relacionamento que o autor pensa a amizade como “potente intercessor na construção de recursos terapêuticos afirmativos da dimensão política da clínica” (SILVEIRA, 2006, p. 49).

A amizade como fenômeno público, afirma Araújo (2007) a partir de Ortega (2002), precisaria do mundo e da visibilidade dos assuntos humanos para florescer, exigindo o deslocamento da ideologia familialista, do apego exacerbado à interioridade, para a tirania da intimidade:

[essa tirania da intimidade] não permite o cultivo de uma distância necessária para a amizade, já que o espaço da amizade é o espaço entre indivíduos, do mundo compartilhado – espaço de liberdade e risco – das ruas, das praças, dos passeios, dos teatros, dos cafés e não o espaço de nossos condomínios fechados e nossos shoppings centers, meras

⁶⁸ Entre eles, destacam-se os trabalhos de Francisco Ortega, *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999; e *Para uma política da amizade: Arendt, Derrida, Foucault*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

próteses que prolongam a segurança do lar. (ORTEGA, 2002 apud ARAUJO, 2007, p. 170)

Assim, Silveira (2006) acredita que a “reabilitação do espaço público permitiria uma estilística da amizade como experimento social e cultural intensivo onde, nessa rede, se poderia inventar o político” (SILVEIRA, 2006, p. 114).

Além disso, este autor afirma que o

dispositivo-amizade transversalizando a relação terapêutica desafia terapeuta e paciente a se transformarem neste processo onde o que prevalece é a hospitalidade ao estrangeiro numa tentativa de construção da confiança necessária para enfrentar as repetições paralizantes da vida que afetam o trabalho do terapeuta, que aparecem nas queixas do paciente e que acabam por demarcar o exercício de uma clínica institucionalizada. (SILVEIRA, 2006, p. 11)

Essa amizade, que combina solidariedade, desejo, respeito, e que afirma criativamente a vida do acompanhado, busca constituir o aconchego de um território de convivência social principalmente para aquele que “por motivos diversos se encontra alijado da vida no coletivo” (SILVEIRA, 2006, p. 46). Essa amizade combina também embate e desassossego, e o autor, concordando com Baremlitt (1997), afirma que é essa amizade que tem se tornado rara nos dias de hoje, em que “imperam o individualismo e a sobre-codificação de tudo em relação ao equivalente dinheiro no capitalismo global e uma tirania da intimidade” (SILVEIRA, 2006, p. 107).

Para Araújo (2006), a amizade não é um princípio de tranquilidade (p. 169); ao contrário, é uma agonística de forças que lutam entre si. Diz também do acolhimento do incômodo, das tensões. Esta amizade busca sempre o bom distanciamento.

Nesta mesma linha, Palombini (2007) considera que a forma da amizade que serviria ao AT não se refere àquela “vívida na esfera da intimidade e das identificações, que iguala o amigo ao irmão, ao semelhante, espelho da alma do outro” (PALOMBINI, 2007, p. 175). Mas sim o contrário disso, sendo

como diferença, distância, assimetria – sem recusa à solidão imanente à incomensurabilidade entre o eu e o outro – que a amizade faz-se presente à dinâmica do acompanhamento, numa agonística que, pondo em questão certezas e crenças, incita à transformação e inventa formas não prescritas de existência. (PALOMBINI, 2007, p. 175)

De Derrida, Palombini (2007) destaca o exercício da amizade como “celebração da diferença [...] uma experiência marcada pela inconstância e imprevisibilidade, aberta, [...] para o novo e para a invenção” (PALOMBINI, 2007, p. 176). Trata-se, assim, de uma

relação assimétrica, sem lugares marcados a priori, “o que faz parte do jogo estratégico em que se movem, para o qual não cabem nem prescrições nem predições” (PALOMBINI, 2007, p. 176).

A autora afirma que o conceito platônico de *eros-philia*, “que propõe *eros* sublimado como motor da amizade, pode ser útil [...] para uma concepção do AT como exercício político da amizade, sem incorrer nas armadilhas do amor” (PALOMBINI, 2007, p. 178). A proximidade física colocada no AT, sua presença cotidiana na vida do acompanhado, os afetos suscitados nas experiências compartilhadas, “exigem a invenção de formas próprias de sublimação (ou ascese) do caráter sexual do erotismo, sem recusa ao prazer que da relação possa advir” (PALOMBINI, 2007, p. 178). Além disso, as formulações de Foucault “acerca da possibilidade de invenção de novos usos e formas de prazer não necessariamente sexuais que se reporta à sua noção de amizade implicada na criação de novos códigos relacionais” (PALOMBINI, 2007, p. 178) amplia o leque de possibilidades criativas de relação e formas de existência que se forjariam na experiência do AT.

É também neste ponto, na concepção da amizade como invenção de novas formas relacionais, que Araújo (2006) flagra “a função política em sua inseparabilidade da clínica” no AT (ARAÚJO, 2006, p. 163), ou seja, o ponto de contato ou de indiscernibilidade entre ética e política, ética da hospitalidade⁶⁹ e política da amizade como relacionados à clínica do AT (ARAÚJO, 2006, p. 164). Dentro da função política do AT na atualidade, o autor indica que o estatuto da loucura permanece o mesmo, apesar da Reforma Psiquiátrica e da invenção de novos dispositivos de tratamento abertos. Baseado em autores como Deleuze, Hardt e Negri, aponta a sutileza do poder por um controle invisível das virtualidades, a céu aberto; além disso, aponta a hipermedicação: a desospitalização do louco teve como efeito reverso o aumento do uso de psicofármacos.

⁶⁹ Em Silveira (2006), o estrangeiro, segundo Derrida, “é, antes de tudo, estranho à língua do direito na qual está formulado o dever de hospitalidade, o direito ao asilo, seus limites, suas normas, sua polícia etc. Ele deve pedir a hospitalidade numa língua que não é a sua, aquela imposta pelo dono da casa, o hospedeiro, o rei, o senhor, o poder, a nação, o Estado, o pai, etc” (SILVEIRA, 2006, p. 11). Silveira marca a diferença, em Derrida, da hospitalidade ao estrangeiro em Atenas e ao bárbaro. A primeira, a hospitalidade é garantida ao estrangeiro e estendida à sua família e descendentes, porém “sem aquisição de nacionalidade ou cidadania a quem não a tinha” (SILVEIRA, 2006, p. 12); uma vez estrangeiro, para sempre estrangeiro. Diferentemente, a hospitalidade ao bárbaro, ao anônimo, ao sem nome próprio, demandaria uma hospitalidade absoluta, incondicional que pressupõe uma ruptura com a hospitalidade condicional, a hospitalidade como direito, com o pacto de hospitalidade. Essa hospitalidade absoluta exige que “eu abra minha casa e [...] ofereça [...] [a esse] outro absoluto, desconhecido, anônimo, que eu lhe ceda lugar, que eu o deixe vir, que o deixe chegar, e ter um lugar que ofereço a ele, sem exigir reciprocidade (a entrada num pacto), nem mesmo um nome” (SILVEIRA, 2006, p. 12).

A função do AT como política de amizade insere-se aí, no atravessamento desses muros não mais concretos, levando a loucura ao “contato direto com a sociedade, sempre visando um regime de variação constante em seu estatuto social assim como da forma que a sociedade entende e lida com a loucura” (ARAÚJO, 2006, p. 167).

Sendo a política o princípio de gestão da cidade em que se determinam as relações entre os que nela convivem, o desafio estaria em pensar uma cidade em que as relações comportem o princípio diferencial presente na amizade, tal como propõe Derrida, pois não poderia haver amizade, hospitalidade ou justiça “senão aí onde, mesmo que seja incalculável, se tem em conta a alteridade do outro, como alteridade – uma vez mais – infinita, absoluta, irreduzível” (ARAÚJO, 2006, p. 169). Nesse sentido, “ser amigo é dar à loucura um estatuto público que lhe é de direito, é ir à busca de um espaço que não é mais o da intimidade e sim o da organização social” (ARAÚJO, 2006, p. 169). Assim, para Araújo (2006) uma política da amizade na clínica do AT estaria relacionada à “criação de uma sociedade hospitaleira ao elemento diferencial” (ARAÚJO, 2006, p. 175).

Marinho (2009) aponta para a função política e social das práticas em saúde, o AT entre elas, na produção de sociabilidade e na utilização dos espaços coletivos. A autora destaca a dimensão teórica e relacional da amizade enquanto terapêutica, referindo-se à “produção de um modo de vida que busca fugir de uma subjetividade capitalística característica dos tempos pós-modernos” (MARINHO, 2009, p. 62). A relação at e acompanhado revela “o caráter paradoxal da amizade já que por muitas vezes só se consegue estar próximo, acompanhar, produzir mudanças qualitativas de vida, se a relação estabelecida for de amizade” (MARINHO, 2009, p. 62). A autora aponta ainda para a similaridade da posição do at e do amigo para a produção de transformações qualitativas na vida: é preciso que se esteja num “plano do igual [...], como na paixão, o que reafirma o narcisismo [...], um parceiro especular” (MARINHO, 2009, p. 62).

Lancetti (2006) alerta para que não banalizemos a experiência da amizade na relação terapêutica:

No entremeado de percursos de que é composto o deambular do at há acidentes, clausuras e limiares paradoxais e extremamente excêntricos que requerem do operador uma paixão pelo senso incomum; daí a experiência da amizade ser comparável a uma viagem trágica, a uma viagem sem retorno. (LANCETTI, 2006, p. 25)

Silveira (2006) retoma a discussão proposta por Baremlitt (1997) em que este afirma que somente a invenção de uma singular amizade no processo de análise, em que o trabalho é desempenhado solidariamente por analista e paciente, que só assim o processo analítico devém produtivo.

Alguns psicanalistas puristas veriam esta amizade como mais uma expressão da resistência em análise pois, para eles, um dos aspectos que marcam o término do tratamento é o fato de que a figura do analista na memória do analisado fica como um resto empalidecido formando apenas uma vaga lembrança do tratamento que, para ter sucesso, deve ser esquecida. (BAREMLITT, 1997, p. 180-181)

Para Silveira (2006), se o que cura é a amizade, então “não há esquecimento dos amigos, há lembranças deles e dos acontecimentos que viveram e que produziram outros rumos em suas vidas, da criação que foi possível neste *entre* que transformou aos dois irreversivelmente” (SILVEIRA, 2006, p. 48).

Dozza (2014), por sua vez, atenta para o fato de que psicóticos graves frequentemente não têm amigos, os quais são difíceis de suportar, ele afirma. O autor distingue a *amizade* da *amizade profissional*, e destaca que, nesta última posição, acabamos por ter mais tolerância com os pacientes em situações que dificilmente toleraríamos em nossos amigos, aos quais acabaríamos indicando um profissional. Aqui residiria o paradoxo com relação à amizade no AT: “permitir e potencializar aquilo que é da ordem da amizade, mas sem assumir o papel de amigo” (DOZZA, 2014, p. 91).

Novamente, o eixo organizador deste paradoxo é o “enquadre e tudo o que este implica de teoria e técnica, formação e pertencimento a uma equipe de tratamento” (DOZZA, 2014, p. 91). O estabelecimento do enquadre em si já produziria uma relação estruturalmente diferente da amizade, organizando uma relação artificial, não convencional e assimétrica, e implicando na necessidade do reconhecimento da polaridade dos papéis. O AT se passaria, então, nesta tensão, no “atravessamento entre simetria e assimetria” (DOZZA, 2014, p. 91).

Assim, na amizade profissional, o at conta com uma margem de espontaneidade e aproximação afetiva, e faz uso da linguagem informal, de piadas, de conversas e do compartilhamento de atividades cotidianas, como ir ao cinema e comentar o filme, ir ao mercado, etc. E, ao longo do tempo, com a construção de rotinas cotidianas, a relação passa a se marcar por sentimentos amistosos mútuos, isto é, sentimentos ternos e hostis, tal como ocorre nas amizades. Porém, o “vínculo será sempre estruturalmente

assimétrico, ainda que esta assimetria estrutural seja constantemente atravessada pela simetria no plano dinâmico” (DOZZA, 2014, p. 92).

O *profissional* ficaria “representado pela duração do encontro” (DOZZA, 2014, p. 137): joga-se como dois amigos, mas apenas durante o tempo em que dura o encontro. Esse enquadre sustenta toda a dinâmica do paradoxo transferência-contratransferência. Assim como o objeto transicional, a amizade profissional (ou o amigo transicional) “estaria destinada a perder significação e diluir-se” (DOZZA, 2014, p. 92), sendo este o sentido da transferência (na análise e no AT): sua dissolução. É neste ponto que, de acordo com o autor, residiria a diferença estrutural que rege a amizade ou o papel do amigo propriamente dito.

Mais uma vez, Dozza (2014) explicita a função intermediadora do enquadre, organizando o paradoxo simetria-assimetria na fundamentação da amizade no AT. Com os deleuzeanos, foucaultianos, derridarianos, vemos a potência política da amizade e a radicalidade da ação do at no acolhimento incondicional ao outro estrangeiro, ao outro absoluto, buscando lugares de conexão e convivência com essa alteridade absoluta e irreduzível, nos espaços públicos da cidade.

Seguiremos refletindo sobre a função da cidade no AT.

2.2.4. Cidade

Temos visto um at ao lado de seu acompanhado, um at presente, implicado, disponível e curioso sobre o mundo de seu acompanhado. Com seu corpo, o at se arrisca na cena do acompanhado, ou ambos inventam cenas juntos, o at sendo movido por uma paixão pela diferença, por conhecer e buscar sentidos e saídas para a paralisia/inércia mortífera dos acompanhados. Ao acompanhar a loucura pela cidade, o at se deixa atravessar por um caleidoscópio de imagens, sons, velocidades, realidades, diferentes dimensões com o véu das produções do acompanhado. A produção do curta-metragem “Dizem que sou louco” desvelou uma quantidade de cidades invisíveis. Mil cidades numa mesma cidade. A do fluxo das drogas da classe rica e a do “fluxo” nos bairros pobres e periféricos. Aquela cidade campo de concentração em plena Avenida Paulista. Cidade das princesas e aristocratas.

Caiaffa (1991) se refere ao AT como tratamento no qual a intervenção se dá na rua. Isto é,

fora de um local definido enquanto um imóvel, um prédio (clínica, hospital, consultório, escola, etc) e dentro de locais de circulação pública (mesmo que o público ainda esteja apenas no desejo e tratamento e mesmo que esse espaço público ainda se restrinja a uma residência). (CAIAFFA, 1991, p. 93)

A singularidade do AT estaria no privilégio sobre o social, entendido como constitutivo do AT. O at está “*in locus acompanhadus* [e a] partir desse *locus* e sob seu colorido” (CAIAFFA, 1991, p. 94) vê e vive as relações sociais e busca se aproximar do percurso psicótico para acompanhá-lo em sua singularidade. Deslocando-se por diferentes posições, para esta autora, a disponibilidade do at se articularia a um tipo de paixão que diria respeito à vertigem do tênue limiar entre a vida e a morte, ao mergulho no aprisionamento da loucura e à disponibilidade de abrir brechas, significações, de caber e fazer caber mais pessoas, lugares e situações implicados na construção cotidiana do AT.

O parágrafo acima remete ao teor das discussões da equipe da Casa naqueles anos: a paixão, o mergulho numa outra ordem, a da loucura, a circulação na cidade e o deslocamento de lugares do at. “Intervimos, não necessariamente sugerindo lugares novos, mas nos oferecendo na rua, que já é rica em possibilidades” (AGUIAR; SERENO; DOZZA, 1991, p. 71). O acompanhado usa a rua e a dupla faz uso do urbano.

Em entrevista ao jornal “O Nome da Rua”, publicado pela Estação (1994), quase um ano depois de iniciada a pesquisa para o curta-metragem, Chnaiderman conta que buscou a equipe de AT para acompanhá-la, pois gostava do modo como a Estação pensava a relação da loucura com a cidade, a apreensão de intensidades de vivências loucas na cidade. Isso aparecia, nos relatos desta equipe, na vivência do ritmo, na vivência do corpo, na relação com a rua e com a cidade: o quanto, no contato com a loucura fora do *setting*, é preciso enlouquecer também para poder acompanhar.

No texto *Estranhas urbanidades*, Chnaiderman e Hallack (1995) concluem: “Dizem que sou louco é paradigma de São Paulo. E de Paris Baudelaire/Walter Benjamin” (p. 41). Inspirados pela figura do *flaneur*, a equipe saiu às ruas buscando saber quem seriam os personagens que a cidade nomeia como louco de rua, andarilhos sem rumo certo, num tempo fora do horário comercial, instaurando seu próprio tempo no calendário. Na busca do encontro com os personagens “tornamo-nos estrangeiros em nossa própria terra” (CHNAIDERMAN; HALLACK, 1995, p. 37). Perder-se na cidade é uma arte, já disse Benjamin.

Frayze-Pereira (1991), ao tratar de intervenções artísticas poético-críticas na cidade, define o relevo psicogeográfico restaurador do nexos entre os fragmentos, “isto é, as ressonâncias dos diferentes lugares, bairros, ruas e praças sobre a afetividade daquele que os percorre” (FRAYZE-PEREIRA, 1991, p. 32). O processo de recepção artística está na própria ação daqueles que andam pela cidade, sendo o dispositivo para esta psicogeografia a “errância, o locomover-se à deriva pela cidade” (FRAYZE-PEREIRA, 1991, p. 32). O ato de locomover-se à deriva pela cidade, como o *flaneur*, foi suplantado pelo *chofeur*, o homem do carro, na instauração de uma nova urbanidade simbolizada pelas grandes rodovias, túneis e viadutos. É assim que o ato de andar “pode ser considerado uma ação de resistência à lógica imposta pela modernidade contemporânea, um ato comparável ao ato da fala. Ou seja, é um *ato de fala pedestre*, segundo Certeau⁷⁰” (FRAYZE-PEREIRA, 1991, p. 32-33).

Com relação à produção de documentários, Chnaiderman (2005) afirma a positividade da errância pela cidade contemporânea na descoberta do que nunca é visto, por permitir instaurar um olhar, experienciar o indeterminado, ser fisgado pelo evento, tornar-se estrangeiro na própria cidade, perder o chão do conhecimento: “Nomadismo necessário onde, de um jeito a ser inventado, somos obrigados a pensar a clínica a partir do contato com o asfalto, com a poeira, com os acordes dissonantes da contemporaneidade” (CHNAIDERMAN, 2005, p. 41).

Para a autora, a errância seria talvez a única forma de definir a relação entre psicanálise e cultura, com o risco de, se não for assim, “transformar nosso conhecimento em armadura empobrecedora e reducionista, o mundo da cultura passando apenas a ilustrar o que já sabemos” (CHNAIDERMAN, 2005, p. 42).

A questão deixou de ser o partir ou o chegar, para saber o que acontecia no entre. “Pairar no entre, [acompanhando] pessoas no flagrante delito de fabular, perambular erraticamente. [...] O olhar muda e o mapa que se constrói é o da circulação, dos passeios. Os que perambulam são nossos guias” (CHNAIDERMAN; HALLACK, 1995, p. 40).

⁷⁰ Certeau (2009): “O ato de caminhar está para o sistema urbano como a enunciação (o *speech act*) está para a língua ou para os enunciados proferidos” (p. 164). O ato de caminhar tem uma tríplice função enunciativa: “é um processo de *apropriação* do sistema topográfico pelo pedestre (assim como o locutor se apropria da língua); é uma *realização* espacial do lugar (assim como o ato da palavra é uma apropriação sonora da língua); enfim, implica *relações* entre posições diferenciadas, ou seja, contratos pragmáticos sob forma de movimentos” (CERTEAU, 2009, p. 164). A caminhada marca a posição do sujeito, que se diz através dela: “A caminhada afirma, lança suspeita, arrisca, transgride, respeita, etc, as trajetórias que *falam*” (CERTEAU, 2009, p. 166). Todos os tipos de relação que o sujeito mantém com o percurso (ou enunciados) entram aí em jogo, “mudando a cada passo, e repartidas em proporções, em sucessões, e com intensidades que variam conforme os momentos, os percursos, os caminhantes” (CERTEAU, 2009, p. 166).

Acompanhamos então nossos guias em sua errância, atravessando a cidade – “passando entre os carros e os trânsitos das pessoas – geralmente só, trazendo consigo sua casa moradia numa sacola, num carrinho de feira, no corpo mesmo” (SERENO, 1995, p. 24), e, apesar de se misturarem aos pedintes, miseráveis e/ou bebuns pela cor asfalto de seus trajés, não compartilham das vivências e éticas grupais.

Nathaniel Anthony Ayres, personagem do filme “O Solista” (2009)⁷¹, atualiza a figura dessas pessoas que usam a cidade como casa e a errância como modo de vida, como modo de estabilização das crises e de pacificação das vozes. A permanência de tais figuras através dos tempos⁷² pode revelar algo sobre sua função nos mecanismos de regulação sociais, como se fossem “a marca, na história das civilizações, da busca da singularidade, de uma não sujeição [...], a busca permanente da cidade subjetiva” (CHNAIDERMAN; HALLACK, 1995, p. 41).

Por entre roupagens pomposamente construídas, rituais dançantes, escrituras as mais diversas, pactos clandestinos nunca dantes imaginados, descobriríamos formas invisíveis de habitar espaços de chuva e vento, em uma positividade produtiva sempre afirmada. (CHNAIDERMAN; HALLACK, 1995, p. 41).

Foi com surpresa que nos deparamos, em plena São Paulo do início dos anos 1990, com nichos afetivos, bairros acolhedores, pessoas solidárias e cuidadoras destes cidadãos errantes. Nichos afetivos que passavam a fazer parte de uma “invisível rede de sustentação – pontos de referência para alimentação, banho, bebida, ócio, sono e alucinação – nesse singular e provável eterno trajeto” (SERENO, 1995, p. 24).

Assim, quando Tininha entrava em surto, algum vizinho a levava para o hospital universitário, e depois que ela saía do hospital, ela voltava para a rua e a vida continuava. Praticamente todos os nossos entrevistados tinham histórias para contar sobre as internações nos hospitais psiquiátricos, os choques-elétricos, a polícia e a prisão. Porém, apesar de nos apresentarmos como psicanalistas e pesquisadores para um filme sobre pessoas que são chamadas de loucas pelas outras pessoas – o que abria o campo para que nos contassem sobre o que quisessem, e todos queriam contar muitas histórias, às quais nos dedicávamos com toda disponibilidade e interesse de escutar –, nenhuma dessas pessoas, porém, jamais demandou qualquer tipo de tratamento.

⁷¹ Direção de Joe Wright.

⁷² “Judeus, ciganos, loucos, portadores de outros mundos estrangeiros. A estrangeiridade daquele que é visto como louco de rua fascina e aterroriza. São portadores de histórias diferentes, de diferentes origens, e trazem, nesse olhar que é borda, a história de todos nós” (CHNAIDERMAN; HALLACK, 1995, p. 43).

E, de fato, parecia que este pleno circular pela cidade e a possibilidade de construção de organizações singulares de vida que parecia tratá-los, ou, como afirmamos na época, “a cidade trata” (SERENO, 1995, p. 26). Afinal, é assim que pretendemos tratar nossos acompanhados no AT: *prevalecendo da loucura para construir o alicerce de seu futuro, moça!* – como diria a *cartomante*, uma de nossas entrevistadas que foi bastante bem sucedida na construção de sua rede⁷³.

Podemos dizer que o AT é indicado justamente nesses casos em que o sujeito se encontra impedido de sua circulação, enclausurado num território cristalizado, paralisado de movimentos em direção à vida. Nesse sentido, o AT entraria com a função de ampliar os espaços de circulação, as possibilidades de conexão, de construção de rede, de laço social, a partir da organização psíquica do acompanhado, ou seja, prevalecendo de sua loucura! Voltamos agora para o campo da política.

No texto *Amizade e política: considerações sobre a philía e a fraternidade*, Primo e Rosa (2015) discutem, a partir de Arendt (1998), a significação da política na modernidade. Vou me deter apenas em dois pontos do texto: o primeiro é o sentido atual da palavra política como gestão administrativa do Estado, na qual o Estado busca gerir os interesses sociais por meio de especialistas (políticas públicas, políticas econômicas, política externa, politicagem etc), praticamente sem nenhuma participação direta da população civil (o acesso ao governo se dá por meio de representantes e partidos, revelando um não funcionar das democracias participativas). Isto caracterizaria uma forma de experiência política que nega a própria política. Assim, entramos no segundo ponto, a posição de Arendt, pois, para ela, a política se dá como ação no espaço entre das relações, e se relaciona diretamente com a possibilidade dos homens de produzirem e se afirmarem no mundo comum a partir da ação e da pluralidade. Isto só se dá no espaço público (como na *Ágora*, a praça pública), no espaço da política, que se compõe como um *locus* de afirmação das diferenças (PRIMO; ROSA, 2015).

Já não resta dúvida de que o sentido político do AT vai na direção do resgate da dimensão da polis, tomando as relações da cidade não como relações de produção, mas as tomando no plano da produção de relações, e levando em conta os desejos que compõem a tessitura urbana, como indica o historiador Pechman (2009). Para este autor, todos os afetos estão na cidade: ódios, paixões, vergonhas, compaixões, ressentimentos,

⁷³ Sentada na esquina como Buda com um carrinho ao lado com seus apetrechos, ela fez o garçom do restaurante, que diariamente lhe entregava uma *quentinha* de comida, voltar com o guaraná que havia esquecido...

desejos, e “quanto mais a cidade puder absorver esses afetos, mais densamente humana ela vai se tornando” (PECHMAN, 2009, s/p). O autor se remete à porosidade, que é o modo como Benjamin denomina o movimento da cidade de se deixar contaminar pelos afetos, e de estes se deixarem invadir pelo espírito da urbe: “[...] circulando pela cidade, esses sentimentos se alastram pelas ruas, inundando-as e dando forma aos acontecimentos, na mesma medida em que também afetam os indivíduos” (PECHMAN, 2009, s/p). Os encontros, traduzidos em convivialidades ou em eróticas, são produzidos com a cidade de poros abertos. Os poros fechados, por sua vez, produzem violência e silêncio, pois

se o sujeito não pode exprimir seu direito à vida urbana, [...] não pode colocar em cena seu desejo e é obrigado a cancelar suas paixões, [...] vai extrair seu direito à cidade sem o efeito narcotizante de qualquer anestesia. E isso, com certeza, vai doer muito na cidade. (PECHMAN, 2009, s/p)

Palombini (2009) se refere à construção de uma utopia de cidade: que não recuse a diferença, com novos arranjos de poder, e com novas relações de forças entre a loucura e a cidade.

Quando pensamos sobre que clínica se faz pertinente ao AT nas cidades de nosso tempo [...]: é uma clínica que não se dissocia da política, que sonha uma outra cidade e, porque sonha, não abandona suas ruas, não perde a esperança de tornar diferente o laço entre seus habitantes. (PALOMBINI, 2009, p. 310)

Vamos seguir acompanhando as produções dos ats, desta vez com relação ao tema da cidade.

Para Rolnik (1997), como clínica nômade, a experimentação no AT está relacionada a capturar, no contexto problemático em que se dão suas errâncias, elementos com potencial de operar como componentes de redes com sentidos, identificando “focos suscetíveis de fazer a existência do louco bifurcar em novas direções de modo que territórios de vida possam vir a ganhar consistência” (p. 91).

Ghertman (1997) considera o AT como a “extensão de manobras transferenciais para além dos limites do consultório” (p. 235). Manobras transferenciais no sentido ampliado, possibilitando ao sujeito que se abra “para outras significações que a própria rua, a cidade, os encontros lhe oferecem” (GHERTMAN, 1997, p. 236).

A produção sobre AT, assim como a produção acadêmica sobre a clínica territorial e em rede nos serviços substitutivos, se intensifica com a regulamentação da Lei 10.216

da RPB, que, como já vimos, estabelece uma política de desospitalização aos pacientes com longo tempo de institucionalização, prevendo os serviços residenciais terapêuticos para aqueles com maior dependência institucional e, para o cuidado em liberdade, todos os dispositivos de atenção de base territorial que constituirão a rede de atenção psicossocial.

Acredito que convém, neste momento, uma breve definição do território.

Um país, um estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Apesar da importância da geografia em sua caracterização, o território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. Para construir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos, e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p. 11).

O geógrafo Milton Santos (1999), em seu trabalho sobre o território e o saber local na era da globalização, propõe que o território a ser considerado como categoria de análise seja o território usado, que está ligado à noção de um território em mudança, de um território em processo. O território usado tem a ver com a existência, “é o quadro da vida de todos nós em suas dimensões global, nacional, intermediárias e local. Por conseguinte, é o território que constitui o traço de união entre o passado e o futuro imediatos” (SANTOS, 1999, p. 19).

Além disso, Santos (1999) acrescenta o cotidiano como outra dimensão do espaço e a noção de *acontecer solidário* como uma escala, como limite de uma área que “levaria à realização concreta, à produção histórica e geográfica de eventos solidários” (SANTOS, 1999, p. 17).

Em linhas gerais,

o território usado, de relações, conteúdos e processos – que permitiria que a política fosse elaborada de baixo para cima – é um campo de forças, lugar da dialética entre Estado e Mercado, entre uso econômico e usos sociais dos recursos, lugar do conflito entre localidades,

velocidades e classes⁷⁴. Para tanto, o saber da região tem de ser devidamente considerado produtor dos discursos do cotidiano e da política. (SANTOS, 1999, p. 7-8)

A ideia do território usado e do saber local são extremamente úteis para a construção de projetos de saúde, fundamentais para a Atenção Básica e para as ações da Estratégia Saúde da Família, e concernem diretamente ao AT pela sua função de articulação e de construção de projetos de vida na e com a cidade. Tomar o bairro, a comunidade, o condomínio, os serviços de saúde, as escolas, e também o estado gestor como parceiros, isso demanda muito trabalho! Em tempos neoliberais, de competitividade máxima, de estado mínimo, em que a saúde é mercadoria, o cidadão um consumidor, em que o estado policial garante a ordem⁷⁵, em que a indústria farmacêutica silencia os afetos, sobra pouco espaço para a solidariedade, para o acolhimento da diferença... Fazer essa clínica territorial é um desafio! Desafio que só se sustenta pela construção de redes quentes construídas por profissionais, estudantes, famílias, ao longo desses anos.

⁷⁴ O autor afirma a crise da nação no Brasil, em 1999, “pela sua nervosidade, pela sua instabilidade, pela sua ingovernabilidade, como território usado” (SANTOS, 1999, p. 20). Ele trata disso como uma das mudanças rápidas de normas reconhecidas como luta global pela mais-valia maior, essa competitividade que se funda na posição ocupada na economia global e que “exige uma adaptabilidade permanente das normas das grandes empresas, o que aumenta a instabilidade do território de cima para baixo” (SANTOS, 1999, p. 21). Isto produziria “ordem para as empresas e desordem para todos os outros agentes, e para o próprio território, que se torna incapaz de se organizar porque ideologicamente se decidiu que essas grandes empresas são indispensáveis” (SANTOS, 1999, p. 21). O autor mostra ainda como, desse modo, o poder maior sobre o território deixa de ser do Estado e passa a ser das grandes empresas. “A gestão do território, a regulação do território são cada vez menos possíveis pelas instâncias ditas políticas e passam a ser exercidas pelas instâncias econômicas” (SANTOS, 1999, p. 21). O processo de vida, a produção de existência de cada um, a tensão da bolsa, do mercado, da necessidade de obedecer às regras de produção, de colheita, de empacotamento não dão lugar a preocupações altruísticas, excluindo “a ideia que se possa ter da prática da solidariedade” (SANTOS, 1999, p. 24).

⁷⁵ Com relação à estética bélica da segurança pública, vale citar essa cena obscena, roubando o termo de Pechman (2009), desta vez descrita por Baptista (2003): “Correndo pelas calçadas com garbo e disciplina, jovens militares entoam os seguintes versos: *Bandido favelado não se varre com vassoura / Se varre com granada, com fuzil, metralhadora/ O interrogatório é muito fácil de fazer/ Pega o favelado e dá porrada até doer / E o interrogatório é muito fácil de acabar/ Pega o bandido e dá porrada até matar.* Vozes másculas, ritmadas, exibem para o Rio de Janeiro a força militar solicitada pela população que exige segurança e paz. Jovens guerreiros apresentam-nos todas as manhãs o espetáculo musical, indicando-nos as origens das mazelas urbanas e o modo de combatê-las. Nesta música, vozes civis de donas de casa, aposentados, profissionais liberais, parlamentares participam de vários cantos estranhos à caserna, compondo o coro uníssono capaz, segundo eles, de enfrentar as sombras da cidade. Para esse coro polifônico, os males que ameaçam o Rio de Janeiro congelado em cartão-postal devem ser extirpados pela raiz. A cidade invisível dos caminhos inusitados, das bifurcações, encruzilhadas, que descongela o pensamento sugerindo-o a escapar de verdades criadas pelo medo e pela força, é ofuscada pela estética bélica da segurança pública” (BAPTISTA, 2003, p. 4-5). Esses soldados jovens guerreiros do BOPE só desejam a cidade limpa e, fora o ritmo da periferia, desprezam “a sujeira da poesia criada nas favelas, onde os poetas fazem da sucata, do lixo, uma arma de combate” (BAPTISTA, 2003, p. 4-5). E podemos considerar essa transformação do lixo em arma, de combate pela poesia, como um movimento de insurgência, aliás, são justamente esses movimentos que devem ser calados pelo estado policial.

Vamos ver a cidade a partir das perspectivas das redes, e depois o AT operando como máquina de guerra (PALOMBINI, 2005, 2007). De novo, esta divisão só serve para organizar este item: a construção de redes está incluída na máquina de guerra!

Com o discurso da reforma psiquiátrica em torno da ideologia da inserção social, da revisão das figuras da loucura e da renovação do campo de assistência, o AT “renova os ares de uma prática acorrentada à rotina alienante e dessubjetivadora dos corredores hospitalares” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 64). Seguindo os princípios políticos e clínicos do campo da saúde mental, o AT tem se inserido em contextos de redes assistenciais, a partir da demanda das equipes de trabalhos dos serviços abertos, seja por meio de estágio supervisionado, seja realizado por profissionais de nível superior da área da saúde, dos quais se espera “um compromisso ético desse profissional com sua formação continuada” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 65).

As autoras atentam para o risco de se cair em nova cronicidade com novas formas de exclusão e segregação realizadas pela própria rede de SM, “com idealizações acerca das possibilidades de emancipação e autonomia do louco” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 70). Dessa maneira, deve-se pensar o caso clínico a partir do sujeito, tomando-o como verdadeiro operador, e buscar no sujeito “suas possibilidades de estabilização e enlaçamento com o campo social e simbólico” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 71), como direção de tratamento de um PTS na rede de serviço aberta à cidade.

Além disso, a demanda institucional inicial marcada pela escuta do sujeito e sua trajetória institucional, que apontaria para o PTS, pode ser ressignificada pelo desenrolar do AT e pela relação de rede com as equipes. Desse modo, radicalizando a escuta do sujeito e suas pistas, a trajetória do AT nem sempre caminha “no sentido da boa ordenação do espaço público” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 76). Os caminhos percorridos no AT sempre acontecem em diálogo com a família, com o bairro, com a cidade (vizinhos, transeuntes, dentistas, etc.). Muitas vezes, a concretude simbólica da arquitetura da cidade desvela o “descompasso do acompanhado na relação com a vida e pulsações da cidade” (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 77).

Por fim, Guerra e Milagres (2005) acreditam que a maturidade clínica do AT permite caracterizá-lo como

[uma] clínica que suporta a insegurança da rua e a dispersão psicótica [...] busca[ndo] um caminho possível para o louco e para a loucura na cidade, apesar de suas violentas relações de desigualdade e exclusão. Clínica do detalhe, do acontecimento, do ato [...] o manejo é sempre referido, à *priori*, à construção de uma nova possibilidade de

deslocamento, à construção do inédito na aposta do imprevisível como alternativa à institucionalização do louco e da loucura pelas amarras ideológicas e estruturais com as quais cada sujeito psicótico à sua maneira tenta se haver para estar na vida da melhor maneira que lhe for possível. (GUERRA; MILAGRES, 2005, p. 80)

As autoras lembram ainda que a função do at é não atrapalhar o sujeito em seu percurso.

Em sua pesquisa de mestrado, a terapeuta ocupacional Regina Fiorati (2006) também afirma a tendência ao crescimento da prática do AT na rede pública de saúde e de saúde mental. Seguindo as premissas da Reabilitação Psicossocial, a autora descreve o AT como uma prática desenvolvida “fora dos espaços institucionais de tratamento, no ambiente social do paciente, em espaços públicos, [...] [que], ao explorar seu cotidiano, propicia a conexão do acompanhado com o circuito social, sua articulação com o mundo e a cultura” (FIORATI, 2006, p. 9).

O AT promove saúde no mais aberto dos espaços: a cidade, pela qual transita e da qual se apropria, como “lugar de habitação e convivência coletiva, como campo das negociações e de exercício do poder de contratualidade social e cidadania” (FIORATI, 2006, p. 38). A prática do AT possibilita criar junto ao acompanhado “formas mais eficazes de relacionamento com o sofrimento e com as pessoas com as quais convive, auxiliando-o a produzir ou reatar relações afetivas importantes” (FIORATI, 2006, p. 17). O AT tem se mostrado “eficaz na construção de possibilidades de inclusão social, como uma via de inserção na comunidade e em organizações que a constituem, ajudando-o a se filiar em redes sociais” (FIORATI, 2006, p. 17).

No contexto de sua pesquisa – Proposta de implementação do AT para pacientes psicóticos em crise aguda internados no Setor de Agudos Masculino (SAM) do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP) –, um hospital psiquiátrico da rede pública estadual, o AT foi pensado como estratégia nos momentos da *alta-licença*, para evitar o ciclo de reinternações depois da alta, buscando constituir “uma ação importante para ajudar os pacientes a se relacionarem melhor em seu ambiente sócio-familiar e a criar redes sociais mais efetivas, bem como [...] a se vincular melhor em serviços de caráter ambulatorial na comunidade” (FIORATI, 2006, p. 9-10).

A autora destaca que, ao caminhar pelas ruas e pelos espaços públicos, entra-se em contato com personagens urbanos diversos, os habitantes das cidades que sempre “são” alguma coisa: são pedreiros, médicos, dentistas, enfermeiros, eletricitistas, fotógrafos, bancários, cabeleireiros, etc. Afirma que esse percurso favorece nos sujeitos

acompanhados desejos de realizarem alguma atividade profissional e de se tornarem indivíduos com alguma identidade, no lugar daquele que se identificava como sendo nada, possibilitando assim uma saída “de uma situação de desvalor para uma de geração de valor e sentido, [ao] incluir-se em todas as dimensões oferecidas pela sociedade” (FIORATI, 2006, p. 110). Esse seria o sentido da reabilitação: a criação de dispositivos que propiciem experiências e mediações que busquem juntar valor a suas ações, para habilitar os sujeitos para o intercâmbio, para “o poder contratual de cada um” (FIORATI, 2006, p. 86).

Carvalho (2004) refere-se às vantagens da “incorporação da dimensão rede social na prática do AT” (p. 122), e elenca algumas modalidades de redes que devem se articular entre si: a rede institucional, constituída pelos serviços de saúde; a rede de atendimento formada pelos diferentes profissionais, psicólogos, TOs, acompanhantes terapêuticos, psiquiatra, etc; e a rede no acompanhamento, que é constituída por acompanhante, acompanhado, família, cidade, grupo de supervisão, grupo de AT.

No entanto, Fiorati (2006) destaca que a participação dos ats nas políticas públicas de saúde confrontou sua equipe com a grande dificuldade da rede institucional. Dentre as dificuldades detectadas no hospital psiquiátrico e também nos serviços de saúde mental extra-hospitalares, envolvidos em seu trabalho, ela cita:

[detectamos] manifestações de cunho manicomial, ou seja, relações marcadas por elementos de incrustações anacrônicas e institucionalizantes de um modo asilar de atenção em saúde mental, apoiados em uma estrutura de concentração de poder representado por um formato vertical, procedimentos técnicos ritualizados com objetivos disciplinares e normativos. Presenciamos condutas autoritárias e infantilizadoras retirando dos pacientes sua capacidade de se sentirem responsáveis em seu tratamento. [...] Detectamos, em alguns serviços, descaso e atitudes de desresponsabilização frente a aspectos importantes da vida dos usuários, sendo que esses aspectos os colocam como reféns do processo de reinternações constantes, concretizando um percurso de cronificação no território, de um circuito vicioso de ir e vir a que o paciente é submetido, entre os serviços ambulatoriais e o Hospital. Além disso, percebemos que esses serviços não conseguiram romper com uma forma anacrônica de organização, assentada em uma prática médico-medicamentosa, em detrimento de outras terapêuticas. (FIORATI, 2006, p. 137)

Essa experiência que a autora descreve constitui a realidade do que se passa em grande parte dos municípios brasileiros, em que o hospital psiquiátrico ainda é a referência de tratamento para determinada região do estado, e a rede de saúde mental é desenvolvida de maneira precária, com equipes de profissionais com pouca formação para

a tarefa, e sem espaços de formação permanente e de interlocução, o que acaba por repetir as estruturas hierarquizadas na organização dos serviços. Esta experiência indica ainda que as ações da RPB devem atingir a sociedade como um todo, uma transformação cultural muito maior.

Para Marinho (2009), o AT, como *dispositivo prático*, articula teoria e prática ao exercício político como estratégia de inclusão social em alinhamento aos processos da RPB. Acompanhar é operar redes: “mais além da inserção em uma rede pré-estabelecida ou determinada a priori, o objetivo da atuação do AT é ampliar ou criar alternativas construídas junto ao seu entorno social, aos membros de uma organização social ou um serviço de saúde” (MARINHO, 2009, p. 11).

A rede social se constitui em uma

estrutura composta de elementos em interação, um conjunto de atores [...] que se interconectam através de relações relativamente estáveis, não hierárquicas e independentes. Os atores compartilham interesses e são determinados simultaneamente pelas relações da rede e pelo processo social que se pretende representar. [...] a rede é formada pela materialidade dos processos, entretanto ela é política e social, construída pelas pessoas, mensagens e valores. (MARINHO, 2009, p. 77)

A rede social pessoal constitui um pequeno mundo através do qual uma pessoa participa de uma estrutura macrossocial, da sociedade. Por meio do conceito de vulnerabilidade relacional, os estudos sobre rede social e saúde mental permitem corroborar a ideia de que o meio familiar acaba por constituir a rede social pessoal da grande maioria dos usuários de SM. A função do AT, nesse sentido, passa a se referir à “possibilidade de mudança de vida do acompanhado, um deslocamento de lugar de objeto [...] para um lugar de sujeito, onde suas demandas são construídas e possibilitadas no cotidiano da relação da dupla” (MARINHO, 2009, p. 58).

Marinho (2009) retoma a origem do AT em instituições privadas, e mostra que a entrada do AT nos serviços públicos de saúde ainda é tímida e acontece de forma não instituída. A autora refere-se à retirada do financiamento do procedimento e do termo AT da legislação vigente (Portaria No 336, de 2002), termo, que, como já vimos, estava incluído na Portaria SNAS No 189 de 1991. Para a autora, isto representa uma contradição em relação às diretrizes do SUS e da própria Reforma Psiquiátrica, cujas práticas de atenção são orientadas para ações territoriais, intersetoriais, para a articulação de rede de serviços e para a articulação de recursos do território. A consequência disto é “a

inacessibilidade do dispositivo AT a todos que dele se beneficiariam” (MARINHO, 2009, p. 82). Assim, o acesso ao AT se dá por via de estágios, os quais, na visão da autora, por seu tempo limitado, “afetam negativamente o trabalho do acompanhamento com o usuário, condição reforçada pela impossibilidade financeira de custeio dos honorários de acompanhantes particulares, por parte dos usuários, entre outras” (MARINHO, 2009, p. 9).

Por outro lado, a autora destaca a função at no devir dos trabalhadores dos serviços, e traz a pergunta que não quer calar: o porquê dos “próprios serviços não assumirem para si a função potencializadora do AT, e a conseqüente legitimação da esfera pública e coletiva como palco de ações e conexões de rede, propiciadoras de produção de vida” (MARINHO, 2009, p. 82). Essa é a questão! Caso os trabalhadores dos serviços substitutivos assumissem para si a responsabilidade de operar o dispositivo AT, esses trabalhadores “poderiam representar uma ‘nova arma’ contra o controle exercido por serviços substitutivos que operam ao ar livre” (MARINHO, 2009, p. 10), numa referência à Deleuze em sua análise sobre a transformação das sociedades disciplinares em sociedades de controle na pós-modernidade.

Para Silveira (2006), no lugar de uma clínica psiquiatrizante, privatizante, homogeneizante da subjetividade contemporânea e despotencializadora de movimentos de vida, a clínica pode ser concebida como “campo singular de crises, aglomeração de diferenças e de encontros potentes entre amigos” (SILVEIRA, 2006, p. 96). A importância da dimensão política da clínica está na relação estabelecida entre o at, o paciente e sua família e nas suas incursões pela cidade, nos espaços públicos, e pode ser resumida na conquista da liberdade de circular pela cidade dignamente e na amizade vivida em comunidade, nos encontros com a coletividade. O AT leva em conta a cidadania daquela pessoa que sofre e que deve permanecer no seu convívio social, convocando o social a construir novas formas de relação entre as pessoas loucas e não loucas, novos estilos de vida que passam a se insinuar “nesta paisagem tão privatizante, onde o rompimento das barreiras do familialismo parece uma tarefa impossível” (SILVEIRA, 2006, p. 87).

Laura Benevides (2007) descreve o AT como um dispositivo, um engendramento de linhas que faz funcionar e que dispara movimentos e modos de subjetivação. A cidade inserida como linha de subjetivação do dispositivo é “experimentada em sua dimensão de rede, de circulação de fluxos, abrindo espaços e tempos para a vida acontecer”

(BENEVIDES, 2007, p. 151), o que evidencia a necessidade da criação de projetos clínico-políticos que possibilitem a produção de novas redes de sociabilidade.

O AT coloca em questão *aquela que sabe* sobre o caso clínico, pois as intervenções partem da rede e não só do at. Essa rede de cuidado produtora de saúde é tecida com os fluxos da cidade, fazendo do AT uma “clínica rizomática, com contornos mínimos, operada nos percursos e nos encontros que a cidade produz” (BENEVIDES, 2007, p. 152). O AT opera com o “funcionamento de redes quentes, produtoras de diferenciação, de novas formas de existência, implicadas na desconstrução das cronicidades, através de experiências sempre públicas e coletivas” (Benevides, 2007, p. 152). Redes, portanto, que se contrapõem às redes frias, produtoras da homogeneização operante no capitalismo.

Neste contexto das trocas sociais que estabelece com a cidade, a partir dos elementos próprios à vida cotidiana dos acompanhados, o AT desloca a clínica de seu território por excelência, o consultório, invadindo outros territórios⁷⁶. O AT desterritorializa a clínica, desestabilizando aquilo que nela comparece como instituído, tensionando seus limites e “evidenciando que ela se dá no limiar da própria experiência” (BENEVIDES, 2007, p. 152).

É por sua ação no território, acompanhando pessoas nos espaços em que a vida acontece, e traçando os percursos que seus acompanhados fazem nesses espaços, que o AT ajudaria a dar consistência àqueles espaços que se apresentam como um novo jeito de experimentar a vida, e que permitem ao acompanhado um (re)posicionamento de si “como sujeito protagonista e co-responsável de sua própria trajetória” (BENEVIDES, 2007, p. 153). A autora aposta no “AT como mobilizador de forças capazes de criar práticas, linguagens, condutas, formas de vida e desejos coletivos para a consolidação de uma clínica pública” (BENEVIDES, 2007, p. 153-154).

⁷⁶ De acordo com Benevides (2007), para Deleuze e Guattari, “o território nasce do caos e possui um movimento de constituição que vai do indiferenciado ao estabelecimento de um centro frágil” (p. 28), com um mínimo de organização e de estabilidade para se expandir. A autora recorre a Benevides de Barros para descrever as três linhas de composição do território: a) as linhas duras: rígidas, formas, estruturas; b) as linhas flexíveis: que se movem, deixam passar o fora; c) as linhas de fuga (ou nômades): que escapam do território, entram e saem, pressionam para a criação. Sem a predominância excessiva de nenhuma das três linhas, elas constituem o território por meio de agenciamentos, conexões, encontros de fluxos. Trata-se de acompanharmos os movimentos de cada agenciamento: “de cada conexão que se faz há uma multiplicidade de dimensões, linhas e direções, cabendo acompanhar os movimentos de montagem/desmontagem e remontagem de territórios: o território pode se engendrar em linhas nômades ou de fuga ou pode se sedentarizar” (BENEVIDES, 2007, p. 28). Em outras palavras, o território pode se “abrir para a criação, para [...] invenção de saídas ou pode cristalizar certas linhas, levando ao isolamento e [...] [à] dificuldade de conexões” (BENEVIDES, 2007, p.28), pode levar também à repetição do mesmo, repetição como paralisia, ao “tudo é sempre igual”.

Para Araújo (2006), o AT refere-se àquilo que é próprio da função clínica: a função passagem, relativa ao próprio ato de passear pela cidade, o qual faz passar algo, sendo nesse passar algo que está a clínica. “O AT, enquanto modo da clínica, é a função de, junto aos acompanhados, criar linhas constituintes que façam dos puros fragmentos novas paisagens, novos horizontes” (ARAÚJO, 2006, p. 21). Para o autor, a experiência de circulação de um lugar a outro “é uma experiência de desvio, de produção e de criação que engendra o próprio circuito através do ato de circular” (ARAÚJO, 2006, p. 46).

Assim, o AT opera em circuito aberto e na criação dessa própria abertura, e esta abertura é vivida como experiência de deriva. A deriva, ou desvio, “é sempre um encontro; um esbarrão, um tropeço, o surgimento de nova paisagem [...] são acontecimentos” (ARAÚJO, 2006, p. 46). A abertura intensiva, portanto, relaciona-se com a clínica-acontecimento. A abertura intensiva se abre para outra espacialidade, para a dimensão u-tópica do espaço (sem forma, não-lugar), e também para outra temporalidade: “ela é um instante, um momento, [...] que não se confunde mais com a história, distinguindo-se dela pela forma do intempestivo” (ARAÚJO, 2006, p. 55-56). Que a loucura deva ser acompanhada no espaço aberto da cidade é uma afirmação que a experiência do AT toma ao pé da letra, implicando no que Passos (2006) chamou um saber-fazer a clínica nas ruas, no espaço público, nas intervenções sobre a cidade, para “devolver a subjetividade louca ao plano de subjetivação: a cidade, o território, as redes sociais” (PASSOS, 2006 apud PALOMBINI, 2007, p. 206-207).

A definição deleuziana de acontecimento, de acordo com Araújo (2006), está relacionada ao sentido: “o acontecimento é o próprio sentido” (p. 48), e se exprime na passagem de um estado de coisas a um outro estado de coisas, sem se reduzir a algum desses dois estados. “O acontecimento se dá em detrimento de quem o recebe, como algo que vem de fora e o arrasta” (ARAÚJO, 2006, p. 49). Araújo (2006) e Palombini (2007) referem-se ao acontecimento de acordo com Derrida, como aquilo que, fugindo da previsibilidade dos possíveis, salta do impossível – surpreendente, incalculável, incondicionado. Palombini (2007) destaca ainda o acontecimento, a partir de Lacan, “como diferença que emerge da repetição” (PALOMBINI, 2007, p. 207).

Palombini (2007) apresenta o AT como uma “clínica feita dos acontecimentos que emergem das andanças pelos espaços e tempos da cidade, numa sucessão de acasos-acontecimentos” (PALOMBINI, 2007, p. 207). A autora propõe tomar esses acontecimentos como regra fundamental dessa clínica em movimento.

Na relação com a cidade, a autora resume duas ideias para a clínica o AT: a do imprevisto que pode emergir da cidade, ou seja, que a cidade protagoniza e que produz deslocamentos; e a ideia da guerra de lugares, que a cidade, como entrecruzamento complexo de múltiplos territórios, pode produzir.

Com relação ao imprevisto e ao protagonismo da cidade, Palombini, Cabral e Belloc (2005) ressaltam que no AT, além do fato do at poder ser aquele que ocupa com seu corpo o lugar de terceiro, operando como um intervalo na relação simbiótica entre o sujeito e o Outro e poder também operar como mediador da relação entre o sujeito e a cidade, favorecendo a construção da metáfora delirante, “a cidade mesma pode ser tomada em função de alteridade ao sujeito acompanhado, resguardando potencialmente, em relação aos outros espaços do habitar, uma maior distância do corpo materno” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 35).

O inconsciente a céu aberto da psicose ganha espaço privilegiado de expressão no espaço aberto da rua, no espaço público. Considerando a rua na diversidade de seus elementos, Palombini (2007) afirma que, ao mesmo tempo em que propicia ao psicótico a presentificação da desmedida de seu Outro, a rua é também pródiga em ofertar meios com que impor comedimento a essa desmedida. Além disso, a rua mostra-se como “campo fértil para a extração de materiais com os quais o psicótico pode trabalhar na direção de produzir seu sintoma, na sua amarração singular ao laço social” (PALOMBINI, 2007, p. 146). A autora resalta ainda a afetação da rua, da *pólis*, pela presença da psicose em seu meio, cuja diferença busca excluir. “Acompanhar a loucura é, nesse sentido, acompanhar também ao Outro, ao que, da cultura, manifesta-se como negação da diferença, recusando-se à estranheza do laço que a psicose intenta” (PALOMBINI, 2007, p. 146).

A dimensão política do trabalho do AT refere-se à sua interferência sobre a cidade, permitindo o “trânsito a quem frequentemente perde o acesso aos espaços públicos” (PALOMBINI, 2007, p. 207). A experiência do AT, ao abrir-se para os múltiplos territórios que se inter cruzam na cidade, “desvela a possibilidade de operar a clínica nesse registro em que a guerra tem lugar” (PALOMBINI, 2007, p. 211).

A autora baseia-se em Arantes (1994) para pensar a potência da guerra de lugares. Este autor olha para a cidade e as singularidades que a habitam para ressaltar o dinamismo das interações que resultam em criação e em anulação do estranho. Ele descreve a cidade como um: “pulsar de espaços e lugares interpenetrados, confronto entre singularidades, num amplo cenário explicitamente político” (ARANTES, 1994 apud PALOMBINI;

CABRAL; BELLOC, 2005, p. 47). Em contraste com os territórios que delimitam identidades bem definidas, “nas praças e ruas das grandes cidades formam-se conflitos e sociabilidades, constituindo lugares sociais efêmeros e multifacetados, no entrecruzamento complexo de múltiplos territórios” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 48). “Guerra de lugares” é como este autor denomina este entrecruzamento que constitui o espaço urbano e que resulta “em contextos espaço-temporais flexíveis, mais efêmeros e híbridos do que os territórios sociais que engendram identidades fixas” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 48). Segundo Palombini, Cabral e Belloc (2005):

Trata-se de um jogo de forças, no campo de combates, visíveis e invisíveis, que formam a cidade. A guerra dos lugares [...] não diz respeito à guerra a ser debelada, como patologia social, mas à guerra como movimento, oxigenação, encontro e confronto com a alteridade para além do plano dos espaços identitários da cidade visível. Guerra como campo aberto de possibilidades imprevistas, produzindo espanto e dasacomodação. (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 48)

O AT se aproxima da dimensão positiva da guerra, do conflito, da resistência, e, ao retornar à clínica, pode interrogar seus sentidos, fazendo emergir, das fissuras que a experiência da clínica produziu no seu interior, a guerra como potência, “abandonando qualquer pretensão de governo das almas”⁷⁷ (PALOMBINI, 2006, p. 124). Esse deslocamento do registro político do governo das almas para o registro da guerra considera o “campo da conflitualidade imanente a uma subjetividade que, [...] opaca aos nossos olhos, concebe-se como resistência”, e coloca em cena forças em conflito, dando lugar ao imprevisto (PALOMBINI, 2006, p. 123).

Dialogando com a crítica foucaultiana da psicanálise de que esta reproduz em seu enquadre as condições institucionais do governo das almas e da transferência como tratamento moral, Palombini (2007) sustenta que, no AT, ao se dissolver o *setting* analítico no espaço aberto da cidade, pode ser potencializado um rearranjo do dispositivo

⁷⁷ Ao retornar à clínica psicanalítica e interrogar seus sentidos, o AT faz emergir, “das fissuras que a psicanálise mesma veio a produzir no interior da sua experiência, a guerra como potência, no abandono de qualquer pretensão de governo das almas” (PALOMBINI, 2007, p. 212). Esta autora resume a ultrapassagem da perspectiva de governo das almas na própria obra freudiana: “Quando aproxima o conceito de transferência ao de resistência, ou seja, quando é da resistência do analista que emerge a verdade do analisante (FREUD, 1976 [1912]); quando a compulsão à repetição, que se apresenta como fato da clínica, encontra sua razão teórica na formulação da segunda teoria pulsional, com o conceito de pulsão de morte, que arranca a psicanálise do solo do racionalismo e frustra suas pretensões iluministas (ibidem, 1976 [1920]); quando reconhece a insuficiência do saber psicanalítico diante dos enigmas da neurose (ibidem, 1976 [1926])” (PALOMBINI, 2007, p. 212). (Sobre isso, ver também Rosa, M. D., 2016, no item “Que lugar para a psicanálise no AT” desta tese).

transferencial “não mais em continuidade ao dispositivo asilar do tratamento moral, mas [...] na direção do fora” (PALOMBINI, 2007, p. 209-210). Portanto, é no contrafluxo disso que o at opera, ao se lançar com seu acompanhado pelas ruas, buscando “inventar, multiplicar, modular novas formas de relação, furando cercos e rompendo os códigos instituídos” (PALOMBINI, 2006, p. 123), para fazer caber a subjetividade louca do acompanhado na constituição do laço social.

Ao sustentar suas operações no espaço aberto da cidade, impôs-se ao AT que se encontrasse com a “potência da máquina de guerra, concebida por Deleuze e Guattari (1989/1997) como pura exterioridade” (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 54). A máquina de guerra é definida a partir

da figura do nômade, como um vetor de velocidade absoluta, fluxo de afetos que traçam uma linha criadora, através da qual compõem um espaço liso e o movimento dos homens nesse espaço, a máquina de guerra opõe-se às formas estratificadas de Estado, justamente por buscar a reconstituição de um espaço liso ali onde a organização estatal o faz estriado. (PALOMBINI; CABRAL; BELLOC, 2005, p. 53)

Os autores consideram ainda que o que torna singular a clínica do AT é seu posicionamento no plano da máquina de guerra.

Porto (2015) considera o AT como um dispositivo de subjetivação: “uma máquina de aproveitar situações, ou às vezes fabricá-las, a fim de agenciar conexões, geralmente inusitadas, de sujeitos desmundados” (p. 281). Com Pelbart, o autor difere a comunidade da sociedade: a comunidade tem por condição a heterogeneidade, a pluralidade, e se faz pelas distâncias que tecem as alianças móveis e as vizinhanças instáveis dos homens singulares e seus múltiplos encontros, nos quais as singularidades de cada homem operam uma interrupção, uma fragmentação, um desajuste. A comunidade é a fraternidade de uma separação produzida pelas singularidades e contrapõe-se à sociedade uma vez que a “comunidade é espaço da distância, da alteridade, o que a sociedade, em sua dinâmica de constante totalização, busca sempre exorcizar” (PORTO, 2015, p. 286). O autor propõe repensar a comunidade em termos da “simpatia, do *sentir com* do *estar com*, do estar em comum nas singularidades do qualquer um; com todo enigma do comum [...]: seu caráter não dado, não disponível, alteritário, [...] o menos comum dos mundos” (PORTO, 2015, p. 288).

A experiência do AT de estar lançado no mundo deve ser aproveitada para pensar o que fazemos na clínica do AT. Há que se tirar proveito dessa condição de se estar no mundo e de, no mundo, fazer mundos possíveis, dando consistência ao pensamento “que

concebe a composição polifônica, simultaneamente de si e do mundo” (PORTO, 2015, p. 150).

Com relação à cidade, Dozza (2014) se volta para o paradoxo da pertencencia: “sentir-me pertencendo ao bairro em que vivo está atravessado por sentir que o bairro me pertence, é parte de mim” (p. 131). O at operaria como objeto transicional ambulante e ansiolítico, promovendo experiências que facilitam outras inserções a esses pacientes que quebraram ou diluíram seus vínculos significativos com espaços comunitários e situações cotidianas. Se há um insuportável na relação da comunidade com estes pacientes graves, o at contribuiria para tornar suportável e produtiva esta circulação do paciente no contexto comunitário, tanto “para o contexto e para o paciente, cumprindo função de Eu e até de SuperEu auxiliar, evitando situações ansiógenas e traumáticas, auto e heterodestrutivas” (DOZZA, 2014, p. 132). Além disso, as pessoas do contexto comunitário podem servir à tarefa, uma “intervenção realizada desde o enquadre comunitário, isto é, das leis e normas que regem o convívio social” (DOZZA, 2014, p. 133), diferentes das instituídas no ambiente familiar. Assim, quando o garçom “manda embora” o paciente, pode estar inserindo-o no social (DOZZA, 2014, p. 134)⁷⁸.

Clínica do detalhe, clínica do acontecimento. É no pequeno, no detalhe do trapista, na errância do *flâneur*, na experiência da loucura, do poeta, desse outro tempo-espço, que o AT, em sua função micropolítica, opera na resistência aos processos de controle e automação da vida. Faz isso pelo resgate da dimensão política das relações e das ações sociais no espaço público, da experiência sensível de acolhimento ao estranho (alteridade), à pluralidade e à diversidade. O AT, desde suas origens, ligado aos movimentos de abertura, de resistência aos poderes hegemônicos, homogeneizantes, silenciadores, excludentes. Vemos que, ao sair pela cidade com seu acompanhado, o at é atravessado por diferentes dimensões do urbano, por velocidades, compreensões teóricas, poderes, dimensões, que se entrecruzam e são permeadas pela cena do acompanhado, com a qual o at está implicado em fazer caber, aproveitando/produzindo articulações insólitas, na contramão de qualquer ordenamento preestabelecido. O privilégio do AT é poder se valer da cidade naquilo que ela resiste e insiste em não calar:

Nas cidades usadas como zona de guerra, nada está concluído ou perdido definitivamente. A paz não é bem-vinda, porque a alteridade, em sua radicalidade tensa, desacomoda, perturba, à semelhança da

⁷⁸ Não deixa de ser curioso como o discurso de Leonel Dozza de certo modo se afasta de toda essa produção do AT a partir da reforma e de seu caráter eminentemente político; provavelmente pelo fato de ele ter se afastado do Brasil há pelo menos 25 anos.

politização da arte criadora de intensidades inesgotáveis de sentidos, diluindo compactas e irrefutáveis formas de eu e nós. Nas cidades como campo de combate, podemos fazer da insurgência um ato criativo, à semelhança da teimosa caixa de papelão das Casas Bahia, preche de artes da existência contando histórias intermináveis. Nessas cidades, a afirmação da vida não nos dá sossego. Nada está em paz, concluído, definitivamente perdido. No desassossego, virtualidades de resistências podem enfrentar o mórbido desencanto celebrado pelo capitalismo do momento. (BAPTISTA, 2003, p. 9)

3. CENAS DE UM AT

O relato das cenas a seguir foi apresentado por Maria Clara Brasil de Brito, estagiária do Giramundo, e por Pedro Guerra, oficineiro do CAPSij da Brasilândia, na Supervisão Aberta, realizada por Érika Alvarez Inforsato, em 17/11/2017, no XI Congresso Internacional de AT em São Paulo. Esta apresentação se deu a partir do convite que me foi feito como coordenadora do Giramundo pela rede organizadora do XI Congresso Internacional de AT para levar um caso para a supervisão aberta que faria parte da programação do Congresso. O AT de L.M. me veio logo à mente e, na discussão com a equipe do Giramundo, a proposta foi aceita de muitíssimo bom grado. Maria Clara⁷⁹, a at, logo se engajou na escrita do caso, compartilhando-a comigo e com Pedro. O efeito da supervisão aberta foi tal que me fez trazer para cá, como um arremate da tese. Trago a apresentação na íntegra e entre parênteses acrescentarei um ou outro comentário.

I. *QUEM É L.M.*

L. M. é um menino negro, de doze anos de idade que vive na periferia da zona norte de São Paulo. A casa da família de L. M. está localizada na favela da Brasilândia, sua rua é uma das vielas que constroem toda a comunidade, e próximo a ela há bocas de venda de drogas. A casa onde vive é composta por apenas um cômodo, sem janelas, muito escuro e sujo, com apenas uma porta de alumínio, onde vivem seis pessoas (o pai, a madastra T., L. M e seus três irmãos, um que é pouco mais velho e dois que são menores que L. M.). A configuração da casa se dá pela presença de uma cama de casal separada de um beliche, onde dormem L. M., H. e L., e por um armário pequeno. Na lateral da cama do casal está o banheiro, muito apertado, sem divisão entre o vaso sanitário e o chuveiro. Na frente da cama foi pendurado um lençol para a maior privacidade do casal. Ainda na frente há uma pia, o fogão e a geladeira. É importante dizer, aqui, que a primeira vez que entrei na casa senti grande desconforto, ao ver as condições em que moram essas pessoas. Sua casa, como tantas, foi construída em cima de outras, e a impressão que tive foi a de estar entrando em buracos cavados nas paredes, buracos que nos causam claustrofobia, e ansiedade para estar fora, para estar na rua, para ver a luz

⁷⁹ A quem agradeço a disponibilização da apresentação para discussão nesta tese.

e respirar. (Na descrição, alguém não tem lugar! Imagino que seja o irmãozinho menor – ele deve dormir com os pais?)

A história da vida de L. M. é esburacada, se configura quase como uma história mítica, onde não temos acesso a informações concretas, o que não nos permite ter certeza dos ocorridos nem de sua ordem cronológica correta. A história se inicia com sua mãe, usuária de crack, e com seu primeiro filho, também nomeado como L. M., que desapareceu quando ele tinha vinte anos sem deixar nenhuma pista sequer. (Nem se tem a certeza de que ele que sumiu. Outra versão diz que a mãe o abandonou com parte de sua família no Nordeste para vir para São Paulo. De todo modo, quanto ao primeiro L. M., não se sabe até hoje se está vivo ou morto, nem se ambos os L. M. chegaram a se conhecer). Tempos depois nasceu H., provavelmente já aqui em São Paulo, e na sequência nasceu o nosso L. M., seguido de outro bebê, cujo nome não sabemos. No início da vida de L. M., sua mãe circulava entre a casa onde morava com a avó dos meninos e o fluxo, onde mantinha suas relações e o seu uso, carregando consigo os filhos. Em certo momento esse hábito passou a ser restringido apenas ao L. M., talvez por conta do seu tamanho e da facilidade de carregá-lo. Esta circulação se manteve durante três anos da vida de L. M., sendo que ambos conviviam na rua mais ou menos quatro dias da semana e apenas dois em casa.

Há aqui a importância de narrar uma cena que ocorre mais ou menos aos seis anos de idade de L. M., que me foi contada no início do ano, antes mesmo que eu o tivesse conhecido. Tal cena também não possui registro escrito e não há certeza em relação à ordem dos fatos, porém ela diz respeito a certo dia em que a mãe de L. M. sai de sua casa com ele e com o filho mais novo, ainda bebê de colo. Ela anda com eles até um ponto de ônibus e, quando chegam, a mãe deixa o bebê de colo no ponto e entra na lotação com L. M., porém durante a viagem ela também o deixa, descendo do ônibus com ele dentro. Depois dessa cena, há um período de abrigamento para os três filhos, H., L. M. e o bebê. É a partir deste momento que o pai dos meninos, o A., assume para si a responsabilidade do cuidado deles, depois de já estar separado da mulher há algum tempo e morando em outro lugar. L. M. inicia as fugas de sua vida quando passa a morar com o pai, saindo de sua casa e percorrendo seu território em busca da mãe. Ia até sua antiga casa, passava o dia todo sentado na calçada em frente à casa, pedindo para a mãe e a avó que o deixassem entrar, que gostaria de rever e ficar com a mãe. Ambas as mulheres o rejeitam, dizendo que ele não era mais problema delas, que deveria ir embora, pois não o deixariam entrar. Assim, L. M. começa a crescer com tal carga de abandono e rejeição,

podendo se expressar, muitas vezes, apenas através da agressividade, de suas fugas e dos desaparecimentos da casa do pai, e, quando isso acontecia, ficava na rua, sem ser localizado durante dias, depois sendo encontrado em diversos lugares da grande São Paulo (Santana de Parnaíba, Diadema, São Matheus, Osasco, etc). A vida da família, na casa do pai é algo difícil, doloroso, e carrega inúmeros sofrimentos. O pai possui uma doença congênita no olho e não tem parte da visão, trabalha no cargo de cotas, na jornada noturna como repositor de mercadorias em um mercado. Em certo momento, ele decide contratar uma moça para ajudar na casa e no cuidado de L. M. e H., e contrata T., uma moça bem mais jovem que ele, bastante humilde, sem instrução, analfabeta e que passou um grande período da vida morando nas ruas como carroceira. Ao cuidar dos filhos de A., ambos iniciam um relacionamento amoroso, mais tarde tendo mais dois filhos, L. e L.

L. M. chega ao CAPS há alguns anos, e o relato da equipe sobre sua permanência no serviço é a de que se tratava de um menino extremamente agressivo, nervoso, que xingava, que batia, um menino difícil de cuidar, de estar perto. Durante grande parte de sua vida, L. M. teve que lidar com essa identidade, que por vezes o levava a ser novamente abandonado ou expulso de alguns lugares, como ocorreu na escola em que estudava. Entretanto, há três anos, foi questionado pelo oficineiro do CAPS o motivo pelo qual, até então, a equipe do serviço ainda não havia se aproximado da família ou do território em que viviam. É neste movimento, quando chegam ao seu território, que se começa a compreender que a situação de L. M. é complexa e vai além do manejo que se tentava fazer com ele dentro do CAPS. A complexidade da situação inclui toda a sua família, bem como a situação de desamparo, vulnerabilidade social, falta de direitos humanos básicos e quase abandono pelo Estado, algo que também acontece com muitas famílias na periferia.

II. O PROJETO DE AT

Quando cheguei ao CAPS no início deste ano, L. M. apresentava alguns sintomas importantes, os quais foram os motivadores para que surgisse a demanda do acompanhamento terapêutico. L. M. se mostrava quase sempre muito agressivo quando tentava demonstrar o quanto era difícil lidar com frustrações, despedidas ou limites. Tanto os horários de espera para o início da convivência às sextas-feiras, às nove horas da manhã, quanto a chegada do horário do almoço, seguida do momento em que

precisaria ir embora do serviço, deixavam o menino muito agitado, e apontavam para uma desorganização importante, quando precisava demonstrar o que sentia ou o que gostaria de fazer. E assim, por muitas vezes não conseguir ser ouvido ou compreendido, L. M. se expressava através de gritos, xingamentos e ameaças com aqueles que tentavam se aproximar dele. Por conta desse modo de estar presente no CAPS, a convivência com L. M. se mostrava difícil para a equipe, pois suas demandas afetivas sempre foram muito intensas e, por vezes, desgastantes, tornando cada vez mais cansativo o manejo com ele durante sua permanência no CAPS. Talvez por essa posição ambivalente da equipe com relação ao seu acolhimento, L. M. passou a querer fugir do CAPS. Tais fugas se concretizavam na medida em que o menino, sentindo-se desamparado e em certo estado de desorganização, pulava o muro do serviço, mobilizando funcionários a correr atrás dele. Sempre que o pai ou a madrasta se atrasavam para ir buscá-lo, ou quando algum limite era imposto, L. M. sentia a necessidade de fugir e assim fazia. Eram nessas fugas que ficávamos sem notícias do menino durante dias da semana, e quando ele voltava, muito sujo e machucado, era trazido muitas vezes pelos carros da GCM, da PM ou pelo conselho tutelar.

É a partir dessa situação que a questão do território em que L. M. mora começa a se tornar mais complexa e mais angustiante. Com as frequentes chegadas de carros da polícia militar para trazê-lo de volta para casa, os traficantes, donos da boca localizada em sua rua, começam a sentir grande desconforto com a situação. E é assim que os traficantes surgem no contexto familiar de L. M., procurando o pai, A., quase que semanalmente, dizendo que o menino estava chamando muita atenção e trazendo para dentro da comunidade a ameaça policial, e que ele, como pai, deveria resolver o problema, se não eles mesmos resolveriam. Além disso, L. M. possui uma importante repetição que se torna mais presente ao longo do ano, uma repetição com as bicicletas que encontra pelo território e as trocas que faz com elas. Quando encontra uma bike encostada em alguma casa ou comércio, L. M. sobe em cima e sai pedalando, sumindo por algum tempo e, quando volta, volta sem ela. O principal sobre essa repetição é que L. M. passou a fazê-la cada vez com maior frequência, levando as bicicletas dos moradores da comunidade, que no início foram reclamar diretamente com o pai. Porém, mais tarde, sem conseguirem reaver o prejuízo, esses moradores buscaram a intermediação dos traficantes chefes do território. O que vinha intensificando o risco à vida de L. M. Assim, o PTS de L. M. começou a ser repensado, na medida em que a equipe do CAPS foi compreendendo a gravidade do risco de morte que o menino vinha sofrendo.

O projeto de AT entra como mais uma atividade fora do CAPS em seu PTS (L.M. já frequentava o circo-escola com Pedro, desde o início do ano) e trazia a ideia de uma maior aproximação com sua vida diária, de forma que nos possibilitasse estar numa circulação conjunta com ele, devolvendo-o ao território com outros modos de ser. Buscávamos também dar outro sentido a essas fugas. Queríamos ampliar, entender, conhecer, nos aproximar de como é, o que acontece, de sentidos outros para essa sua circulação pela cidade.

Assim, quando começamos o AT, percebemos que, em seus momentos de fuga, sua circulação se dava principalmente pelo bairro da Lapa, muito próximo ao CAPS ij, e que talvez fosse ali o ponto de partida para acompanhá-lo em seu percurso, com o objetivo de observar e compreender de que forma ele permanecia e circulava pela região (que caminhos fazia, que conduções pegava, como, se sabia ir e vir, os lugares de circulação e os lugares de permanência, etc.). Assim, todas as sextas-feiras a partir de então, eu e o Pedro, passávamos para buscá-lo em sua casa por volta das nove horas da manhã, para de lá seguirmos rumo ao bairro da Lapa. Dizíamos a ele que iríamos passear por lá e ver se ele conhecia o bairro. Os primeiros dias eram mais tensos, não sabíamos ao certo o que poderia ocorrer, mas estávamos sempre muito dispostos a estar com ele, acreditando que poderíamos nos divertir. De fato, o projeto seguia neste caminho, os trajetos pela Lapa se tornaram divertidos, minha relação com L. M. começou a crescer e, quando me dei conta, andávamos de mãos ou braços dados, rindo e com ele me chamando pelo nome. Foi a partir dessas cenas, enquanto andávamos pelas ruas ou seguíamos dentro do ônibus, quando sentia que conquistava a confiança dele, passando também a confiar mais na relação, que consegui perguntar a ele sobre o porquê de suas fugas. Com o decorrer do tempo, o menino começou a me perguntar se o dia seguinte ao qual estávamos juntos seria sábado e, quando eu respondia que sim, ele dizia que era dia de ir para a rua. Perguntei o que ele fazia na rua e por que precisava fugir, e então comecei a perceber que ele estava conseguindo verbalizar sobre tudo isso. Ele me contou que fugia, pois não gostava de ficar em sua casa, já que se sentia preso lá dentro. Neste momento, pude começar a refletir, em conversas com o Pedro e em supervisão, sobre o sentido destas chamadas fugas. De fato, quando me aproximei da realidade em que vivia em seu território e quando conheci sua casa, senti grande agonia. Agonia de não ter ideia do que é ser um menino de doze anos com tamanha carga de abandono, sofrimento, não pertencimento, e que é ameaçado quase que diariamente de perder a vida. Agonia de entrar em sua casa e querer sair de lá rapidamente, de sentir claustrofobia pelo lugar

escuro, sujo, pequeno e mal cheiroso. Agonia de sentir isso por apenas algumas horas, em apenas um dia da minha semana. Qual seria o tamanho da agonia de sentir-se assim em todos os momentos, em todas as horas, em todos os dias e em todas as noites? Sentindo-se assim, dá para não fugir? Mas para buscar o quê? São apenas fugas, no sentido banalizado da palavra, ou são fugas de um sofrimento que nunca teremos dimensão do tamanho? É com estas perguntas na cabeça que seguimos, e assim começamos a observar que L. M. busca de fato relações, vínculos e pertencimento. Ao percorrer os trajetos da Lapa, vemos que ele possui seu caminho específico para o terminal do ônibus que segue sentido sua casa, que ele sabe onde está indo. Vemos que é reconhecido por muitos dos motoristas, com intimidade, é o menino que sempre pede carona. Vemos sua resistência quando insistimos em andar por dentro do mercado municipal. Vemos como as pessoas o olham, apreensivas, e vemos também o quanto ele as percebe. Vemos que ele sabe, claramente, os lugares de permanência que “condizem” a um menino negro e pobre e os lugares que não “condizem”.

Seguimos com a circulação pelo bairro da Lapa até o mês de julho, porém, no final do mês, começou a aumentar a frequência com a qual L. M. pegava as bicicletas pelo território, e a situação com os traficantes e suas ameaças, na intenção de manterem a ordem dentro da comunidade, começaram a ganhar maior iminência. Em uma das cenas com as bicicletas, L. M. foi pego pelo comando da boca para ser levado a julgamento, no qual apanhou e recebeu a ameaça de os dedos serem cortados, caso não parasse com os furtos. A família desesperada queria a internação e passou a buscar outros serviços, atacando a relação com o Caps. No entanto, apesar de uma grave discussão, aceitaram a proposta do CAPS de acolhimento na hospitalidade noturna do CAPS III Infantil de outro território, durante quinze dias. Apesar de sair mais organizado deste acolhimento noturno, a ideia da internação e/ou de outros tratamentos permanecia. O casal passou a buscar diferentes serviços, ONGs, até a clínica da PUC... A relação com a família era tratada com muita delicadeza pela equipe do CAPS, mas o manejo era difícil.

Apesar disso, é importante dizer que L. M. se encontrava já muito diferente da forma como o conheci no início do ano. Estava menos ansioso, conseguindo dizer mais sobre o que sentia, sem precisar xingar, sentir a raiva que sentia, e externalizar da forma que fazia. Agora L. M. conseguia bancar seus desejos e suas vontades através de diálogos mais claros e com menos atrito. Cabe relatar uma cena vivida num dia especial, o dia da festa de comemoração do aniversário do CAPS, que caiu numa sexta-feira de setembro.

Nesta semana, houve inúmeras atividades dentro do serviço, rodas de conversas, debates e palestras. Já na sexta-feira, dia da comemoração, dia de festa, o CAPS seguiu o desafio de manter suas portas completamente abertas, todos poderiam ir e vir, quando bem entendessem. Quando cheguei ao CAPS neste dia, perguntei ao Pedro se L. M. e sua família iriam participar das atividades do dia. Pedro, atarefado com a organização para iniciar as comemorações, me disse que não sabia. Então, decidi que iria até a casa deles e tentaria convencer L. M. e quem mais eu conseguisse a virem comigo para o CAPS. Quando cheguei, ele não estava em casa, fiquei um tempo esperando e a madrasta apareceu, dizendo que ele estava com ela na escola do irmão mais velho pela manhã, mas que havia decidido voltar para casa antes. Esperamos por um tempo, e sem muita demora L. M. apareceu em casa, e então eu o convidei a ir ao CAPS. No começo da conversa, ele se mostrava relutante, dizendo que não iria, pois quando quisesse ir embora as pessoas não o deixariam. Foi aí que eu lhe revelei que, especialmente naquela tarde, o CAPS estaria aberto e que ele poderia ir embora quando quisesse. Também lhe contei sobre algumas oficinas que aconteceriam naquela manhã. Quando lhe contei sobre a oficina de bijuteria, o menino se animou, dizendo que faria um brinco para mim e outro para a T., sua madrasta. E assim pegamos o ônibus e chegamos ao CAPS. Porém, ao chegarmos fiquei sabendo que a oficina de bijuteria havia mudado de horário, ocorrendo apenas de tarde. Quando atualizei L. M., sua reação foi tranquila, ele compreendeu e seguimos para comer algo. Ele se serviu de guaraná, enchendo um copo para mim também. Nos sentamos um do lado do outro e comemos nossos lanches. Em seguida, me comunicou que iria embora, que iria para casa, e eu disse que tudo bem. Seguimos para a entrada do CAPS e lhe perguntei se não gostaria de dar tchau pro Pedro antes de ir. Ele deu tchau e seguiu seu caminho, me dando um abraço de tchau, um tanto desconfiado por não ter ninguém o seguindo. Por volta de quarenta minutos depois, ligamos no celular da madrasta e descobrimos que ele havia, de fato, ido para casa. Sentimos uma grande alegria com a potência que essa situação nos revelava. Dentre tantas compreensões que fomos construindo ao longo do ano sobre o nosso objetivo de ajudá-lo a circular de outras formas, para que pudesse ir e vir sozinho, bancando que pudesse transitar e não mais “fugir”, agora nós víamos e vivíamos isso de forma concreta.

III. CONQUISTAS E DIFICULDADES – DISCUSSÃO

Todas essas cenas e momentos relatados justificavam a nossa permanência e circulação conjunta a ele em seus espaços e em seu território. A partir deste momento, e já tendo esgotado o percurso pela Lapa, passamos a transitar pelas ruas de seu território, nas quais ele circula diariamente para ir para casa ou quando está de passagem: os caminhos que faz, onde pega as bicicletas e os territórios onde está ameaçado. Até então, a frequência dos furtos das bikes continuava a crescer, a família continuava sem entender o motivo, continuava sem poder arcar com o prejuízo de ter que devolver talvez mais de dez bicicletas, e nós continuamos sem compreender o significado desse movimento de repetição e como barrar esse movimento que o expunha mais a cada dia.

Em certa sexta-feira, fomos buscar L. M. para andar pela comunidade, na intenção de que ele nos mostrasse os lugares que gostava de ir. Quando saímos de sua casa, o menino tirou do bolso um celular muito velho, mas que ainda tocava música. Eu lhe perguntei se era novo e de onde tinha vindo o celular. Ele me respondeu que seu pai havia lhe dado. Achei aquilo estranho levando em conta as dificuldades financeiras da família, mas seguimos. Estávamos eu, Pedro, ele e a madrasta na rua conversando sobre onde ir, quando à nossa frente encostou um carro e do banco do motorista, desceu um rapaz de vinte e poucos anos, acompanhado de seu irmão mais novo, de talvez uns quatorze. O mais velho se aproximou de L. M. de forma bastante incisiva, já lhe questionando sobre a bicicleta que havia roubado no dia anterior, na frente do comércio de sua família. Neste momento L. M. apenas dizia que não sabia, e o rapaz, se mostrando nervoso, perguntou ao Pedro se ele seria o pai do menino. Pedro lhe explicou que éramos do CAPS, que o acompanhávamos e que L. M. possuía uma desorganização importante em relação às bicicletas. O menino mais novo nos disse que, no dia anterior, quando viu sua bike sendo levada, já sabia que era o L. M., que ele estava fazendo isso com todo mundo, que todos sabem quem é ele, que é o menino que tem problema. No desenrolar da conversa, L. M. disse que a bicicleta estava no bairro do Jardim Damasceno, então, o irmão mais velho abriu a porta do carro e nos mandou entrar para irmos buscá-la. Entramos. L. M. indicou o caminho e, quando chegamos, paramos em frente a uma casa muito pequena. Assim que paramos, a porta abriu e começaram a sair de dentro da casa muitos homens. No final, estávamos conversando com uns sete. Pedro repetiu para os donos da casa a desorganização de L. M., e que ele havia dito que teria deixado a bicicleta furtada no dia anterior ali. O rapaz mais velho negou, disse que não havia bicicleta alguma lá, e, nesse momento, lembro-me de ter observado dentro da casa inúmeros objetos espalhados e pendurados, materiais de todos os tipos, sucata,

brinquedos, roupas, etc. Algum tempo depois, o homem mais velho perguntou se L. M. estava com um celular. Nós dissemos que sim e L. M. o tirou do bolso. O homem pegou o celular e mandou um dos mais novos ir buscar a bicicleta vermelha. L. M. havia trocado a bicicleta pelo celular. Algumas semanas depois desta situação, durante uma tarde de sábado, ele furtou cinco bicicletas, trocando-as em diferentes bocas, por pequenas quantias em dinheiro.

Conforme ampliamos a câmera sob o caso de L. M., percebemos a complexidade presente em diversos âmbitos. A família com uma realidade de vida difícil, o desespero dos pais por não saber mais o que fazer, uma família que mobiliza qualquer tipo de ajuda que consiga resolver qualquer coisa que os faça permanecer no território. Por outro lado L. M., que vai denunciando o quanto é difícil ou o quanto talvez não dê para estar ali. Vamos refletindo que a complexidade da situação está na dificuldade de compreender as tantas repetições que ocorrem no caso e como seguirmos daqui para frente. As posses das bicicletas, a circulação e as trocas das mesmas se repetem. O desespero e o desamparo da família se repetem. Nossa angústia sobre como seguir frente a repetições que se mostram, tantas vezes, como insuperáveis se repete. Acredito que todo o processo de acompanhamento terapêutico que pude experienciar este ano ao lado do Pedro, e tudo aquilo que fizemos em conjunto (nós três), foram essenciais para que nos aproximássemos de sua experiência, da violência do território onde ele mora. Vivemos situações quase extremas, ou seja, foi possível que nos aproximássemos, de forma concreta, de algo que só estava em nosso imaginário, algo que só ouvíamos histórias sobre. Considero isso extremamente positivo e necessário, na medida em que somente assim conseguiremos seguir discutindo como continuar e para onde ir. Porém, é impossível deixar de nos angustiarmos e de nos perguntar se as saídas que ele vem buscando são saídas..., se conseguiremos intervir aí. Depois de tantas potências, construções e fortalecimentos de vínculos, como seguirmos? O que construir com e para esse menino? Como?

3.1. Fazendo a cena operar – algumas considerações sobre a cena

A proposta de levar cenas do caso de L. M. para esta supervisão aberta partiu da angústia da equipe do Giramundo com a situação do menino, com a ausência de

perspectivas, com a insistência dele com o “furto” das *bikes*, indicando um caminho nada promissor e com risco de vida. Houve ameaça de morte por todos os lados, os traficantes, preocupados com a circulação da polícia no território; o julgamento, que se realizou no tribunal em praça pública, a que L. M. foi submetido.

A demanda do AT no PTS de L. M., de acompanhá-lo em sua circulação pela cidade, na tentativa de entender seus percursos, seus códigos de passagem, sua circulação incessante e preocupante – a cada ausência ou fuga, L. M. voltava muito machucado, aparentemente drogado, todo estropiado –, estava clara, facilitando o estabelecimento do enquadre. A articulação do AT com o oficinairo do CAPS mostrou-se bem interessante no sentido de firmar a parceria, corresponsabilizar as duas instituições no projeto, e a sintonia da dupla mostrou-se potente. Além disso, Pedro tem um conhecimento do território e de seus códigos, o que apoiou a circulação da at⁸⁰.

Em supervisão, lançávamos mão de várias hipóteses com relação a essa circulação: repetição da cena traumática, mítica, do abandono ou de sua busca eterna pela mãe, o objeto perdido. Mas o que operava mesmo eram a presença e a constância da dupla junto com L. M. em suas aventuras pela Lapa, a possibilidade de se divertirem nessas saídas. Isso levou à construção do vínculo. L. M. consegue relaxar no colo da at e traduzir em palavras os motivos de suas fugas, de sua claustrofobia. A presença e a relação afetiva tornam possível a palavra e essa transferência se expande e se sustenta também na relação com o CAPS: pode falar, não precisa fugir. No entanto, isso não foi suficiente para barrar sua circulação, e entrou em cena os “furtos” das bicicletas. Novamente lançamos mão de nossas interpretações *pret a porter* psicanalíticas: o chamado ao pai, repositores de materiais, que é demandado pela chefia do tráfico a dar conta desta situação. Se nossas hipóteses clínicas faziam algum sentido, em nada operavam no sentido de barrar esse movimento.

A cidade invade a cena. A Brasilândia situa-se na zona noroeste da cidade de São Paulo, abrangendo uma área de 21 km², com uma população local estimada em 264.918 habitantes. O início de sua ocupação, nos limites da Freguesia do Ó, se deu por meio de loteamentos regulares para a população de média renda, sendo o primeiro deles em 1947,

⁸⁰ A cena descrita revela ainda a potência do cuidado no território, mostra o comprometimento da equipe do CAPS como um todo na relação com L.M., sua família e a rede, e parece fundamental, neste momento, nos referirmos aos SUS que funciona, aos trabalhadores engajados no cuidado territorial apesar de todas as adversidades. A cena revela também, que fica muito difícil discriminar a atuação da at da atuação do Pedro, o oficinairo, revelando a função AT dos trabalhadores dos serviços de SM e apontando para a discussão da formação, quem é o at, qual a formação do at?

das terras de um sítio da família de Brasílio Simões, passando posteriormente para a Empresa Brasilândia de Terrenos e Construções, que até pouco tempo atrás ainda explorava a venda dos lotes. “Os primeiros moradores do loteamento vieram principalmente das moradias populares e cortiços existentes no centro e que foram demolidos para dar lugar as avenidas São João, Duque de Caxias, Ipiranga, durante a gestão do prefeito Prestes Maia” (ROSA et al., 2016, p. 59), dando início à história de um bairro marcado pela exclusão e pelo abandono.

Nas décadas de 1950 e 1960, a ocupação se expande de forma desordenada, a partir do fluxo migratório de pessoas de outros estados, principalmente do Nordeste, em busca de trabalho e de melhores condições de vida. A partir de então o território se caracteriza por ocupações de áreas de mananciais e por superpopulação, principalmente de pessoas de baixa renda. De acordo com o site da Secretaria Municipal de Saúde, a Brasilândia é um dos distritos com maior porcentagem de população negra na cidade (10,4%), e com o maior número de pessoas negras em termos absolutos em toda cidade de São Paulo. Segundo o Observatório Cidadão da Rede Nossa São Paulo, a grande maioria dos domicílios na Brasilândia possui de três a cinco moradores, porém é o terceiro distrito com maior número de moradores por domicílio: 09 e mais. A densidade de moradores por dormitório está acima de cinco pessoas: 1.611 domicílios estão nesta condição, ficando atrás somente do Jardim Ângela, com 1.632 domicílios, e do Grajaú com 1.653. Além disso, é o terceiro distrito da cidade com maior porcentagem de domicílios em favelas; possui um dos piores índices de coleta de lixo, de rede de esgoto, estando entre os piores índices de desigualdade social do município. A Brasilândia está entre os distritos com índices mais graves em relação à violência, tendo um dos mais altos índices de homicídio de jovens⁸¹. Segundo o Mapa da Violência de 2014, considerando a população brasileira de 15 a 29 anos, desde 1998, se repete a elevada proporção de mortes masculinas e de negros⁸²: entre 2002 e 2012, para cada jovem branco que morria assassinado, morriam 2,7 jovens negros (ROSA et al., 2016). De maneira mais que geral, verifica-se que a ação do Estado na região demonstra as contradições da sociedade capitalista no contexto neoliberal, que podem ser resumidas à precariedade das redes de saúde, assistência social e educacional⁸³.

⁸¹ “Em 2014, o número de mortes por homicídio na faixa etária dos 15 aos 29 anos foi de 7,77 por 10 mil habitantes” (ROSA et al., 2016, p. 64-65).

⁸² A categoria negro aqui é resultante da somatória das categorias preto e pardo, utilizadas pelo IBGE.

⁸³ Para uma maior caracterização do território da Brasilândia, ver também Rosa, Z. (2016).

A cidade invade a cena, desenquadra, rompe com todo estabelecido, e a nova cena coloca a dupla que acompanhava L. M. dentro do carro dos desconhecidos (os traficantes)! Nas duas supervisões, no Giramundo e na supervisão aberta, o susto dos supervisores: “*Como vocês entraram nesse carro?*”. Podemos lançar mão de todo nosso repertório *psi*: captura imaginária narcísica, o at no lugar do herói salvador “misturado” com o caso... A pergunta é se daria para não entrar nesse carro. De que se trata aqui? Da total implicação com o sujeito, desta presença corporal que faz contorno e ampara o maior dos desamparos, este a que L. M. está submetido⁸⁴. Desamparo primordial, aquele básico, da constituição do eu, da precariedade de vínculo e da vulnerabilidade de suas condições de vida desde seus primeiros anos de vida. Uma história sem história, uma história que não dá para contar. Desamparados pelo Estado, por toda sua família. Essa visão mais que panorâmica de seu território situa-os nas estatísticas.

A cena operando diz das reverberações no coletivo, que se formou como coletivo de trabalho na supervisão aberta, contagiado pelas reverberações das cenas.

A tragédia de uma morte anunciada. A morte se insinua em qualquer brecha das cenas. (Insinua-se até na ambiguidade da frase: *L. M. inicia as fugas de sua vida quando passa a morar com o pai*). Reverberou no grupo aberto de supervisão o medo da morte. De L. M. ser morto pelos traficantes. Ou pela polícia, nas suas andanças pelo mundo. Ou no próprio território.

A cena operando diz também da multiplicação de olhares, perspectivas, desdobramentos, possibilidades. Se uma das angústias da equipe do Giramundo era com a saída para a “delinquência”, digamos assim, que parecia estar se operando nas cenas dos “furtos”, o que se revela faz outra volta na questão. É terrível pensar que os circuitos dos jovens deste território estão ligados ao circuito do tráfico, o qual lhes rende garantia de uma vida melhor, mas curta, no lugar do nada, isto é, do lugar nenhum, que também abrevia a vida. L. M. é excluído desse circuito. Ele não cabe nem aí, e talvez a positividade de sua cena com as bicicletas se inscreva aí, na sua tentativa de fazer parte desse circuito, de algum lugar de pertinência social: uma busca eterna de um lugar?

É interessante notar que a Brasilândia é um dos territórios com maior número de bicicletas em São Paulo, de acordo com Pedro, que além de oficinairo é cicleteiro.

⁸⁴ E eis que, ao acaso, me deparo com esta nota de rodapé de Palombini (2007), que trata da dissolução do *setting* na cidade que traz a potência de *rearranjo* da transferência. Isto seria entendido como *implosão* do dispositivo da transferência, para Deleuze e Guattari. Para a psicanálise e apoiada em Birman, o conceito se mantém válido não se referido a um ideal identificatório, mas se relativiza as identificações e possibilita “a experiência radical do desamparo” (PALOMBINI, 2007, p. 210).

Daquelas bicicletas de aluguel da prefeitura em parceria com o projeto de sustentabilidade do banco Xqualquer, na qual se abaixa o aplicativo no celular e se pode usar a primeira hora grátis, e depois se paga R\$5,00 a hora com débito no cartão de crédito, permitindo o acesso e o trânsito fácil à cidade. Isto só para quem já tem esse acesso liberado e garantido. Na periferia, o jovem, principalmente se for negro, precisa andar com as notas fiscais do celular e da bicicleta para comprovar que não os roubou, e, mesmo assim, pode ter suas mensagens e ligações revistadas, a bicicleta e o celular confiscados, ou mesmo destruídos pela PM. São essas mesmas *bikes*, negadas de antemão a estes jovens, transformadas e pintadas de qualquer jeito, que transitam aos montes na Brasilândia (a cidade pulsa, resiste, não se deixa dominar), e que L. M. faz circular no território, às vezes trocando-as por objetos.

Como o louquinho do bairro, o esquisitinho, o menino com problema, ele não cabe na circulação das *bikes*. Nem interessa ao tráfico, que, a seu modo, chega a ser bem condescendente com ele. E eis outra dimensão de sua trágica existência: se a morte o espreita de todos os lados, o tráfico não deixou de protegê-lo: não o matou no julgamento, nem decepou seus dedos! Sem romantismo: o tráfico não quer problemas com ele, simplesmente o quer fora dali. E se o pai topasse sair de lá, seus problemas estariam resolvidos, e poderiam até sair protegidos. O problema é que lá está tudo o que esse pai tem. Eis a encruzilhada. É nesse sentido que, para o pai, seria mais fácil internar o menino.

Se não é possível *fugir* do território, é possível buscar outras vias de circulação neste mesmo território. E, de fato, nos surpreendemos, ao resgatar a experiência no circo-escola da comunidade que L. M. vinha frequentado junto com o Pedro desde o começo do ano, na qual o menino vinha ampliando sua inserção neste espaço. Assim, também nos surpreendemos com a transformação na relação dele com o CAPS ao longo do ano. De todo modo, o trabalho coletivo nos retirou deste que, até então, parecia ser o único trajeto no território, e nos direcionou a olhar e a cavar outros circuitos no território, circuitos mais vitais.

Não o aluguel de *bikes* em parques e praças, pelas quais ele pudesse circular livremente, como nos chegou a ser sugerido: isso não tem na Brasilândia! A Brasa, apelido carinhoso dado por sua população, tem uma história de luta que cobra do Estado garantia de direitos⁸⁵, ao mesmo tempo em que “se organiza para responder a muitas de suas necessidades e são muitas as iniciativas de atividades culturais, de trabalho e lazer

⁸⁵ Por exemplo, pensar na luta da comunidade junto com os profissionais e usuários pela manutenção do Ambulatório de Saúde Mental, no final da década de 1980.

produzidas por atores estratégicos, lideranças do bairro, coletivos, associações” (ROSA et al., 2016, p. 66).

Na Brasa, esses circuitos vitais, outros territórios de potência, são cavados pela população. A dissertação de mestrado de Aguiar (2017) mostra com detalhes a construção da Praça Sete Jovens como consequência de uma luta antiga dos moradores de determinada região na Brasilândia pela garantia de um espaço de lazer. O nome da Praça, inaugurada em 2008, homenageando os sete jovens assassinados na chacina de fevereiro de 2007, publiciza e denuncia a chacina. Houve ainda outra chacina no mesmo local em 2014, com mais quatro jovens mortos. A disputa pela ocupação do espaço da Praça, ao longo de todos estes anos, revela o discurso historicamente construído, que associa periculosidade, raça e pobreza, e a expansão de dispositivos de controle a céu aberto sobre a população pobre e sobre sua circulação nos espaços públicos.

É a vida que se arrisca à prisão e à morte. A ocupação da Praça pelos jovens da região, se para uns é perigosa, para outros, é produção de estratégias que não só impedem que ela se torne um campo de chacina, mas que afirmam a potência da comunidade, um lugar de trocas e de experimentações⁸⁶. (AGUIAR, 2017, p. 100)

Ao cavar territórios de vida para L. M., o at se depara com a guerra de lugares, onde a insurgência torna-se ato criativo. São esses espaços insurgentes e potentes e que se multiplicam, que mantêm viva a chama da Brasa, que esquentam redes, que aquecem nosso coração, e que nos permitem voltar ao território e continuar apostando.

⁸⁶ “Todo primeiro domingo do mês, no final da tarde, a Praça Sete Jovens reúne moradores e convidados de outras regiões da Brasilândia e de São Paulo para o Samba do Bowl. Com início geralmente marcado por uma referência aos jovens que foram chacinados e uma saudação aos vivos, a primeira hora é por conta do pessoal da casa, dos músicos, poetas, artistas do Coletivo da Praça. Em seguida, são convidados a se apresentarem grupos musicais variados da região. Geralmente, enquanto acontece a música, ou a poesia, ou a performance, grafiteiros mostram o que fazem: grafitam a Praça, especialmente o bowl. Tudo isso acontece junto com as crianças que também ocupam este mesmo lugar durante o Samba. Já os skatistas estão por todos os lugares, menos dentro do bowl que, neste dia, é o palco do Samba. O Samba acontece dentro do bowl. Ali, onde o imaginário de alguns marcou como espaço da droga, espaço do perigo. Deste lugar, esse coletivo não abre mão. É o Samba do Bowl, que às vezes se escreve: sambadobowl” (AGUIAR, 2017, p. 67).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do percurso realizado, podemos afirmar uma disposição transdisciplinar e em rede do AT aqui no Brasil, provavelmente em função do contexto político-institucional do seu surgimento, no final dos anos 1970, de abertura democrática no país: momento de efervescência, de desejo de transformação social, aglutinando trabalhadores e movimentos sociais, de luta pela anistia, de reivindicações políticas e de direitos humanos.

Destacamos a influência da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria junto ao MTSM, com importante papel na construção da RPB. Em São Paulo, vimos também o quanto a teorização do AT foi influenciada pelos analistas institucionais franceses e pelos psicanalistas argentinos (psicanalistas plataformistas, analistas institucionais, grupalistas). Concluímos que todas estas influências se transformaram em um grande banquete antropofágico, afirmando que a função do AT, a teorização e a constituição do campo institucional do AT, no Brasil, são profundamente marcados e atravessados pelas políticas de saúde mental, e respondem a diferentes demandas engendradas no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Ao propor a cena como ferramenta conceitual do AT, pretendi construir subsídios para a clínica do AT e também para a formação dos trabalhadores de saúde mental a partir do AT. A cena tornando-se, portanto, o próprio método da clínica, o modo fazer do AT e também um importante dispositivo de transmissão da clínica do AT. A divisão da cena nos quatro elementos constitutivos – o enquadre aberto, a presença/corpo, a transferência/escuta do sujeito e a cidade – serviu como recorte para a leitura de diferentes autores comprometidos em teorizar a clínica do AT. Ao tentar discriminar cada item, vimos, como já supúnhamos de saída, o quanto estão enlaçados.

A noção de enquadre aberto, referida à entrada de terceiros exteriores à cena e ao atravessamento da cidade, à abertura ao fora, ao insólito, ao acontecimento, atravessando a dupla e deslocando posições, mostrou-se ferramenta conceitual bastante interessante e operativa. O at transita com seu corpo na cena, na transferência, ora insistindo na presença, ora esvaziando-a, ora imerso no fora, pleno de potencialidades, numa experiência sensível e sem palavras, ora na mais absoluta solidão, ora vivenciando o prazer de um acontecimento compartilhado. A ação interpretativa sintetizaria o enlaçamento da transferência com a presença e o modo como o at entra com seu corpo, como participa da cena do acompanhado e intervém. Há ainda momentos em que a

presença e a assertividade do at remetem a uma violência necessária, que aparece então como um manejo da transferência no AT para lidar com os retornos do real, com as pulsões erráticas, destrutivas. Vimos o paradoxo da amizade no AT e a potência política da amizade na radicalidade da ação do at no acolhimento incondicional ao outro estrangeiro, ao outro absoluto, buscando lugares de conexão e convivência a essa alteridade absoluta e irreduzível nos espaços públicos da cidade. Por fim, vimos a cidade a partir das perspectivas das redes e do AT atuando como máquina de guerra, em sua função micropolítica, operando na resistência aos processos de controle e à automação da vida.

Nesse sentido, acredito que a cena demonstrou cumprir sua função de operar como ferramenta conceitual do AT e de transmissão desse modo de fazer AT como dispositivo transdisciplinar, ético-clínico-político de intervenção na cidade.

No entanto, preciso dizer como foi duro e tortuoso o processo todo desta tese, da pesquisa ao foco, e daí ao formato final, processo que flutuou ao sabor dos acontecimentos políticos destes últimos três, quatro anos. Posso dizer que foi um horror voltar para o período da ditadura no momento em que estava em andamento o golpe atual, com a votação do impeachment da presidenta Dilma Rousseff. Horror de ver que os atores daquela época do golpe de 1964 eram os mesmos do golpe atual: estavam lá desde sempre, nunca saíram. Horror também de ver, desde sempre e em todos os governos, o SUS comprometido com políticas neoliberais, desde sua regulamentação em 1990, e sendo tratado como mercadoria, barganha política. Nada era uma novidade, vivi todo esse período, porém retomá-lo à luz do golpe atual foi muito intenso.

De certo modo, posso dizer que retomar o momento de efervescência e abertura política da segunda metade da década dos 1970 foi pura alegria. Por outro lado, por mais difícil que tenha sido a construção da PNSM e já tendo eu mesma vivido dois desmontes anteriores (do ambulatório de saúde mental da Brasilândia, na década de 1980, e da rede de SM da gestão da Erundina, nos anos 1990), acredito poder dizer que nenhum foi tão aterrador como esse desmonte das políticas públicas atuais e como as perdas de direitos – arduamente e artesanalmente construídos ao longo destes mais de trinta anos – do golpe de 2016! Penso que muitos, como eu, jamais acreditaram que viveriam para ver este retrocesso da forma como está se dando, até porque acreditávamos que tínhamos uma Constituição que garantia muitas destas conquistas. Se de um lado esse desmonte é aterrador, bate no corpo e desestabiliza, para não dizer destrói, um projeto de uma vida

inteira (de muitas vidas!), tudo isto se relativiza a partir da perspectiva histórica. E, desde essa última perspectiva, trinta anos são só três décadas...

Nesse sentido, faltou falar das britadeiras, da demolição dos tratores quebrando casas e paredes, da urbanização a serviço da higienização, expulsando os mais pobres para regiões cada vez mais para periféricas, do vínculo com o mercado financeiro, desde Haussmann, o artista demolidor que planejou Paris no século XIX, ao nosso prefeito atual e suas ações na cracolândia. Faltou falar da especulação imobiliária, da financeirização do mundo. Faltou falar do muçulmano do Agamben, do estado de exceção, do racismo de estado do Foucault, do poder que decide sobre as vidas que merecem ser vividas e aquelas que são descartáveis. Faltou falar da luta de classes, dessas crises que eclodem em torno da urbanização e da metrópole, e que Harvey (2013) propõe que sejam unificadas em torno do direito à cidade como um ideal político. Ideal referido à apropriação por parte de um amplo movimento social do controle da relação entre urbanização e a produção do lucro, instituindo novas formas de urbanização, e indicando aquilo que Lefèbvre insistia: que a revolução tem que ser urbana.

Faltou tudo isso, mas isso indica caminhos de pesquisa e de ação. Do pulsar das ruas, da insurgência das zonas de guerra, daquilo que na cidade não se deixa dominar. Isso talvez pudesse traduzir a efervescência dos tempos atuais, aos quais o AT se conecta, se contagia, multiplica, faz rede e potencializa sua função micropolítica ao acolher e buscar lugares de conexão e convivência nos espaços públicos da cidade à alteridade absoluta e irreduzível, à diversidade, à pluralidade, furando cercos, quebrando muros, rompendo códigos, resistindo, tentando transformar isso que aí está.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Claudia Cristina Trigo. *A Praça Sete Jovens e a expansão do Poder Punitivo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2017.

AGUIAR, C.; SERENO, D.; DOZZA, L. O Acompanhamento Terapêutico e clínica, a função do acompanhante no tratamento. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org.). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

ALMEIDA, Beatriz Helena Martins. Que Paris é esse? - Fragmentos clínicos. In: SANTOS, Ricardo Gomides. (Org.). *Textos, texturas e tessituras no AT*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006, p. 79-103.

ALTOÉ, S.; SILVALL, M. Características de uma clínica psicanalítica com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 125-141, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1415-712820130001> acesso em 03/2017.

AMARANTE, Paulo. (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

ARAÚJO, Fabio. Do amigo qualificado à política da amizade. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 84-105, 2005.

ARAÚJO, Fabio. *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Niterói, RJ: [s.n.], 2006.

ARENDT, Hannah. *O que é política?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BAPTISTA, L. A. Combates Urbanos: a cidade como território de criação. Palestra proferida no XII Encontro Nacional da ABRAPSO, Porto Alegre, 16/10/2003. Disponível em <http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/Luis%20Antonio%20Baptista/texto_96.pdf> acesso em 24/7/17.

BARBOSA, Adriana Canepa. Acompanhante-Acompanhado: História de Dois. In: SANTOS, Ricardo Gomides. (Org.). *Textos, texturas e tessituras no AT*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006, p. 27-35.

BAREMBLITT, Gregório. Acompanhamento terapêutico e clínica: Comentários. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org.). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

BAREMBLITT, Gregório. *Cinco lições sobre a transferência*. São Paulo: Hucitec, 1991a.

BAREMBLITT, Gregório. Amigos qualificados... ou acompanhantes terapêuticos? In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org.). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.

BARRETO, Kleber Duarte. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco, 1998.

BAZHUNI, Natasha Frias Nahim. *Acompanhamento terapêutico como dispositivo psicanalítico de tratamento das psicoses na saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2010.

BENEVIDES, Laura Gonçalves. *A função de publicização do Acompanhamento Terapêutico na clínica: o contexto, o texto e o foratexto do AT*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

BENJAMIN, Walter. O Flaneur. In: *Charles Baudelaire um lírico no auge do capitalismo*. Tradução: José Carlos Martins Barbosa, Hemerson Alves Baptista. São Paulo: Brasiliense, 1989. (Obras Escolhidas, v. 3)

BERGER, E. Discussão. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org.). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

BEZERRA, B. Apresentação. In: FERNANDES M. I.; VICENTIN M. C. G.; M. C. T. VIEIRA M. C. T. (Orgs.). *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. São Paulo: Cabral Editora Universitária, 1999.

BLEGER, José. Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. In: BLEGER, José. *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós, 1967. Disponível em: <<http://fepal.org/images/2002REVISTA/espanol/bleger.pdf>> Acesso em 18/3/17.

BLEGER, José. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

BLUM, Rodrigo. Encontro com abismos e espaço representacional. In: SANTOS, Ricardo Gomides (Org.). *Textos, texturas e tessituras no AT*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006, p. 67-78.

BRAGA, Leonel. Grupo de psicoterapia de pacientes psicóticos em instituição, 1996. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Comissão Nacional da Verdade. *Relatório da Comissão Nacional da Verdade: volume 1*. Brasília: CNV, 2014, 976 p. (Relatório da Comissão Nacional da Verdade; v. 1)

CABRAL, K. V. *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CAIAFFA, Renata Azevedo. O acompanhante e a rua: o social como constitutivo do acompanhamento. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

CARROZZO, N. L. M. Campo da criação, campo terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

CARVALHO, Sandra Vieira. *Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo: Annablume, 2004.

CAUCHICK, M. P. *Sorrisos Inocentes, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Annablume, 2001.

CENAMO, A. C. V.; SILVA, A. L. B. P.; BARRETO, K. D. O *setting* e as funções no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer*. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

CESARINO, A. Uma experiência de SM na prefeitura de SP - Projeto de Ações Integradas de SM na Zona Norte do município de SP: uma gestão democrática de um projeto público de saúde mental. In: LANCETTI, A et al. (Orgs.). *Saúdeloucura1*. São Paulo: Hucitec, 1989.

CHNAIDERMAN, Miriam. Devaneios em torno de uma psicanálise errante, e/ou diários de uma psicanalista-documentarista. *Correio da APPOA*, Porto Alegre, n. 141, nov. 2005.

CHNAIDERMAN, M.; HALLACK, R. Estranhas urbanidades. In: MAGALHAES, M. C. R. (Org.). *Na sombra da cidade*. São Paulo: Escuta, 1995.

COIMBRA, C. M. B. *Guardiães da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do milagre*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. *A Psicanálise nos Tempos da Ditadura*, 2004. Disponível em http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/Cec%C3%ADlia%20Coimbra/texto45.pdf Acesso em 13/02/17.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA-SP. Na direção certa, mas precisando acertar o passo. *Jornal do CRP-SP*, n. 156, 2008.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A.; PEREIRA, E. C. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, 2012. Disponível em <<http://www.journals.usp.br/sausoc/article/viewFile/50712/54824>> Acesso em 23/7/17.

CYTRINOWICZ, M. M. *Criança-Enfance: uma trajetória da Psiquiatria Infantil*. São Paulo: Narrativa Um, 2002.

D'ANGELO, Martha. A modernidade pelo olhar de Walter Benjamin. *Estud. av.*, São Paulo, v. 20, n. 56, p. 237-250, abr. 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. (1980). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 5. São Paulo: Editora 34, 1997.

DOZZA, Leonel Mendonça. *Acompañamiento y clínica de lo cotidiano*. Buenos Aires: Letra Viva, 2014.

ELIA, Luciano. A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso? *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300015&lng=en&nrm=iso>.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.

ESTAÇÃO-Cooperativa de Acompanhamento terapêutico. *O nome da rua*. São Paulo: número zero, 1994.

FERNÁNDEZ, Ana Maria. *O campo grupal: notas para uma genealogia*. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, A.M.C.; MOREIRA, J. O. (Orgs.). *A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: CRV, 2010. Disponível em <<http://www.crprs.org.br/upload/noticia/arquivo2312.pdf>> acesso em 02/2017.

FIORATI, Regina Célia. *Acompanhamento Terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica*. 2006. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2006.

FRÁGUAS, Veridiana. *Saindo do ab(aut)ismo: o vivido de uma experiência a partir de um trabalho de Acompanhamento Terapêutico*. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

FRAGUAS, V.; BERLINCK, M. T. Entre o pedagógico e o terapêutico - algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 7-16, 2001.

FRAYSE-PEREIRA, J.A. Crise e cidade. Por uma poética do acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org.). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.

FREUD, S. (1912) Consejos al medico en el tratamiento psicoanalítico. In: *Obras Completas*, tomo II. 3. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

FULGÊNCIO, L.P. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos no Hospital-Dia A Casa. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org.). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

GALLIO, G.; CONSTANTINO, G. François Tosquelles, a escola da liberdade. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúdeloucura 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 85-128.

GHERTMAN, Iso Alberto. A teorização do acompanhamento terapêutico: impasse ou ruptura? In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org.). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997, p.233-239.

GHERTMAN, Iso Alberto. *Aproximações a uma metapsicologia freudiana da escuta: ressonâncias a partir do campo do acompanhamento terapêutico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

GUERRA, A.M.C; MILAGRES, A.F. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 60-83, 2005.

HARVEY, D. Direito à cidade. *Revista Piauí*, n. 82, jul. 2013. Disponível em <<http://piaui.folha.uol.com.br/materia/o-direito-a-cidade/>> acesso em 15/12/17.

HERMANN, M. C. O significante e o real na psicose: ferramentas conceituais para o AT. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 123-153, 2005.

HERMANN, M. C. *Acompanhamento Terapêutico e psicose: articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

- HERMANN, M. C. e cols. *Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Zagodoni, 2013.
- INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE. *A história do Depto de Psicanálise do Sedes*. São Paulo: Narrativa-um, 2006.
- LANCETTI, A. Conversando sobre dez anos da experiência Hospital-Dia A Casa. In: LANCETTI, A. et al. (Orgs.). *Saúdeloucura1*, SP: Hucitec, 1989. p. 33-45.
- LANCETTI, A. A amizade e o AT. In: SANTOS, Ricardo Gomides (Org.). *Textos, texturas e tessituras no AT*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006. p. 21-26.
- LANCETTI, A. et al. *Saúdeloucura1*. São Paulo: Hucitec, 1989
- LEMKE, Ruben Artur. *A itinerância e suas implicações na construção de um ethos do cuidado*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 25, n. spe 2, p. 9-20, 2013.
- LIMA, Elizabeth Araújo. *Clínica e criação: a utilização de atividades em instituições de saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997. Disponível em <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/beth/clínica.pdf> Acesso em 17/6/17.
- MARAZINA, Isabel Victória. As fronteiras do terapêutico no trabalho da rede pública. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org.). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.
- MARAZINA, Isabel Victória. *Saúde mental na América Latina: um estudo comparativo*. Tese (Doutorado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- MARINHO, Débora M. Das teias familiares à encarnação da água. In: SANTOS, Ricardo Gomides (Org.). *Textos, texturas e tessituras no AT*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006, p. 133-141.
- MARINHO, Débora Margarete. *Acompanhamento Terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- MAUER, S. K.; RESNIK, S. *Acompanhantes Terapêuticos e pacientes psicóticos*. Campinas: Papirus, 1987.
- METZGER, Clarissa. A Transferência no AT. In: SANTOS, Ricardo Gomides (Org.). *Textos, texturas e tessituras no AT*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006. p. 171-187.

- ORTEGA, F. *Genealogias da amizade*. São Paulo: Iluminuras, 2002.
- URY, Jean. Itinerários de formação. *Revue Pratique*, n. 1. Tradução: Jairo I. Goldberg, p. 42-50, 1991, mimeo.
- OZ, Amós. *Como curar um fanático*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.
- PALOMBINI, A. L. *Acompanhamento Terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.
- PALOMBINI, A. L.; CABRAL, K. V.; BELLOC, M. M. Acompanhamento Terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 32-59, 2005.
- PALOMBINI, A. L. Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psyche* (São Paulo), São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115-127, set. 2006.
- PALOMBINI, A. L. Psicanálise a céu aberto? In: COMISSÃO DE PERIÓDICOS DA ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE (org.). *Psicose: aberturas da clínica*. Porto Alegre: APPOA; Libretos, 2007.
- PALOMBINI, A. L. *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade: Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- PALOMBINI, A. L. Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, ago. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30/03/2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922009000200008>
- PALOMBINI, A. L. Práticas clínicas no território, 2010. Disponível em <http://marialuizadiellooutrascompotas.blogspot.com.br/2012/11/praticas-clinicas-no-territorio_21.html> Acesso em 28/03/2017.
- PASSOS, E.; BENEVIDES R. Prefácio. In: ARAÚJO, Fabio. *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Niterói, RJ: [s.n.], 2006.
- PECHMAN, Robert Moses. 9 cenas, algumas obs-cenas, da rua. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, ago. 2009.
- PELBART, P. P. Um desejo de asas. In: *A nau do Tempo-Rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PITIÁ, A. C.; SANTOS, M. A. *Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*. São Paulo: Vetor, 2005.

PORTO, Mauricio. *Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. (Coleção Clínica Psicanalítica/ dirigida por Flavio Carvalho Ferraz).

PORTO, M; SERENO, D. Sobre acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org). *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991.

PRIMO, Joana Sampaio; ROSA, Miriam Debieux. Amizade e política: considerações sobre a *philia* e a fraternidade. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 15, n. 33, ago. 2015.

QUINET, A. *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

REBELLO, Luciana. Paralelo entre psicologia hospitalar e AT. In: SANTOS, Ricardo Gomides (Org.). *Textos, texturas e tessituras no AT*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006. p. 143-155.

REIS NETO, R. O. *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

RODRIGUES, H. B. C. (Org.). *Psicanálise e Análise Institucional*. In: *Grupos e instituições em análise*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. “Sejamos realistas, tentemos o impossível” – Desencaminhando a psicologia através da Análise Institucional. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; FERREIRA, Arthur Arruda Leal; PORTUGAL, Francisco Teixeira (Orgs.). *História da Psicologia: Rumos e Percursos*. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

RODRIGUES, H.C.B. Michel Foucault no Brasil — esboços de história do presente. *Verve. Revista semestral autogestionária do Nu-Sol*, São Paulo, n. 19, 2011. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/download/8669/6442>> Acesso em 1/10/17.

RODRIGUES, Heliana De Barros Conde; DUARTE, Maria das Graças dos Santos; FERNANDES, Patrícia Jacques. Os “psicanalistas argentinos” no Rio de Janeiro: problematizando uma denominação. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Orgs.). *Clio-psyché: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012a. p. 150-167.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Michel Foucault na imprensa brasileira durante a ditadura militar: os “cães de guarda”, os “nanicos” e o jornalista radical. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 24, n. spe, p. 76-84, 2012b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09/05/17. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400012>.

ROLNIK S. Clínica Nômade. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS do Hospital Dia A Casa (Org.). *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997. p. 83 -95.

ROSA, Elisa Zaneratto. *Por uma reforma psiquiátrica antimanicomial: o papel estratégico da atenção básica para um projeto de transformação social*. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

ROSA, E. Z.; PINTO, R. S.; VICENTIN, M. C.; SILVA, D. O território sanitário da Freguesia do Ó/Brasilândia e o lugar do território na integração ensino-serviço. In: VICENTIN, M. C. G. et al. (Org.). *Saúde mental, reabilitação e atenção básica: encontros entre universidade e serviços de saúde*. São Paulo: Artgraph, 2016. p. 53-78.

ROSA, Miriam Debieux. Cena social: gozo e experiência. In: *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta; Fapesp, 2016.

ROSA, M. D.; DOMINGUES, E. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 180-188, 2010.

SANTOS, Milton. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro, n. 2, 1999, p. 15-26. Disponível em <https://revistas.ufrj.br/index.php/cad_ippur/issue/viewFile/277/86#page=13> Acesso em 23/04/16.

SANTOS, Ricardo Gomides (Org.). *Textos, texturas e tessituras no AT*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006.

SANTOS, Ricardo Gomides. Ventos Transferenciais no AT. In: SANTOS, Ricardo Gomides (Org.). *Textos, texturas e tessituras no AT*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006, p. 43-66.

SANTOS, Ricardo Gomides. *Acompanhamento terapêutico de pacientes neurológicos: uma experiência de ensino em psicanálise*. Tese (Doutorado em psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SCARCELLI, Ianni Régia. *O Movimento Antimanicomial e a Rede Substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SCARCELLI, Ianni Régia; JUNQUEIRA, Virgínia. O SUS como desafio para formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 31, n. 2, p. 340-357, 2011.

SERENO, D. Acompanhamento Terapêutico e produção de cinema. *Revista Percurso*, São Paulo, n. 14, 1º semestre de 1995.

SERENO, D. *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SERENO, D. Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva. *Psyche* (São Paulo), São Paulo, v.10, n. 18, p. 167-179, set. 2006.

SERENO, Deborah. Sobre a ética no acompanhamento terapêutico. *Psic. Rev.*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 217-232, 2012.

SERENO, Deborah; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. A clínica do Acompanhamento Terapêutico e a construção de redes: uma proposta a partir da vivência do Pró saúde -PUC-SP/ STS Freguesia do Ó – Brasilândia. Trabalho apresentado no X Congresso Internacional de AT, México, D.F., 2013. (mimeo.)

SERENO, Deborah. O AT no âmbito acadêmico: construindo modos de formação para o trabalho em saúde mental. Trabalho apresentado no X Congresso Uruguaio de AT, Montevideo, agosto de 2014. (mimeo.)

SERENO, D. Construindo modos de trabalhar em saúde mental. In: BELLOC, M. M. et al. (Orgs.). *Além dos muros: acompanhamento terapêutico como política pública de saúde mental e direitos humanos*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. 269 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde). Disponível em <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/alem-dos-muros-pdf>> Acesso em 09/2017.

SILVEIRA, Ricardo Wagner. *Amizade e psicoterapia*. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

SIMÕES, Cristiane Helena Dias. *A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

SOLER, C. *Estudios sobre las psicoses*. Buenos Aires: Manantial, 1991.

SUGIMOTO, Luiz. Abertura ‘lenta, gradual e segura’ teve repressão ‘ampla e irrestrita’. *Jornal da Unicamp*, Campinas, n. 564, 2013.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>> Acesso em julho de 2016.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. O que a clínica do AT ensina sobre formação. In: SANTOS, Ricardo Gomide (Org.). *Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Instituto A Casa; Hucitec, 2006. p. 109-122.

VIEIRA, M. C. T.; VICENTIN, M. C. G.; FERNANDES, M. I. A. (Orgs.). *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. São Paulo: Cabral Editora Universitária, 1999.

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. et al. (Orgs.). *Saúdeloucural*, SP: Hucitec, 1989. p. 47-59.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. (Coleção Loucura & Civilização)

ZILBERLEIB, Carlota Maria Oswald Vieira. *O acompanhamento terapêutico e as relações de objeto em pacientes-limites*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.