

CÉRISE ALVARENGA

**TRÂNSITOS DA CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO
(AT): DA VIA HISTÓRICA À COTIDIANA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Uberlândia
2006**

CÉRISE ALVARENGA

**TRÂNSITOS DA CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO(AT): DA VIA HISTÓRICA À COTIDIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada
Eixo: Intersubjetividade

Orientador: Prof. Dr. João Luiz L. Paravidini

**Uberlândia
2006**

Cérise Alvarenga

Trânsitos da clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT): da via histórica à cotidiana

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Aplicada

Eixo: Intersubjetividade

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. João Luiz L.Paravidini – UFU
(Orientador)

Prof. Dr. Arley Andriolo – USP

Prof. Profa. Dra. Maria Lucia C. Romera - UFU

Uberlândia, 01 de Abril de 2006.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai por ser um curioso perseverante, à minha mãe por amar tudo o que faz.

Ao Cristiano, que me apoiou em todos “trans”... e fez de minha ausência um elo a mais entre “nós”, meu grato amor.

Aos meus queridos Glênio, Súlivan, Letícia, Valdir, Débora, Vovó Sebastiana e Elza, Luzia, Ana Beatriz e Isabelle, que com seu carinho me ajudavam a partir e a chegar.

Ao meu orientador, João Luiz que, com suas habilidades culinárias, ao invés de me dar o mapa das índias, me acolheu, me desafiou a achar “lugares” para meus próprios temperos... Pelo carinho, pelo entusiasmo, obrigada.

À Maria Lucia, que há tempos me incentiva e apóia a desenvolver uma prática “clínica” reflexiva, inventiva e articulada ao olhar de pesquisadora. Minha gratidão pelo apoio profissional, emocional e pela amizade que rompe “campos”...

Aos professores Caio e Maria Lúcia, pela contribuições instituintes, inquietantes, interpretantes e, sobretudo, generosas na qualificação.

Ao professor Arley Andriolo pelo rico diálogo, possibilitador de trocas, nesses meus “trânsitos”...

Aos professores Caio Próchno, João Luiz Paravidini, Maria Lúcia Castilho, Maria Inês Baccarin e Sílvia Maria Cintra, pelas decisivas contribuições empreendidas nas aulas, na construção de minha identidade de discente, docente e pesquisadora.

Aos ats que se dispuseram a compartilhar suas experiências.

Aos amigos diletos Aline, Evaldo, Helton, Marcela, Patrícia, Peterson, Priscila Rodrigues, Priscilla Brunelli que foram para mim um sustento, um apoio, verdadeiros “objetos transicionais”, durante os mais ou menos 60.480 km externos e internos percorridos. Meu muito obrigado.

Aos amigos artistas Cíntia, Lakka pelo incentivo e encorajamento a esta criação.

À Ana Beatriz, Maria Alzira e Patrícia, pelo carinho, companheirismo e amizade que tornaram o mestrado uma experiência humanizadora.

À Eleonora, Fernando, Ricardo, Marineide, Renato pelo apoio-prontidão oferecidos em diferentes momentos deste percurso.

À Sônia, pelo zelo e cuidado empreendidos neste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES - Brasil.

Aos colegas e professores que estão juntos construindo o Mestrado em Psicologia da UFU.

“Para compreender o momento criativo, e para preservá-lo, é necessário manter a tensão dialética entre Invenção e Descoberta... o sentido de verdade decorre dessa tensão...”.

Fábio Herrmann *Da clínica extensa a alta teoria – IV Meditação*

RESUMO

Este trabalho retrata as diferentes “vias”, histórica e cotidiana, habitadas pela pesquisadora ao se propor a investigar as transformações da clínica do AT – Acompanhamento Terapêutico desde o seu surgimento, para pensar o “lugar” ocupado pela mesma no universo das práticas *psi*. Nesse itinerário trabalhou-se com a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo, sendo que o instrumento utilizado na última foi a entrevista aberta. Através da constituição histórica do desenvolvimento dessa clínica e dos relatos dos ats – acompanhantes terapêuticos a respeito de suas práticas, emergiram temas que foram trabalhados a partir do método interpretativo psicanalítico. Alicerçando-se na concepção deste método, colocou-se em exercício a “escuta” dos sentidos advindos dos campos relacionais habitados pela pesquisadora nas diferentes vias. Das relações do at com outras instâncias sociais: paciente, famílias, instituições, outros profissionais, alguns sentidos se colocaram em movimento. Observou-se que, em meio ao fazer cotidiano do AT, cuja clínica preconiza a idéia de interdisciplinaridade, de uma interação entre diferentes profissionais sem que se estabeleça uma relação hierarquizada, se faz presente um fazer clínico atravessado pela hierarquização e demarcação de saberes por parte dos especialistas. Diferente da ética predominantemente enfatizada na clínica do AT, que prima por uma postura nômade que investe experimentalmente em teorias e práticas, o fazer dos ats e a literatura disponível sobre o mesmo apresentam-se habitadas por diferentes posturas que parecem veicular outras éticas, como a da tutela, da interlocução e da reabilitação psicossocial. A clínica do AT, tendo sido constituída em meio aos saberes *psi*, psiquiatria, psicanálise, psicologia, por um lado veicula em seu fazer diferentes modos de subjetivação, herdando diferentes valores ou éticas que atravessam tais fazeres, reproduzindo-os; por outro, informa e reivindica a necessidade de se construir um fazer clínico comprometido com a complexidade e o dinamismo a que tais saberes estão submetidos. Esta investigação acaba por reconhecer a necessidade da clínica do AT encontrar estratégias que dêem passagem para a invenção de saberes-fazeres, reconciliando-a com as características “fronteiriça” e “itinerante” que a identificam.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia, Acompanhamento Terapêutico, Clínica.

This research has aimed to investigate the place/position occupied by the Therapeutical Accompaniment clinic concerning the psycho-social practices. Field and bibliography research were carried out, having used open interview as instrument and interpretation psychoanalysis as methodology. The results to this work show that the practice of Therapeutical Accompaniment clinic is accompanied by hierarchical relationships and specialized knowledge. This practice is based not only on an erratic and experimental ethic, but also on one of tutelage, inter-dialogue and social reheabilitation. Because this clinic began in the midst of the *psycho* practices (psychiatry, psychoanalysis, psychology) it reproduces its values and ethics as well as allows reflections on the necessity of building-up practices that take into consideration its complexity and dynamism. In conclusion, Therapeutical Accompaniment needs strategies that allow the invention/creation of new knowledge and practice to consider its erratic and experimental; qualities by which it is strongly identified with.

KEY WORDS: Psychology, Therapeutical Accompaniment, Clinic

SUMÁRIO

I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	9
“Do lugar” a partir do qual se iniciam esses trans... ..	9
II - METODOLOGIA	14
III - VIA HISTÓRICA	18
3.1 A constituição da clínica da “doença mental”	18
3.2 As reformas psiquiátricas e os novos dispositivos na clínica da Saúde Mental	27
3.2.1 A psicoterapia institucional francesa e a política de setor	27
3.2.2 O movimento antipsiquiátrico inglês: a Comunidade Terapêutica	29
3.2.3 A psiquiatria antiinstitucional italiana	30
3.2.4 Os efeitos na América Latina... ..	32
3.3 A constituição da clínica do AT: explorando experiências, conceitos e funções	35
3.3.1 Funções do AT	43
3.3.2 AT, publicações e fundamentações teóricas	48
IV - VIA QUOTIDIANA	50
4.1 Os ats entrevistados: quando começaram e há quanto tempo atuam	50
4.2 Os pacientes dos ats: quem são, há quanto tempo são acompanhados	51
4.3 AT: Formação... difusão... ..	53
4.4 A relação at – pacientes	55
4.5 O at e a família	62
4.6 As relações at - instituições, at - outros profissionais	63
V - NO ENTRECRUZAMENTO DA VIA HISTÓRICA COM A VIA COTIDIANA: A TERCEIRA VIA	66
5.1 Sobre inter, multi e disciplinaridade... ..	70
5.2 O tradicional no alternativo	74
5.3 As éticas na clínica do AT	76
5.4 Fazendo dobras... ..	77
VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
“Do lugar” para o qual estes ‘trans’ levam... ou o “lugar” do at	82
VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
VIII – ANEXOS	87
Anexo I: Carta convite	89
Anexo II: Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	90
Anexo III: Entrevistas	91

I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

“Do lugar” a partir do qual se iniciam esses trans ...

Entre os anos de 1994 e 1999 cursei a graduação em Psicologia na Universidade Federal de Uberlândia. Em parte deste período, estive em diferentes experiências de estágio: a primeira delas foi um estágio no Hospital de Clínicas, que trabalhava com o sistema de interconsultas. Chegava até os pacientes através de pedidos de atendimentos que podiam ser feitos por suas famílias ou profissionais do hospital. Volte e meia, zanzava pelo Hospital. Na sala de hemodiálise, nos corredores, nos leitos da UTI ou da Clínica Médica, intervinha junto aos pacientes, às suas famílias e aos outros profissionais. Outra experiência foi o estágio em Oficinas Terapêuticas junto a pacientes neuróticos graves ou psicóticos (em grupos e individual). Num galpão aberto, trabalhávamos semanalmente, ora com argila, ora com música, noutras vezes com dobraduras em papel e com pedras. De tempos em tempos, na entrada da biblioteca do campus ou nos arredores do bloco C, onde se localiza o Curso de Psicologia, realizávamos exposições com as produções (pinturas, esculturas e outras) nossas e dos pacientes, como também promovíamos bazares. Em ambas as experiências, o trabalho fundamentava-se, orientava-se por formulações psicanalíticas e por teorias e técnicas referentes ao trabalho em grupo, como as dos grupos operativos.

Em 1999, após concluir a graduação em Psicologia, começo a atender alguns pacientes como psicoterapeuta e, também, neste primeiro ano de formada, um dos primeiros pacientes que atendo é na condição de at¹. Através de indicação de um dos professores da Universidade, passo a acompanhar um paciente idoso que havia sofrido AVC, tendo a parte esquerda do corpo toda paralisada. Vou a sua casa, e assim como fazia com os pacientes no

¹ Neste trabalho AT será usado para Acompanhamento Terapêutico e at para acompanhante terapêutico.

Hospital ou nas Oficinas, passo a estar com ele, com a família, com seu fisioterapeuta, em momentos diversos: ao lado de sua cama, em passeios de cadeira de roda em torno do quarteirão, no corredor lotado do PS, em uma das suas breves internações. Acompanho este paciente durante dois anos e meio. Paralelamente, curso uma especialização em Clínica Psicanalítica. Além das contribuições psicanalíticas várias, em especial da Teoria dos Campos, sinto minha prática clínica, enquanto psicóloga, amparada por estes estudos e pelas experiências dos estágios.

Em 2002 mudo para Belo Horizonte, onde também começo a trabalhar como at. Leio o livro de Kleber D. Barreto, *Andanças de Dom Quixote e Sancho Pança*, indicação de uma das colegas ats de Uberlândia. Por meio dessa obra, descubro mais Winnicott (...) não o conhecia tanto, quem me apresenta é Kleber D. Barreto. Com clareza e muita sensibilidade, o autor traz os conceitos de Winnicott articulados à sua prática como at. Em diferentes espaços: a casa, a rua, Barreto vai esmiuçando a dimensão terapêutica contida nos mais variados momentos quotidianos, junto aos seus pacientes.

Depois dessa leitura, busco, nas referências bibliográficas, outros livros sobre AT. Interesse-me por *Acompanhamento Terapêutico de pacientes psicóticos*, de Mauer e Resnizky, mas na livraria, escarafunchando as prateleiras e os catálogos, a vendedora consegue encontrar apenas um último exemplar de *A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico*. Editado em 1991, este livro reúne textos de palestrantes do 1º Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos (1989), encontro realizado pelo, na época, Hospital Dia “A Casa”. Algumas idéias me chamam a atenção: uma delas diz respeito à importância dada às saídas do at, outra é a de o AT ser uma prática que no Brasil nasce dentro dos manicômios e, ainda o fato desse livro enfatizar o atendimento junto a pacientes psicóticos. Também fico intrigada com uma discussão que habita certas partes do livro, sobre existir ou não interpretação na clínica do at.

Neste ano de 2002, participo do I Encontro Mineiro de ats, em Belo Horizonte. Nesta ocasião, percebo, através dos trabalhos apresentados e também de uma revista editada por uma clínica de referência que trabalha com AT, que nesta cidade predomina no trabalho e na escrita dos ats uma fundamentação psicanalítica.

Em meio a minha prática de at, às leituras, à participação no evento citado (BH) e às impressões causadas pelos textos lidos no livro *A rua como espaço clínico*, passo a pensar sobre a relação entre Psicanálise e clínica do AT, reflexão que me leva ao projeto de mestrado. Indago sobre a clínica do AT e as particularidades teórico-clínicas na relação com as formulações psicanalíticas.

Isso foi o começo. No transcorrer do primeiro e segundo semestres do mestrado, dialogo um pouco mais com minha busca inicial, por meio de um dos trabalhos finais de uma das disciplinas. Este diálogo me permite reconhecer que algumas questões que são postas na literatura do AT, como por exemplo - se existe ou não interpretação, a partir de qual lugar se interpreta - se apresentavam como espécies de arranjos terminológicos ("atos interpretativos", "elucidações") dispensáveis dentro da idéia de interpretação² com a qual eu trabalhava.

Noutro estrato relacional, imersa na pesquisa bibliográfica, busco compreender mais sobre as particularidades teóricas da clínica do AT. Por meio de diversas leituras, percebo que a forma de conceituar o AT e as funções atribuídas a este vão apresentando modificações.

Outro aspecto que vai me chamando a atenção é que, assim como no livro de Kleber Duarte, outras fontes bibliográficas (periódicos, livros, revista), ao descrever e discutir a prática clínica do AT, dão a impressão ao leitor de estar diante de um relato de atendimento psicoterapêutico ou psicanalítico, com a diferença deste ocorrer em espaços diversos e não restringir-se ao consultório. Então passo a pensar sobre o que diferenciaria este fazer, pois em termos teóricos havia uma aparente equivalência. Recordo-me de um texto no qual uma

² Concepção alicerçada no método psicanalítico interpretativo por ruptura de campo descrito por Fábio Herrmann em suas formulações da Teoria dos Campos.

analista, Marion Minerbo, relata uma experiência em que, compartilhar momentos cotidianos, mudando o enquadre, fora decisivo para avançar no caso. Num dos trechos esta autora diz:

Então saímos, eu, minha paciente e meus dois cachorros, para mais uma de nossas sessões na praça ao lado do consultório. Eles haviam sido requisitados para compor nosso enquadre. A transferência maciça entre minha paciente e minha cachorra não me deixavam alternativas. Meu lugar era acompanhá-las, quieta, atenta. Na pele/mente de um cão me foi possível, aos poucos, ir humanizando esta garota (MINERBO, 2002, p. 223).

Prosseguindo no texto de Minerbo, vai ficando nítido como a inserção da cadelinha Loli, mudando o enquadre da análise, possibilitou uma vinculação mais autêntica entre paciente e analista. Acompanhamos o movimento da autora em acolher uma porção do cotidiano (cachorros) da vida de Tais e compartilhar parte do seu, na medida em que traz Sandy e Billy (seus cachorros) para o consultório e depois para a praça. A serviço do método, a mudança do enquadre se coloca. A analista leva em consideração a relação humanamente canina que se passa ali. A idéia da inserção de Loli surge dentro do campo estabelecido entre elas. Na pele de um cão-analista, Minerbo permite que os cães, como mediadores, se coloquem entre elas, fazendo com que uma gama de afetos antes retesados se pusessem em movimento, fluindo entre a dupla.

Esse texto de Marion Minerbo foi para mim uma espécie de depoimento, mostrando que numa análise houve também a possibilidade de participar do cotidiano de uma adolescente, não sendo então essa característica apenas do domínio restrito do AT. As práticas (análise, AT) evidentemente, não se tornam, idênticas por isso, mas guardam alguma semelhança, ou indicam que há, pensando a partir deste caso, uma fronteira que possibilita uma espécie de território de trânsitos ou espaço de interseção entre práticas que se distinguem.

A partir também do “campo da orientação” e da “qualificação” do mestrado, muitas idéias são postas em movimento. Na trajetória do acompanhamento terapêutico, é possível reconhecer uma práxis que nasce em meio à doença mental, tanto na experiência da Argentina

como no Brasil. Essa práxis, em determinado momento, transpõe os muros institucionais e vai aos poucos instituindo-se como “clínica”, demarcando seu lugar no mercado, no leque das práticas terapêuticas. Observa-se, por outro lado, que essa clínica parece ir se aproximando de um fazer psicoterápico ou da experiência analítica, como a descrita por Minerbo (2002) em que trabalha com “o enquadre a serviço do método”. Assim, da questão inicial que se ocupava em pensar a psicanálise na clínica do at, descubro-me num trânsito investigativo e me pergunto: mas o que é então a clínica do AT, se os limites (at, clínica convencional, psicoterapia, psicanálise) já não parecem tão delineados!?

No terreno destas questões, coloquei-me a investigar os trânsitos dessa clínica, suas transformações históricas e aquelas que acontecem no fazer cotidiano dos ats, objetivando versar sobre o que tem sido a clínica do AT, o que ela “é” ou talvez, melhor dizendo, como “está”, que “lugar” ocupa, no universo das práticas *psicoterapêuticas*.

Este trabalho traz consigo meu transitar investigativo, as marcas (sob a forma de resenha, comentários, informações, discussão) advindas dos territórios que pude habitar ao pensar a questão do “lugar” do AT. Apresento, então, meus trânsitos.

II - METODOLOGIA

A investigação presente foi conduzida alicerçada na concepção de método interpretativo – psicanalítico descrito por Herrmann (1991). Nesta concepção, o método constitui um fazer que busca “escutar” os sentidos fora da rotina, ou do acordo/ consenso que há na comunicação, fora da redução consensual, do sentido habitual que encerram as palavras, as ações e os acontecimentos vários.

Nessa perspectiva, o que dá sentido e delimita os sentidos, tanto os da rotina quanto os fora dela, é o inconsciente relativo, ou seja, aquele que diz respeito a determinado momento particular, ou campo, que para este autor é uma parte do psiquismo em ação, tanto do psiquismo individual como da psique social e da cultura.

(...) por campo haveremos de entender o conjunto de determinações inaparentes que dotam de sentido qualquer relação humana, da qual a comunicação verbal é tão-só o paradigma. É aquilo de que não se sabe nem se nota, quando nele se está. Abrange as conotações de assunto, mas igualmente de domínio (como quando se diz: domínio veritativo de uma proposição) e, mais amplamente, de determinação e sobredeterminação. Um campo sustenta significativamente as relações que nele ocorrem. Na acepção teórica mais ampla, que interessa à Psicanálise, nosso campo limite é o próprio inconsciente (...) cada relação humana dada supõe um campo – na análise, mas também na vida do indivíduo ou da sociedade humana. Assim se cria uma autêntica generalização operacional do conceito de inconsciente; qualquer campo concebível possui a índole de inconsciente relativo para as relações que suporta (HERRMANN, 1991, p. 28).

Numa investigação, em determinados campos relacionais, atenta-se para a emergência de outros sentidos, rompendo os limites impostos pela rotina aos significados. Nas palavras de Herrmann (2002, p. 37) “basta que se siga o processo de escutar noutra campo para que a ruptura de campo ocorra”. Esse escutar se dá através do movimento de “tomar em consideração” o que vai emergindo. Na perspectiva dessa concepção de investigar tais campos ou inconscientes relativos, o que apresentamos neste trabalho são os sentidos que foram sendo escutados, a partir dos diferentes campos relacionais habitados, pela

investigadora, durante o percurso investigativo. Tais sentidos, construídos do estado de tensão entre invenção e descoberta, serão apresentados entremeados a trechos das entrevistas realizadas e a fragmentos de textos pesquisados, experiências que muito auxiliaram a empreender a discussão. O texto abriga, então, as ressonâncias dos temas abordados na pesquisa, a partir dos campos relacionais das entrevistas e dos textos lidos ao longo da pesquisa bibliográfica.

Dois grandes campos nos auxiliaram a iniciar o percurso: o campo histórico e cotidiano (entrevistas). Cabe salientar que, no transcorrer deste texto, o que está sendo exposto pode ser pensado como o efeito da relação da pesquisadora com os campos vários habitados no mestrado: da orientação, da sala de aula, da qualificação, das leituras diversas, das entrevistas como também da experiência enquanto at. Tal observação se faz necessária para que o leitor entenda em que circunscrição se coloca esta investigação, a partir de qual concepção de pesquisa ela se delinea. Aqui se entende que há um constante atravessamento dos vários campos referidos acima inaugurando outros, de questionamento e reflexão.

Em relação aos *sujeitos que* compõem o corpus deste estudo, cabe lembrar que, como se trata de uma pesquisa qualitativa, mais que o número, importa a expressão dos entrevistados, os sentidos que vão emergindo a partir deles. Como afirma Rey (2002), o conhecimento científico, em se tratando de pesquisas qualitativas, não se legitima pela quantidade de sujeitos a serem estudados, mas pela qualidade de sua expressão:

A expressão individual do sujeito adquire significação conforme o lugar que pode ter em determinado momento para a produção de idéias por parte do pesquisador. A informação expressa por um sujeito concreto pode converter-se em um aspecto significativo para a produção de conhecimento, sem que tenha de repetir-se necessariamente em outros sujeitos (REY, 2002, p. 35).

No caso da pesquisa presente, interessava a expressão das diferentes experiências de ats. Foram entrevistados 7 ats em três localidades: Uberlândia (3), Belo Horizonte (2) e São Paulo (2).

Os *procedimentos* podem ser descritos em dois momentos: por meio da pesquisa bibliográfica reconstruíram-se, num primeiro momento, alguns “quilômetros” da via histórica. O objetivo foi de mapear um terreno de idéias e práticas possivelmente possibilitadoras do AT (acompanhamento terapêutico), no contexto das práticas em Saúde Mental. Ao fazer isso, deparamos também com as transformações deste fazer denotadas principalmente através das funções que ele foi adquirindo, descritas por diferentes autores no transcorrer de mais ou menos três décadas. A partir da constituição desta etapa, nos propusemos a continuar a investigação da via histórica e abrir também outra via, a quotidiana, para que pudéssemos, através do entrecruzamento dessas vias, discorrer sobre a questão que se impôs: *qual(is) o(s) lugar(es) do AT, no universo das práticas psi.*

Quanto ao *instrumento* utilizado, pela via quotidiana, recorreu-se à entrevista aberta descrita por Bleger (1998), e, por meio dela buscou-se colocar em ação uma estratégia que permitisse uma liberdade maior de expressão do entrevistado e de intervenções da pesquisadora. Durante as entrevistas a idéia era propiciar uma espécie de errância, a fim de que as vozes da clínica do AT, moduladas pelo tom e timbre da rotina, pudessem expressar modulações outras.

Ao entrar em contato com os entrevistados e convidá-los a colaborar com a pesquisa, explicava-se o objetivo da entrevista: conversar sobre o fazer quotidiano, sobre as experiências de cada um como at (acompanhante terapêutico).

Em Uberlândia foram feitas entrevistas com dois ats vinculados à uma clínica psicoterápica, Trilhas, que oferece também o serviço de Acompanhamento Terapêutico, e com outro at que é autônomo. O contato foi feito tanto por telefone como pessoalmente. Dois

dos ats entrevistados já eram conhecidos da pesquisadora, o outro foi convidado a participar da pesquisa através de uma das ats já entrevistadas.

Em Belo Horizonte, inicialmente buscou-se contato com uma clínica de referência em Saúde Mental, Urgentemente, que trabalha com o AT, por meio desta realizou-se uma entrevista. Outra tentativa foi com uma equipe de ats, Cooperativa Séqüito, que constava num site, através de um telefone exposto no mesmo. Não conseguindo resultado por meio deste número, os nomes do ats foram anotados e procurados na lista telefônica. Por telefone foi possível falar com uma das ats e marcar a entrevista. A entrevistada explicou que a equipe que constava no site fora uma tentativa, três anos antes, de criar uma cooperativa de ats, mas que não dera certo. No momento, ela estava se desligando da instituição em que trabalhava.

Em São Paulo o contato com os ats foi feito através de um amigo psicólogo que trabalha no instituto “A Casa”, instituição de referência em Saúde Mental e no trabalho de Acompanhamento Terapêutico. Dois ats foram entrevistados, sendo que um deles atende tanto por esta clínica como por fora.

Em Belo Horizonte e São Paulo, ao entrar em contato com as instituições, o convite era formalizado por uma carta-convite (Anexo I). Apesar de não restringir o convite a ats com formação em psicologia, todos entrevistados são psicólogos.

As entrevistas foram realizadas em diferentes locais, que incluíram consultórios particulares, residências dos entrevistados e foyer de sala de cinema, com a duração variando em média de 45 min a 1h:20 min. Foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas (Anexo II).

III - VIA HISTÓRICA

Na primeira parte da via histórica, apresenta-se uma espécie de descendência da clínica do AT. Por ser uma prática gestada inicialmente no interior de um trabalho junto a pacientes psicóticos, o AT tem sua origem diretamente ligada à da clínica da doença mental e a desdobramentos desta, como as reformas psiquiátricas. Mediante essa origem, demarcada nos territórios da Saúde Mental, são resgatadas algumas contribuições de Michel Foucault sobre a forma como a “loucura” foi sendo pensada em diferentes períodos históricos até ser representada como doença mental, tendo fazeres e saberes clínicos direcionados a ela. Em seguida, são apresentadas as reformas psiquiátricas em alguns países bem como as idéias que passam compor os fazeres em Saúde Mental antes da criação do AT.

Na segunda parte apresentam-se, a partir de experiências na Argentina e no Brasil, as definições e funções que vêm sendo atribuídas ao AT nas duas últimas décadas, explorando a constituição desta clínica.

3.1 A constituição da clínica da “doença mental”

É possível acompanhar com Foucault (1972), a partir de determinados períodos históricos como a Idade Média, a Renascença, o Iluminismo o desenrolar de acontecimentos e concepções atrelados a estes que foram atravessando o conceito de “loucura” até chegar na composição da idéia de doença mental.

No final do século XV, de acordo com Foucault, o imaginário europeu, antes ocupado pelo terror da lepra e por seus protagonistas, vai passar a ser habitado pela figura dos doentes venéreos e, posteriormente por um tipo específico de passageiros das embarcações; os

loucos. Os sentidos que vão estar associados tanto a doença venérea como à loucura e que predominam, neste período, são o de uma exclusão social moral, como castigo para reintegração espiritual, para uma purificação.

No Renascimento, a *Nau dos loucos* passa a compor o imaginário social. Esta passa a existir tanto na composição literária como atracando nos portos entre uma cidade e outra. Através desta imagem, o louco era entregue à correnteza infinita do mar. Havia nisto um sentido ritual de exílio, purificação e passagem para o incerto. Nas palavras de Foucault (1972) “é para o outro mundo que parte o louco, e é do outro mundo que ele chega quando desembarca” (p.12). A sua exclusão vai se dar num espaço geográfico que é semi-real, semi-imaginária, ele é colocado no interior do exterior e inversamente. Como explica Foucault,

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre e aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem (FOUCAULT, 1972, p. 12).

Assim, a idéia que vai ocupando o imaginário europeu é a seguinte: o louco é aquele que está em toda parte e não está em nenhuma. A loucura vai substituindo o tema que predominava no século XV, a morte, não ocorrendo propriamente, uma ruptura, mas como diz Foucault (1972, p. 13) “uma virada no interior da mesma inquietude”, pois a loucura expressa o vazio da existência. Vazio este não mais reconhecido como exterior e final, mas como algo sentido do interior, como uma forma contínua e constante de existência.

A imagem paradigmática da *Nau dos Loucos*, essa figura mui simbólica, esteve presente tanto na literatura, como na *Stultifera Naviculae Scaphae Fatuarum Mulierum*, de Josse Bade, quanto nos quadros de Bosch, Grünewald e Dürer, dentre outras obras. (Foucault, 1972).

Na literatura e na iconografia a exploração do tema da loucura e sua denúncia tornam-se a forma geral da crítica. Nas farsas, a personagem do louco e do bobo da corte assumem importância, tomando o lugar do centro do teatro, como o detentor da verdade, complementando de maneira inversa o papel que a loucura assume nos contos e sátiras.

Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar no cômico, ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos (FOUCAULT, 1972, p.14).

O louco, nessas formas de expressão, lembra a cada um sua verdade, de modo que a loucura é uma espécie de saber. Portanto, até o século XVI, sabedoria e loucura estarão próximas.

Nesta época, nas formas plástica ou literária, pintura e texto remetem-se um ao outro, evidencia-se essa relação de complementaridade. Entretanto, essa unidade entre verbo e imagem começa a se desfazer, não compartilhando mais uma mesma significação. Ocorre que a pintura, através de seus valores plásticos próprios, mergulha numa experiência que se afastará da literatura. Apesar de versarem sobre o mesmo tema, pintura e literatura tomam direções diferentes que indicam a grande linha divisória na experiência ocidental da loucura. A imagem, de acordo com Foucault, liberada da sabedoria e lição que a ordenava, passa a gravitar ao redor de sua própria loucura.

Paradoxalmente esta libertação provém de uma abundância de significações, de uma multiplicação do sentido por ele mesmo, que tece, entre outras coisas, relações tão numerosas, tão cruzadas, tão ricas que só elas podem ser decifradas no esoterismo do saber, e que as coisas, por sua vez se vêem sobrecarregadas de atributos, de índices de alusões onde acabam por perder sua própria figura. O sentido não é mais lido numa percepção imediata, a figura deixa de falar por si mesma; entre o saber que anima e a forma para a qual se transpõe, estabelece-se um vazio. Ela está livre para o onirismo (FOUCAULT, 1972, p. 18).

A pintura/imagem expressa a libertação da tradição. Inicialmente pelas figuras de animais – a animalidade escapa à domesticação e fascina o homem por seu furor - revela a loucura que há nos homens. As imagens, então, já não mais possuem saber, não ensinam, apenas fascinam; e fascinam enquanto enigmas, enquanto obscuro e desconhecido, enquanto mistério, que desafia a compreensão. “Em todos os lados a loucura fascina o homem”, e quando este homem “desdobra o arbitrário de sua loucura, encontra a sombria necessidade do mundo; o animal que assombra seus pesadelos e noites de privação é sua própria natureza” (p. 22).

No espaço da visão/imagem, a loucura desenvolve seus poderes em elementos como fantasmas e ameaças, aparências de sonho e destino secreto do homem, tendo neles uma força primitiva de revelação. Revela que o onírico é real, que a fina superfície da ilusão se abre sobre uma profundidade irrecusável. Na trama do visível e do secreto, da imagem imediata e do enigma reservado é que se desenvolve, na pintura, a trágica loucura do mundo.

No discurso, na literatura ou na filosofia, a expressão da loucura governa as fraquezas humanas, dá-lhe um papel privilegiado de sátira moral. Há uma contemplação da loucura à distância, e sua apreensão se dá por meio da consciência crítica, diferente da pintura, em que há uma experiência trágica da loucura. Foucault (1972, p. 25) exemplifica: “enquanto Bosh, Brueghel e Durer eram espectadores terrivelmente terrestres, e implicados nesta loucura que viam brotar à sua volta, Erasmo observa-a a uma distância suficiente para estar fora de perigo”.

É no transcorrer do século XVI que a consciência crítica (distanciada) se tornará mais forte. Na filosofia de Descartes, o sujeito que duvida, que pensa, é o que chega à verdade. Para pensar precisa da vontade, inclusive pela vontade de optar pela (des) razão, através do pensamento metódico.

No século XVII, os Hospitais Gerais passam a recolher os pobres das cidades. Os antigos leprosários se transformam em casas de trabalho forçado, pois com a Reforma Protestante a preguiça passa a ser o principal vício a ser combatido. Pobres e ricos existem por vontade de Deus, mas o pobre atesta a maldição divina. Assim, todos que possuem fé devem extinguir a miséria por meio do trabalho. Vai se evidenciando um sentido ético, mas que é também econômico, sendo o sentido predominante o da repressão.

A internação é uma criação do século XVII. Ela assumiu desde o início uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão, tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 1972, p. 78).

Atravessada pelo discurso da consciência crítica e da ética protestante, a loucura vai sendo relacionada à má vontade, a um erro ético. O homem despojado de razão é um bicho, é como um animal. Tem-se então um elogio à razão, à moral racional obtida pela graça divina.

O pensamento político e moral do século XVII vai construindo lentamente a idéia de doença mental, de que é portador o indivíduo juridicamente incapaz, o homem que perturba o grupo, o meio social. Coloca em jogo as condutas do homem social, preparando o terreno para “uma patologia dualista em termos de normal, anormal, de sadio e mórbido” (FOUCAULT, 1972, p. 131).

No século XVIII, ser preso junto aos loucos é uma humilhação, significa ser um alienado, ter a razão oprimida, a expressão silenciada. Nessa época, alguns presos políticos que foram colocados em casas de internação revoltam-se, protestando contra a mistura com os loucos. Também, nesse período, em meio a uma crise, a economia liberal passa a defender a idéia de que quanto menor for a população, maior será a pobreza. A internação torna-se então um erro econômico. O resultado desse raciocínio para a população asilada é o seguinte: os

pobres são inseridos socialmente, colocados no circuito produtivo, na indústria nascente, os inválidos e loucos são entregues às famílias, passam a ser, portanto, um problema privado. Passa a existir sanção penal para as famílias que deixassem esses indivíduos andarem livremente pelas ruas. A vigilância cabe ao cidadão comum, é ele quem exerce o poder de polícia; o homem livre, dotado da vontade e razão, de direitos e deveres é que se torna o juiz da loucura. Ele decidirá por aqueles que são desprovidos de razão, da vontade e, conseqüentemente, da liberdade.

A internação passará a ter a função de organizar a liberdade. As casas de internação serão transmutadas em asilos e é nestes que a medicina vai encontrar o seu lugar. Foucault apresenta dois modelos de asilo representativos dessa época, os quais estão relacionados às figuras de Tuke e Pinel.

Tuke, um quacre, idealiza o asilo a partir do modelo religioso: através do retiro, constituía-se uma organização análoga à da família. Cabia a esse ambiente, em sua proposta de retorno à natureza, retirar do homem doente tudo o que fora depositado de artifícios, perturbações inúteis, conduzindo-o ao homem natural. Ao final do retiro, “sob alienação aparece o inalienável, que é natureza, verdade, razão e pura moralidade social” (Foucault, 1972, p. 470). Tuke cria um asilo que substitui o medo da loucura: deve-se temer não aquilo que está fora, mas o que habita a consciência. Através da culpabilidade o louco se torna objeto de punição, ele deverá reconhecer e conscientizar-se dessa culpa e voltar a sua consciência de sujeito livre e responsável, retornando à razão.

O asilo do médico Philippe Pinel, desenvolveu procedimentos que levaram à interiorização de uma instância judiciária e ao nascimento do remorso no espírito do doente.

O asilo da era positivista, por cuja fundação se glorifica a Pinel, não é um livre domínio de observação, diagnóstico e de terapêutica: é um espaço judiciário onde se é acusado, julgado, condenado e do qual só se consegue a libertação pela versão desse processo das profundezas psicológicas, isto é, pelo arrependimento (FOUCAULT, 1972, p. 496).

A figura do médico no tratamento da loucura, num primeiro momento, é para Foucault, parte de uma imensa tarefa moral. Não é como cientista e sim como sábio que ele passa a compor o cenário asilar. Representando a figura de um pai, um juiz, a lei, apresentando caráter firme, o médico, segundo Pinel, cura quando põe em jogo essas figuras. Aos olhos do doente o médico torna-se um taumaturgo, ou seja, aquele que opera milagres. Ele é quem empresta a ordem, a moral, é sua condição de médico que promove isto. Entretanto, aos olhos positivistas do próprio Pinel, ele não pode ser esse operador desses obscuros poderes de cura. Existe então a realidade do par médico-doente em que se resumem, se ligam e também se desfazem todas as alienações. A psiquiatria do século XIX vai convergir seu olhar para o primeiro médico que aceitou essa realidade, a dinâmica dessa relação e não tentou ocultá-la numa teoria psiquiátrica que se harmonizasse com o resto do saber médico e com a positividade deste: Sigmund Freud.

A Psicanálise de Sigmund Freud trouxe novos entendimentos sobre a psicodinâmica do universo psíquico humano, lançando luzes sobre o entendimento das neuroses e psicoses. O saber psicanalítico colocou em questão a dicotômica relação entre normal e anormal, loucura e sanidade, doente e saudável, pois a angústia, a dor, os desejos, as fantasias e a desorganização constituem a vida psíquica de todos os indivíduos.

Foucault (1972) nos coloca o seguinte: Freud assumiu todas as conseqüências desse fato, par médico-doente e, se por um lado desmistificou as estruturas do asilo, abolindo o silêncio, calando as instâncias de condenação, por outro, explorou a estrutura que envolve a personagem do médico, ampliou suas virtudes de taumaturgo, conferindo-lhe um estatuto quase divino. Fez “deslizar na direção do médico todas as estruturas que Pinel e Tuke haviam organizado no internamento” (Foucault, 1972, p. 503), agrupando os poderes da existência asilar e ligando-os às mãos do médico. Na figura deste, a alienação torna-se desalienante, pois se torna objeto. A loucura vai se tornando objeto de conhecimento, e como tal só é

apreensível por aquele que detém a consciência da não loucura, ou seja, pelo sujeito do conhecimento.

(...) é o não louco que conhece o louco, pois é na qualidade de objeto que a loucura se põe para o sujeito que conhece. Estar louco e ser objeto são possibilidades que se encontram para o homem, ao final do século XVIII. Trata-se de um encontro do qual nasceram a psiquiatria e inúmeros temas de uma ciência objetiva do homem como a Psicologia (FRAYZE-PEREIRA, 1985, p. 93).

Em sua gênese da loucura, Foucault (1972) vai destrinchando a interessante questão de como a loucura, epistemologicamente, passa a ser reconhecida como “doença mental”, isto é, do surgimento do discurso/prática psiquiátrica e de seu “objeto” de investigação e atuação terapêutica: a loucura como doença mental. Nalli (2001) expõe que vão se delineando, na versão foucaultiana da *História da loucura*, as condições de possibilidade da emergência histórica da racionalidade moderna e do discurso psicopatológico em geral, e do psiquiátrico em particular – mediante o surgimento histórico de seu objeto: a doença mental.

Na *História da Loucura* de Foucault, aquilo que nos parece incontestável, a loucura como um “fato médico”, se apresenta, nas palavras de Frayze-Pereira (1985), como “fato de civilização”, possui uma determinação histórica. Em seus escritos é possível perceber que a idéia de razão-desrazão foi gestada em meio a um emaranhado de idéias como exposto acima. Depois disso, entre o homem da razão e homem da loucura não houve mais linguagem em comum, ocorrendo uma espécie de silenciamento da loucura.

A loucura passa a ser falada segundo um código que é do médico, delegado da razão. Isto significa que a dimensão propriamente humana da experiência da loucura desapareceu. Em seu lugar surgiu um discurso anônimo através do qual se define quem está privado de racionalidade e o porquê (FRAYZE-PEREIRA, 1985, p. 100).

No século XIX, a loucura vai ganhando status psicológico: a alma sofre, a mente tem que ser tratada, o louco é um ser humano que está em conflito consigo próprio e com sua

própria desordem.

A partir da contribuição de Foucault, percebe-se que a história de como a idéia de doença mental foi construída e depois tratada, é repleta de vicissitudes.

Desde o século XIX, período em que a ciência médica passa a construir saberes a partir daquilo que se configurou doença mental, foram se constituindo uma série de práticas, técnicas, métodos e teorias correlatas que buscaram se encarregar da mesma.

No séc XX as concepções organicistas vão predominar e se impor de maneira definitiva, de acordo com Castel (1978), sendo o status do doente mental o de alienado e medicalizado.

Neste início de século é que vão surgir os hospitais psiquiátricos clássicos, nos quais a instituição se organiza “em uma série de disposições graduadas em torno de enfermarias, unidades administrativas denominadas serviços, e de possibilidades de o paciente vir a ter alta”. (CARNEIRO E ROCHA, 2004, p. 67). Estas autoras colocam que a organização das enfermarias se dá em níveis, como: ala C, dos “loucos varridos”, ala B, dos “inofensivos”, ala A, dos passíveis de receberem “alta hospitalar”. O tratamento é fundamentado basicamente em técnicas coercitivo-punitivas e na administração de psico-fármacos. Esta forma da instituição se organizar administrativamente e no que se refere aos fundamentos do tratamento oferecido, irá se manter durante as primeiras décadas do século XX.

3.2 As reformas psiquiátricas e os novos dispositivos na clínica da Saúde Mental

A ocorrência de guerras e o intenso sofrimento bio-psico-social e, sobretudo, econômico causado por elas leva diferentes sociedades, no século XX, a repensar o hospital psiquiátrico como instrumento principal de tratamento mental. Alguns exemplos merecem ser expostos.

3.2.1 A psicoterapia institucional francesa e a política de setor

É num clima de reconstituição e de libertação social que ocorrem os movimentos de reforma psiquiátrica na França. A consciência da necessidade de uma nova psiquiatria instigava uma geração de psiquiatras que acabavam de passar pela ocupação alemã, tendo que se deparar com o fato de cerca de que 40% dos pacientes internados nos hospitais franceses haviam morrido durante a Segunda Guerra Mundial e que o genocídio nazista tinha sido precedido do extermínio de doentes, velhos e loucos.

Foi a partir de 1940 que a Psicanálise começou a ser inserida nos hospitais franceses, ano em que Tosqueles, um catalão exilado depois da Guerra Civil Espanhola, cria um asilo rural, o hospital psiquiátrico de Saint Alban.

Tendo sido influenciada pela Psicanálise, de acordo com Desviat (1999), a psicoterapia institucional francesa constituiu o fundamento teórico da política francesa de setor.

Uma definição apresentada por Desviat (1999), para a psicoterapia institucional francesa é a de um conjunto de ações que permite a criação de campos transferenciais multifocais. A psicoterapia institucional francesa, segundo Hochman (apud Desviat, 2003), procurou organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes utilizando de modo terapêutico os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição nos sistemas de verbalização do que acontece.

Nesta perspectiva trabalhava-se com a hipótese inicial de que na *Instituição Total*³ todos estão doentes, de forma que a terapia deve abarcar o hospital inteiro, funcionários e doentes, pois a instituição em seu conjunto deveria ser tratada. A contratransferência constitui-se em um ponto central do debate travado na época, no qual lacanianos consideraram

³ Termo utilizado por Erving Goffman em sua obra *Manicômios, prisões e convento*, para designar instituições, onde as pessoas convivem por determinado tempo, compartilhando o espaço, o trabalho, os afazeres cotidianos, as regras administrativas, enfim as regras da instituição.

que era primordial a interpretação da contratransferência institucional. A instituição transformava-se toda ela num analisador.

Entre 1945 e 1947 realizaram-se jornadas nacionais de psiquiatria na França, que formaram as bases para a política de setor. Desviat (1999) expõe que se buscava abandonar o conceito de assistência para chegar a uma estratégia de projetos terapêuticos individuais, considerando também a dimensão pública-coletiva. Essa política foi considerada por muitos não só como a busca de uma nova psiquiatria, mas como uma ação de saúde pública. Adotou-se a territorialização de assistência, que permitia um conhecimento melhor da população no momento da elaboração dos programas e aproximava dos serviços prestados os usuários. Buscou-se romper com a centralização no hospital, descentralizando a assistência em pequenas zonas em torno de uma multiplicidade de serviços comunitários existentes na comunidade, antes de chegar a criar alguma instituição especializada. Os três principais fundamentos articuladores da política de setor eram:

Princípio da setorialização ou zoneamento. Delimitaram-se áreas com 50 a 100 mil habitantes; princípio da continuidade terapêutica. Uma mesma equipe no conjunto de cada setor deveria fornecer o tratamento e se encarregar do paciente nos diferentes serviços e momentos do tratamento, desde a prevenção até a cura e a pós-cura; o eixo de assistência deslocou-se do hospital para o espaço extra hospitalar. O paciente deveria ser atendido, na medida do possível, na própria comunidade. O efeito cronicizador da instituição deveria ser evitado (DESVIAT, 1999, p. 31).

Guattari (1993) fala da experiência da Clínica de La Borde em 1955, onde a Psicoterapia Institucional encontrou terreno fértil para se desenvolver. Segundo esse autor, a instituição enquanto máquina devia operar na produção de diferentes modos de subjetivação. Tal experiência deve ocorrer dentro de um mini-revolução interna nas relações de poder entre os profissionais (pessoal técnico e de manutenção), no sentido de romper com a compartimentação e especificidade de cada área do saber, e nas relações dos profissionais com os pensionistas-pacientes.

As características dos movimentos de reforma psiquiátrica na França, como a política de setor francesa e a Psicoterapia Institucional, forneceram novas referências para a Saúde Mental, dentre elas, o deslocamento da assistência para espaços extra-hospitalares e a ênfase ao atendimento na própria comunidade. Estas características passam a ser levadas em consideração na elaboração e implantação de projetos de reabilitação em Saúde Mental.

3.2.2 O movimento antipsiquiátrico inglês: a Comunidade Terapêutica

Na Inglaterra, a Segunda Guerra fez com que o Estado se encarregasse de todos os recursos sanitários, integrando-os e regionalizando-os num Plano de Emergência que se destinava a garantir a assistência aos soldados e à população civil. Objetivava-se vencer as potências do eixo fascista, vencer a guerra e, além disso, esperava-se um futuro melhor, um novo mundo. Nesses tempos de guerra, a Comunidade Terapêutica, com o aperto causado pela escassez de pessoal, proporcionou um meio de organizar as atividades das instituições totais e parciais amplamente utilizado até hoje. A idéia de Comunidade Terapêutica aplicada ao hospital psiquiátrico era a de que a responsabilidade pelo tratamento não ficaria restrita ao pessoal médico, mas também aos outros membros da comunidade (1968 JONES apud DESVIAT, 1999).

Os princípios da Comunidade Terapêutica são elencados por Desviat (1999) como: liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções; análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal, de tudo o que acontece na instituição (reuniões diárias dos pacientes e do pessoal, psicoterapia de grupo); tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais, em um ambiente de extrema tolerância; atividades coletivas (bailes, festas, excursões etc.); presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço.

3.2.3 A psiquiatria antiinstitucional italiana

Na Itália, um dos marcos ou mitos fundadores da reforma psiquiátrica é o Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Em 1961, o hospital passa a ser dirigido por Basaglia que, juntamente com outros psiquiatras, transformam-no a princípio em uma comunidade terapêutica. Posteriormente, acontecem movimentos no sentido de desarticular os manicômios. A respeito desse processo Desviat (1999), p. 42 expõe que:

(...) ficaram para trás as técnicas inovadoras de tipo institucional, reduzidas a uma simples camuflagem dos problemas, diante da luta contra a exclusão e a violência institucional, a demolição dos manicômios e a transposição da crise do doente mental para o âmbito social. A psicopatologia foi momentaneamente colocada entre parênteses. A prática converteu-se numa ação política.

Em 1971, Basaglia iniciou experiência em Trieste e com ela o desenvolvimento da idéia de que era preciso construir novas possibilidades e formas de entender e tratar a loucura, não suspendendo o tratamento enquanto este se apresentava necessário. Em 1973 constituiu-se o Movimento da Psiquiatria Democrática, plataforma basagliana que pretendia estender a reforma a todo o estado italiano.

Em meio a modificações de cunho político – governo de centro-direita dando lugar a governo de centro-esquerda - foi se constituindo um processo de denúncia e de mudanças. Com isto almejava-se inicialmente a humanização dentro do hospital psiquiátrico, para depois dar lugar, mais no final dos anos 60, a um amplo movimento sustentado por organizações de base estudantil e sindical de trabalhadores. As críticas se estendiam a todas as formas de marginalização, tais como: reformatórios, presídios, albergues de assistência social e outros – família, escola, fábrica - que sustentavam a fachada ideológica e moral do sistema social.

À reprovação aos manicômios ligou-se a reivindicação de uma reforma sanitária que instaurasse um sistema nacional de saúde universal e equitativo, nos moldes do britânico.

Foi com a Lei 180, de 1978 que a sociedade italiana decretou a extinção dos manicômios. Esta lei proporcionou instrumentos valiosos para a reforma psiquiátrica, também estabelecendo medidas concretas e operacionais por meio das seguintes exigências:

- Não poderia haver novas internações em hospitais psiquiátricos a partir de maio de 1978; proibiu-se a construção de novos hospitais psiquiátricos. - Os serviços psiquiátricos comunitários, os serviços territoriais, deveriam ser criados para determinadas áreas geográficas e trabalhar em estreito contato com as unidades de pacientes internados, a fim de garantir um atendimento contínuo. Poderiam dispor de unidades psiquiátricas, com um número de leitos nunca superior a 15, nos Hospitais Gerais, onde seriam realizadas todas as internações, tanto voluntárias como forçadas. - Aboliu-se o estatuto de periculosidade social do doente mental. Nos casos de tratamento obrigatório, estabeleceu-se que um juiz deveria tutelar a salvaguarda dos direitos civis dos pacientes. A internação obrigatória, diante de uma recusa do tratamento, em caso de necessidade terapêutica urgente, poderia ser autorizada por dois médicos, ou pelo prefeito ou um representante seu. Essa internação estaria sujeita a uma revisão judicial depois de dois e após sete dias, contanto com uma grande variedade de recursos para apelações (DESVIAT, 1999, p. 45).

A proposta socio sanitária dos centros de saúde de Trieste, abertos 24 horas e encarregados dos serviços médicos ambulatoriais, hospitalização breve, centros de tratamento dia, hospital noturno, alimentação e serviços de assistência social possibilitou o fechamento dos hospitais psiquiátricos sem que houvesse um abandono da população doente crônica. Desenvolveu-se uma ampla rede de serviços, com atenção especial para o atendimento à cronicidade, tanto no espaço da acolhida como na reabilitação por meio do trabalho, através das cooperativas de pacientes. Estas últimas se constituíram em uma das grandes conquistas de Trieste, representando, segundo o autor citado, um salto radical da benemerência para o mundo do trabalho normalizado, ainda que protegido.

Considerando-se as características das reformas psiquiátricas descritas acima, que incluem a psicoterapia institucional francesa e a sua política de setor, a antipsiquiatria inglesa e suas comunidades terapêuticas, assim como a psiquiatria antiinstitucional, na experiência italiana, percebe-se que as reformas vão ocorrendo dentro de um contexto histórico, que tem como um dos marcos principais o período posterior à Segunda Guerra Mundial. Nesse

contexto, a busca por uma reconstrução/reorganização da “Clínica da Saúde Mental” pública se dava em diferentes dimensões: social, política e econômica.

Sobre o período das reformas psiquiátricas e as dimensões implicadas no mesmo, Sereno (1996) citando Rotteli (1990), comenta que por volta da década de 60 a palavra de ordem “desinstitucionalização”, na Europa ocidental e dos EUA, era utilizada para vários fins,

para reformadores, o sentido era o de inovação da capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-a de suas funções arcaicas de controle social, coerção e segregação; para os técnicos e políticos, assemelhava-se à corrente da antipsiquiatria de Laing e Cooper, na perspectiva de abolição de todas as estruturas de controle social; para os administradores, a racionalização financeira e administrativa, a diminuição do número de leitos (SERENO, 1996, p.6).

Com o mapeamento dos movimentos ocorridos na França, Inglaterra e Itália, pretendeu-se apresentar uma idéia geral sobre o contexto em que vão se constituindo, em nível mundial, as modalidades de práticas consideradas “reformistas” no âmbito da Saúde Mental.

Reconstituir o ideário reformista e suas determinações possibilita circunscrever parte do contexto no qual se constroem práticas ditas alternativas na esfera da Saúde Mental, e, por conseguinte, do AT.

3.2.4 Os efeitos na América Latina ...

Na América Latina, nas décadas de 60 e 70 é possível identificar mudanças nos trabalhos desenvolvidos em Saúde Mental que vão se processando em diferentes países. As ações inspiradas nas experiências de comunidades terapêuticas, na psicologia institucional, na antipsiquiatria italiana vão acontecendo antes da existência de leis jurídicas que garantissem os direitos civis dos pacientes, com modalidades de ações terapêuticas que buscavam maior articulação com a complexidade histórico-político-social da doença mental.

O marco legitimador das modificações, de acordo com Desviat (1999), se dá em 1990, durante a “Conferência regional para reestruturação da atenção psiquiátrica” realizada em Caracas. Nesta conferência, políticos sanitaristas, legisladores e técnicos responsáveis pela Saúde Mental na região, com o apoio de técnicos da Espanha, Itália e Suécia aprovaram um projeto de reforma para a América Latina e Caribe. Neste evento, a necessidade de criar diferentes recursos terapêuticos e de implantar um sistema de atendimento que garantisse o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes foi proclamada, assim como a necessidade de superar o hospital psiquiátrico e estabelecer modalidades de atenção alternativa na própria comunidade.

No Brasil, observam-se transformações no âmbito da Saúde Mental nas décadas de 60, 70 e 80, com movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência ao doente mental. Os principais questionamentos se relacionavam à natureza do modelo privatista e a sua incapacidade de produzir um atendimento que contemplasse as necessidades de seus usuários. Tais questionamentos e críticas se dirigiam, também, às noções de clínica e cidadania ancoradas em uma concepção universal de sujeito, segundo a qual a normalidade deveria ser reconstituída. O saber psiquiátrico foi colocado em debate. Em meio a estes questionamentos, fazia-se necessário constituir locais, instrumentos técnicos e terapêuticos e novos modos sociais de estabelecer relações com os doentes mentais.

Sereno (1996), destaca que no final dos anos 60, a experiência antipsiquiátrica se fez notar com a criação das comunidades terapêuticas, principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.

As transformações ocorridas nas últimas três décadas se evidenciam na análise de Amarante (1995) sobre o percurso da reforma psiquiátrica brasileira (no período de 1970 - 1990), na qual discorre sobre a existência de distintas trajetórias: a *alternativa*, a *sanitarista* e a da *desinstitucionalização* ou da *desconstrução/ invenção*.

A trajetória alternativa é identificada ao contexto do surgimento de movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que denunciaram a violência generalizada no país e demandavam melhores condições de vida. Nesse período, segundo o autor, há o início de um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico/psicológicas, que dá origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

O segundo momento de mudanças na Saúde Mental é marcado pela trajetória sanitária iniciada nos primeiros anos da década de 80, período em que houve uma progressiva ocupação, por intelectuais identificados ao ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira, dos espaços públicos e lugares de decisão dentro do aparelho de Estado. Embora esses intelectuais tenham proposto mudanças nas políticas de saúde, na visão de Amarante (1995), esse momento vai marcar um recrudescimento do pensamento crítico em relação à saúde e um investimento na construção de um saber associado apenas à gestão e planejamento do sistema de saúde e da reforma da assistência no campo da Saúde Mental.

Num terceiro momento, há um distanciamento do processo da Reforma Sanitária, e o movimento pela reforma psiquiátrica reencontrará suas origens, através da atitude crítica e de um viés desinstitucionalizante. O marco dessa nova fase, segundo o autor, inicia-se após a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, e a tomada de decisão de realizar um congresso dos trabalhadores em saúde mental - o histórico congresso de Bauru, em 1987 - onde foi lançada a utopia *Por uma sociedade sem manicômios*, bem como as bases de um novo movimento social.

Outro momento-marco nesse processo de transformações no âmbito da saúde mental foi o projeto de Lei 3657, esse foi apresentado em 1989, contemplando pontos da reforma psiquiátrica, tendo sido aprovado em 1999 e sancionado em 2001. Este projeto redirecionou o modelo assistencial em saúde mental através da extinção progressiva dos manicômios e sua

substituição por outros recursos assistenciais, além disso regulamentou a internação psiquiátrica compulsória

Na exposição de Generoso e outros (2002), os movimentos reformistas das últimas duas décadas (80,90), no Brasil, cuja proposta era o deslocamento do papel central da internação na abordagem dos casos psiquiátricos mais graves, impulsionaram o surgimento de novos dispositivos de atenção em Saúde mental, como o chamado Hospital Dia, os Centros de Convivência, os Centros de Referência em Saúde Mental, o Serviço Residencial Terapêutico e, também, o *Acompanhamento Terapêutico*.

3.3 A constituição da clínica do AT: explorando experiências, conceitos e funções

A designação *acompanhantes terapêuticos* aparece no início da década de 70, na Argentina. Mauer e Resnizky (1987) contam, a partir da experiência vivenciada neste país, que é no interior do trabalho de uma equipe terapêutica de abordagem múltipla que surge a figura do at. A tarefa da equipe consistia em

abordar os pacientes em todos os aspectos de sua vida diária, tentando criar-lhes um meio ambiente terapêutico, participando ativamente dos diferentes grupos a que pertenciam, visitando suas casas, conhecendo seus amigos, reunindo-os com os professores ou diretores de escola quando considerávamos oportuno (MAUER e RESNIZKY, 1987, p.35).

Em meio ao trabalho dessa equipe, que atendia pacientes severamente perturbados com histórico de fracasso em tratamentos anteriores e que apresentavam resistência a qualquer tipo de psicoterapia, é que foi se delineando o papel do acompanhante terapêutico.

Inicialmente chamado por Eduardo Kalina, psiquiatra e psicanalista, de “amigo qualificado”, a denominação de “acompanhante terapêutico” cunhada posteriormente implicou mudança quanto à delimitação do papel desse profissional. A idéia era de que a

expressão “amigo qualificado” acentuava o componente amistoso do vínculo com o paciente, enquanto “acompanhante terapêutico” acentuava o caráter terapêutico da função, reforçando sua condição de integrante da equipe psicoterapêutica, delimitando sua tarefa, fortalecendo o sentido interacional assimétrico do vínculo. Sobre as condições descritas para ser at, as autoras descrevem que “podem ser homens ou mulheres com vocação assistencial, alto grau de compromisso e interesse e possibilidade de trabalhar em equipe” (MAUER e RESNIZK, 1987 p. 43). A origem da “missão” do at, segundo elas, está numa concepção psiquiátrica dinâmica, oposta à prática clássica que confinava o enfermo mental com o rótulo de louco, afastando-o de sua família e da comunidade.

Na Argentina, a difusão dos ats se deu principalmente no âmbito da prática privada. Posteriormente, as estatais começaram a incorporar os acompanhantes terapêuticos em seus serviços de psicopatologia, sendo que nessas instituições o destino deles acabava sendo o dos demais profissionais: eram admitidos sem nomeação, ad honorem, e sobrecarregados de tarefas devido à carência de pessoal suficiente e por falta de treinamento adequado para o trabalho em equipe.

Eggers, em um artigo publicado em 1985, ao discorrer sobre a experiência da equipe do, na década referida, fala da dificuldade de se definir o acompanhante terapêutico em razão da diversidade de aspectos que envolvem esse papel. Contudo, ele extrai de diversos autores da época um consenso: o at é um profissional de saúde mental que

só existe dentro da equipe terapêutica, com um papel complementar ao do psicoterapeuta, agindo fora do setting no tratamento de pacientes críticos e com a função específica de ensinar a operar no marco social (EGGERS, 1985, p.7).

Na experiência relatada por esse autor no Instituto de Psiquiatria Compreensiva, em Porto Alegre, a atividade do AT é realizada por estudantes de medicina indicados muitas vezes pelos professores de psiquiatria. Este dado é interessante, pois mostra que nesta

instituição já começa a ocorrer uma diferenciação no perfil dos que exercem o at. Já não são leigos, mas graduandos de medicina.

Em outras experiências relata-se que o AT foi anteriormente denominado “auxiliar psiquiátrico”. De acordo com Generoso e outros (2002), a idéia do auxiliar psiquiátrico começa em meados da década de 70 em Porto Alegre, na experiência da clínica Pinel, depois chega às comunidades terapêuticas do Rio de Janeiro. Mesmo com o fechamento das comunidades terapêuticas, no final da década de 70, os auxiliares psiquiátricos continuaram a ser solicitados por terapeutas e familiares que buscavam alternativas à internação.

Ao traçar um histórico do percurso do auxiliar psiquiátrico ao acompanhante terapêutico, da Vila Pinheiros no Rio de Janeiro, Ibrahim (1991) afirma que a prática do at extramuros, ocorrida após a o fechamento das comunidades terapêuticas, caracterizou-se, no início, por uma postura semelhante à da fase anterior. Esta prática, além de abarcar a função tríplice de proteção, vigilância e contenção, envolvia também a função de estar com, ou de "ego auxiliar".

(...) o acompanhante era, pois, um misto de companheiro e enfermeiro que administrava a medicação, confidente, censor, conselheiro, elo de ligação entre terapeuta e paciente, ego auxiliar e eventualmente até superego auxiliar (IBRAHIM, 1991, p. 47).

O autor enfatiza que à medida que as experiências extra muros transcorreram e a prática do at foi se tornando uma referência para lidar com a crise psíquica, deixando marcas menos profundas como as causadas pela hospitalização, o trabalho do at foi se transformando. Nesse processo de transformação Ibrahim (1991) aponta que a disputa acirrada pelo mercado profissional na área psi promoveu uma gradual qualificação do auxiliar psiquiátrico. Se antes a maioria dos profissionais era leiga em relação à formação na área de Saúde Mental e uns poucos eram estudantes de psicologia e medicina, e outros tantos ligados às áreas de ciências humanas, o at vai tendo seu perfil modificado. De leigos e estudantes que compunham o

contingente inicial, passam a ser quase que exclusivamente profissionais ligados à área de Saúde Mental.

Tal mudança se fez, de acordo com o referido autor, mediante, também, a influência crescente do movimento de terapia familiar nos Estados Unidos e na Inglaterra. Esse movimento desencadeou uma onda de discussões que favoreceu uma nova ótica da atividade de auxiliar psiquiátrico. A concepção de que a loucura teria suas raízes na dinâmica familiar fez com que o acompanhamento ganhasse nova dimensão. O acompanhante passou a se munir de um arsenal teórico que o ajudasse a ocupar um novo espaço, deixando de acompanhar o louco passando a acompanhar a loucura, ou a família e suas tramas.

Até o final dos anos 80, o at era designado como auxiliar psiquiátrico, situando-se numa relação complementar e hierarquizada diante do psiquiatra, essa mudança de nome de acordo com Ribeiro (2002) é expressiva para situar o lugar que o acompanhante vai passando a ocupar na clínica da psicose.

Na apresentação do livro *A rua como espaço clínico* (1991), primeira obra organizada pela equipe de acompanhantes terapêuticos da “A Casa”, o psiquiatra e psicanalista, Nelson Carrozzo, um dos fundadores em São Paulo deste Hospital Dia, diz que o serviço de acompanhantes terapêuticos foi criado em meio a um conflito. Como ideal de tratamento, era fundamental que o paciente saísse da instituição ao final da tarde e fosse para a rua, para a cidade, para a sua família, por outro lado, percebia-se que isso não era possível, era necessária maior continência dos doentes por parte da instituição. Daí a investida no recurso do acompanhante terapêutico.

Sereno (1996) aponta que dois anos após a fundação d’ A Casa, em 1981, já havia um grupo de ats que buscava novas estratégias clínicas. Sobre o surgimento do AT nesta instituição, a autora afirma: “Podemos dizer que, na história do Hospital Dia A Casa, o AT

surge como uma clínica para atender à uma demanda institucional de um pedaço do tratamento que ficava fora dos tratamentos institucionais oferecidos” (p. 29).

Assim como no caso da Argentina relatado por Mauer e Resnizky, na experiência d’ A Casa, o at também foi chamado a princípio de “amigo qualificado”, mas pelo fato dessa designação dar margem a confusão e não traduzir o que era feito, passou a ser nomeado “acompanhante terapêutico”. Carrozzo (1991) ressalta que esse novo termo não mais definia a continência oferecida, mas sim uma ação junto a outra pessoa: o acompanhar.

A experiência de São Paulo, a partir do Hospital Dia “A Casa”, derivou encontros, publicações e cursos, tornando-se uma forte referência para profissionais como psicólogos, psicanalistas, que iniciaram trabalhos de atenção a Saúde Mental, nas duas últimas décadas, contando com o Acompanhamento Terapêutico. Isto pode ser observado em experiências relatadas por profissionais de cidades como Belo Horizonte, Uberlândia, Brasília citadas respectivamente pelos autores: Generoso e outros (2002), Freitas (2002), Carvalho (2004).

No primeiro livro organizado pela equipe de acompanhantes do Hospital Dia “A Casa” encontramos uma definição de AT em forma de verbete, elaborada por Sereno e Porto (1991). A partir de suas experiências, as autoras conceituam AT como:

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

Em trabalho publicado na Revista *Psicologia Ciência e Profissão*, Ribeiro (2002), também descreve o AT:

Uma prática paralela de atendimento a pessoas que estejam em sofrimento psíquico, atravessando situações que exijam atenção mais intensiva do que a encontrada no tratamento regular, quando este se encontra em curso. Através da participação do cotidiano do paciente, recursos diferenciados de atuação terapêutica, no próprio ambiente, são proporcionados criando condições para a exploração das potencialidades transformadoras de uma situação de crise como também a compreensão e a intervenção na dinâmica familiar e na rede social do indivíduo (RIBEIRO, 2002, p. 79).

A partir da experiência, na Clínica *Urgentemente*, em Belo Horizonte, Generoso e outros (2002), ao apresentarem o trabalho desenvolvido com o recurso do AT, referem-se a este como uma modalidade de intervenção inserida em uma rede terapêutica com o objetivo de ampliar a atenção para além das fronteiras da crise e do acompanhamento medicamentoso subsequente. Dentro da proposta desta instituição, o at deve ser um profissional da área de saúde, psicólogo ou terapeuta ocupacional, com nível superior completo e experiência clínica prévia. Sua indicação é feita pelo psiquiatra ou terapeuta do caso que aciona o dispositivo do AT, para desenvolver um “projeto terapêutico”. Dentre os objetivos a serem alcançados estão: superar as limitações impostas pelo adoecimento psicótico, construir mecanismos de convivência integrada e produtiva do acompanhado dentro da sociedade, reinserir o indivíduo no processo produtivo, resgatar o seu papel social e em alguns casos a subsistência, estimular a autonomia na realização de atividades relacionadas a higiene, cuidados com objetos pessoais e uso do dinheiro, promover a reapropriação dos espaços de valor para o acompanhado, estimulando a circulação por estes lugares.

Ao final da década de 90, Carrozzo (1997) apresenta sua definição de Acompanhamento Terapêutico descrevendo-o como

uma clínica preocupada em romper o isolamento dos sujeitos psicóticos, deficientes e *outros* que nos demandam tratamento. Clínica que acontece fora dos equipamentos tradicionais de tratamento, que se dá na interface do acompanhante, acompanhado e da cidade, clínica da cidade (CARROZZO, 1997, p.11).

Carvalho (2004) relata a experiência do AnanKe – Centro de Atenção à Saúde Mental em Brasília, que teve início por volta do ano de 1997, através de um grupo de estudo coordenado por uma psicóloga e psicanalista, tendo também contado com um curso de formação de três meses, com a participação de Nelson Carrozzo, do Instituto “A Casa”, de

São Paulo. A autora comenta que existem, além desse grupo, outras equipes de ats no Distrito Federal, e é dessas experiências que ela define o AT:

Uma clínica que acontece no cotidiano, nos mais variados espaços e contextos. Entre as suas características mais marcantes estão o resgate e a promoção da circulação do paciente pela cidade, construindo ou simplesmente explorando redes sociais preexistentes. Predominantemente o Acompanhamento Terapêutico tem sido utilizado no tratamento de pacientes diagnosticados como psicóticos, sendo, entretanto, cada vez mais indicado para pacientes com outros diagnósticos (CARVALHO 2001 apud CARVALHO, 2004, p. 23).

Na Internet, desde 2001 existe uma página na qual são descritas psicoterapias, e, em meio às definições de psicodrama, análise, análise transacional, neurolinguística, psicoterapia familiar, dentre outras, o AT é descrito da seguinte forma:

Não é propriamente uma teoria de psicoterapia, mas um modo de atuação do psicoterapeuta. De maneira resumida, consiste na articulação que é feita pelo psicoterapeuta fora do setting, acontecendo no contexto em que o paciente vive. A princípio utilizada nos casos mais graves de ajustamento social vêm sendo também utilizada nos demais casos como um fator potencializador do processo psicoterápico.⁴

É interessante chamar a atenção para alguns aspectos das definições do que é o AT, uma vez que apresentam diferentes modulações. Uma definição feita no início da década de 90 descreve o AT como “uma prática de saídas...”, “prática paralela” a outros tipos de tratamento; noutra é conceituado como “recurso complementar”, noutra, como “estratégia”, “modalidade de intervenção”, até chegar à idéia de clínica.

A citada página na Internet lista psicoterapias e inclui no elenco destas o AT, descrevendo-o como um modo de atuação do psicoterapeuta, aponta que sua utilização inicial se destinou a promover o “ajustamento social”, e atualmente é usado como “fator potencializador do processo psicoterápico”. Ao qualificar o AT como um “modo de atuação” do psicoterapeuta dá a entender que o psicoterapeuta utiliza esta modalidade para

⁴ Disponível em <(sobresites.com/psicologia/psicotera.htm)>. Acesso em 25/08/2005.

potencializar o processo psicoterápico, o que revela uma condição do profissional at bem diferente das anteriormente mencionadas, como: o acompanhante ser um leigo, um estudante, ou mesmo um profissional que complementa o trabalho do terapeuta. É o psicoterapeuta-at que atua para potencializar o processo psicoterápico.

Outro aspecto a ser destacado é que a ênfase das definições que, na década de 80 e 90, recaía muito sobre o aspecto das saídas, da circulação e da articulação no social, parece ir migrando para a idéia da clínica do quotidiano. O at, então, pratica a clínica do quotidiano, podendo esse trabalho ser na rua, na casa do paciente ou noutra lugar que se fizer necessário. Em relação a isso é pertinente pensar que nas décadas de 80 e 90 havia ainda um processo de desospitalização psiquiátrica mais intenso e que atualmente, após quase três décadas, desde o surgimento do at, vive-se um período em que pela lei não há mais internações longas, os pacientes não mais permanecem meses ou anos enclausurados nos hospitais psiquiátricos. Chama a atenção nos trabalhos de Barreto (1998) e Carvalho (2004) o fato de que o AT não mais se restringe apenas a pacientes com diagnósticos de psicose, sendo indicado também para pacientes com outros diagnósticos.

3.3.1 Funções do AT

No livro *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos*, Mauer & Resnizky (1987) falam da experiência na Argentina e apresentam as principais funções do AT, que são:

- *Conter o paciente* – esta função é descrita como primeira e fundamental função do acompanhante terapêutico, em qualquer momento do processo, de modo a oferecer-se como suporte, acompanhando as angústias e ansiedades do paciente.

- *Oferecer-se como modelo de identificação* – trabalhando em um nível dramático vivencial, não interpretativo, o at mostra ao paciente, “in situ”, diferentes formas de agir, o que auxiliaria no rompimento de modelos estereotipados de vinculação, como também a esperar e postergar, oferecendo a possibilidade do desenvolvimento de mecanismos de defesa mais adaptáveis.

- *Emprestar o “ego”* – o at se “empresta como se fosse um motor com combustível” p. 41 capaz de planificar e decidir pelo paciente naquelas situações em que este não é ainda capaz de agir por si mesmo. Serve de ego auxiliar, assumindo funções que o ego do paciente debilitado no momento não pode assumir.

- *Perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente* – durante o diagnóstico, ao at cabe perceber as capacidades manifestas e latentes do paciente, para poder realizar uma seleção e hierarquização destas.

- *Informar sobre o mundo objetivo do paciente* – o at participando do cotidiano do paciente, ao obter informações fidedignas sobre o seu comportamento na rua, sobre os vínculos que mantém com os membros de sua família, as emoções que o dominam, as pessoas com as quais gosta de se relacionar, além de saber de condutas sobre alimentação, sono e higiene, auxiliaria a equipe com estas informações que são consideradas indicadores diagnósticos.

- *Representar o terapeuta* – o at “ampliaria” a ação do terapeuta, ajudando “o paciente a metabolizar interpretações efetuadas pelo terapeuta e, inclusive, deverá refazê-las” (p. 42).

- *Servir como catalisador das relações familiares* – contribui para “descomprimir e facilitar as relações familiares”.

Neste livro, Mauer e Resnizky exemplificam o trabalho do at junto a pacientes esquizofrênicos, psicopatas, adictos, depressivos e relatam que o acompanhamento pode ocorrer individualmente e em grupo. Em relação às tarefas, discriminam o tipo de trabalho a ser desenvolvido durante o tratamento, de acordo com a condição do paciente que pode ser: ambulatorial, hospitalização diurna, noturna, internação completa ou família substituta.

No caso dos pacientes ambulatoriais, por não estarem hospitalizados, o trabalho do at seria ajudá-los a planificar e a instrumentar um organograma de seu tempo, que incluía atividades nas quais eles tenham dificuldade em atuar com autonomia. Quando o paciente estiver em hospitalização diurna, as autoras esclarecem que cabe ao at desenvolver tarefas complementares às desenvolvidas na comunidade terapêutica. Na hospitalização noturna, a atribuição do at é acompanhar o paciente em passeios, esperá-lo na saída de um curso, ajudá-lo a ordenar seus objetos pessoais, ajudar a planejar saídas com amigos no fim de semana. Na internação completa, a tarefa do at é tanto a de ajudar o paciente a integrar-se na comunidade que o acolhe como possibilitar o nexos com o externo, favorecendo e reforçando o vínculo do paciente com objetos, seres e lugares do mundo exterior. No caso de paciente com família substituta, a tarefa do at seria a de promover uma reaprendizagem da convivência, ajudando o paciente a permeabilizar-se em relação à existência de um “outro” ou de outros com os quais compartilha o cotidiano.

No elenco de ações e funções do AT descritos por Mauer e Resnisky (1987), chamam a atenção algumas características: a contenção desponta como função primeira e

fundamental; o trabalho é não interpretativo; ao auxiliar a desenvolver a capacidade criativa do paciente, o at é quem hierarquiza e seleciona tais capacidades; o at, apesar de terapêutico, representa o terapeuta e ajuda a metabolizar as interpretações até mesmo refazendo-as. A idéia de “emprestar o ego” parece guardar uma espécie de síntese que perpassa as demais funções do at descritas por estas autoras.

Sereno (1996), a partir de sua experiência como at, faz uma crítica a este modelo de AT, no qual o at empresta o ego ao paciente, servindo como modelo de identificação. Segundo essa autora, neste modelo, o ego do acompanhante aparece como senhor de todo saber e totalmente discriminado, a ponto de servir como modelo de identificação. Ela ressalta que o at, na medida do possível, buscará romper com vinculações estereotipadas, em momentos nos quais o paciente reedita transferencialmente seus fantasmas familiares. Mas relata que no seu fazer de at, observou que o psicótico, em certos momentos, apresenta um saber que pode promover uma troca de posições.

Eggers (1985), a partir da experiência como médico assistente no Instituto de Psiquiatria Compreensiva em Porto Alegre, descreve o acompanhante terapêutico como recurso complementar à psicoterapia, inclui o at no que denomina didaticamente de etapa diagnóstica e terapêutica, momento em que será adotada uma estratégia de ação por meio da qual o at desenvolverá atividades com o paciente, sua família e com a equipe. Eggers atribui ao at as seguintes funções em relação aos pacientes e a família deste.

Com o paciente – estar próximo, diminuir o sentimento de solidão; auxiliar a planejar e organizar o pensamento; ajudar a estruturar hábitos; reorganizar condutas de forma mais adaptativa; auxiliar em decisões; assumir responsabilidade pelo paciente; estimular capacidades latentes; agir como superego; examinar com o paciente os seus limites; operar a alta progressiva na hospitalização; atuar como ponto de contato entre o paciente e a família;

manter vínculo terapêutico quando o paciente troca de terapeuta; executar um programa de atividades físicas e recreativas.

Com a família – fomentar novas formas de comportamento no grupo familiar; baixar o nível de ansiedade; avaliar o paciente na família, no seu meio ambiente; avaliar as condições que a família oferece para manter o paciente em seu meio.

Num dos textos apresentados no I Encontro Paulista de ats, reunidos no livro da equipe do Hospital Dia A Casa – “*A rua como espaço clínico*”, Cenamo et al. (1991) as diferenças em relação as funções exercidas pelo at, se fazem notar: Função de ego auxiliar - descrita não no sentido de emprestar o ego do acompanhante ao terapeuta, mas de "pensar junto", no sentido de um fortalecimento do ego do acompanhado, de ajudar na percepção da realidade interna e externa por parte do paciente; Função de modelo de identificação - o at deve fazer com que o paciente projete e reconheça nele o que deseja desenvolver ou ser; Função de aliviar as ansiedade persecutórias; Função de continência; Função especular; Função de interlocutor de desejos e fantasias – o at deixaria de agir na esfera da necessidade e penetraria na esfera do desejo.

É notória a presença de diferentes ênfases no que diz respeito às funções do AT. Em Eggers (1985) pode-se detectar que as funções privilegiam ações relativas a um ajuste ou a uma adaptabilidade social do sujeito, na qual se acentua o papel do at em responsabilizar-se pelas decisões e pelas atividades, como programar atividades físicas e recreativas. Cenamo et al. (1991) já parece direcionar seu elenco de funções para a condição “desejante” do sujeito que pode vir a ter mais autoria no que faz.

Utilizando um referencial winnicottiano, Barreto (1998) no itinerário das 210 páginas de seu livro, no qual relata suas “andanças com Dom Quixote e Sancho Pança”, destrincha uma série de funções do AT. Dentre elas, estão *holding*, *continência*, *apresentação do objeto*, *manipulação corporal ou handling*, *interdição*, *interlocução dos desejos e angústias*,

discriminação dos campos semânticos, especular, modelo de identificação, alívio de ansiedades persecutórias. Tais funções seriam exercidas pelo manejo, que constitui a técnica privilegiada do AT. Nesta abordagem, o manejo é entendido como intervenção no setting (enquadre) e/ou no cotidiano do sujeito, levando em conta suas necessidades, sua história e a cultura na qual está inserido, a fim de promover seu desenvolvimento psíquico.

Ao desenvolver, por exemplo, a idéia de holding como função do at, Barreto (op.cit.) examina a importância da disponibilidade do at estar junto, presente e constante, fornecendo uma experiência de integração ao seu acompanhado. Ele enfatiza que a experiência de integração não se dá por uma simples presença do corpo do at, mas por ser um corpo habitado, atento e que carrega em si a história do vínculo. O at oferece seu corpo simbolizado e simbolizante para seu acompanhado. Descrevendo esta função, esse autor, lembra que aspectos invariantes do meio (objetos de uma sala, um quarto) também fornecem o holding, assim como as instituições. Dá o exemplo de um paciente que desde a sua infância sofreu episódios de invasão, de ser prisioneiro de guerra, relatar que uma cela solitária fora uma experiência tranquilizadora.

Barreto (1998) por meio das experiências como at, enfatiza que em cada episódio cotidiano, constituído por at, paciente e seus inúmeros objetos e lugares relacionados, ocorrem ações simbolizantes promovendo um ziguezaguear nos sentidos. Em sua exploração das funções no âmbito cotidiano, o que vai sendo realçado não são as saídas ou a circulação e, sim, a dimensão terapêutica que compõe essa relação acompanhante- acompanhado.

3.3.2 AT, publicações e fundamentações teóricas

A respeito da literatura existente sobre o AT, Carvalho (2004) informa que “desde a década de 70 até os dias de hoje muito se produziu acerca do tema, embora boa parte de tal produção tenha ficado restrita à circulação entre pares, na forma de boletins e textos não publicados” (p. 30). Apesar dessa restrição “aos pares”, a demarcação dessa “clínica” vai se fazendo notar via publicações.

No início dos anos 90, as referências bibliográficas restringiam-se a dois livros: *A rua como espaço clínico*, e *Acompanhamento terapêutico e pacientes psicóticos*. O primeiro, organizado pela Equipe de ats do Hospital Dia, hoje Instituto A Casa, e proveniente do I Encontro Paulista de AT. O segundo, escrito por duas psicólogas argentinas e publicado no Brasil em 1987. Na década de 90, dissertações de mestrado trataram da temática do AT. Algumas destas transformaram-se posteriormente em livros. É o caso de *Ética e técnica do Acompanhamento Terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança* e *Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes e Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?*. Além dos livros e das dissertações, a temática do AT vai aparecendo em periódicos científicos e em sites na Internet.

Através da via histórica observa-se que no transcorrer das décadas os ats foram passando de leigos a estudantes de psicologia e medicina e destes a recém-formados, havendo atualmente predomínio de psicólogos atuando como ats. Essas ocorrências, é claro, implicam efeitos. Nas publicações, por exemplo, a presença de formulações advindas das diferentes teorias psicológicas são preponderantes.

Sobre a fundamentação teórica do at, Carvalho (2004), ao investigar a vinculação dos ats a diferentes linhas teóricas, mostra que, além da psicanálise, o trabalho de at está vinculado à gestalt, à fenomenologia, à sistêmica, ao psicodrama, à esquizoanálise e a análise

institucional. Apesar disso, a vinculação teórica à Psicanálise foi, nos resultados de sua pesquisa, predominante. Uma das questões que esta autora levanta acerca dos dados encontrados é que eles podem estar relacionados ao fato de ser a Instituição que promovia o encontro (I Encontro Nacional de acompanhantes Terapêuticos e III Encontro Paulista de ats no qual fez sua pesquisa em 2001) ser de orientação psicanalítica.

Carrozzo (s/d apud Carvalho, 2004), um dos principais responsáveis pelo estabelecimento e difusão dessa prática, afirma que o AT é, por definição, necessariamente interdisciplinar, e aponta que outros campos do saber são importantes para a construção dessa clínica.

o Acompanhamento é uma clínica sim, mas uma clínica que lança mão de teorias que estão distribuídas, ou seja, a gente precisa de um pouco de filosofia, precisa muito da psicanálise, precisa de arquitetura, precisa de reichianos e suas teorias corporais, precisa de análise institucional, precisa das teorias de grupo (CARROZZO apud CARVALHO, 2004, p.32).

Há necessidade de lançar mão a outras teorias, mas o que se mostra na literatura do at é que se fazem também escolhas teóricas. Como exemplo, pode-se pensar no texto dissertativo de Débora Sereno no qual explora os fazeres do at contando com a companhia de Lacan, ou em Cauchick que tem Deleuze e Guatarri e, também de Barreto (2002), que discorre sobre seu fazer sustentando-se ampla e exclusivamente nas formulações de Winnicott. O texto destes autores distam do enfoque interdisciplinar, no sentido de diferentes contribuições teóricas, para discutir e fundamentar suas práticas enquanto ats.

Além do enfoque da inter e multidisciplinaridade, ao trabalho do AT é proposto também dentro da concepção de rede. O conceito de Rede é colocado por Generoso e outros (2002) como substituto aos “antigos” inter e multidisciplinar, propondo uma “nova” atenção em Saúde Mental. Considera-se que todos os atendimentos recebidos pelo paciente são pontos de uma rede que interagem entre si sem que se estabeleça uma relação hierarquizada.

IV - VIA COTIDIANA

Neste segmento, apresentam-se informações que foram trazidas pelos entrevistados e que vão caracterizando a clínica exercida por eles, permitindo notar contrastes entre as experiências relatadas no que diz respeito a questões referentes a: tempo de atuação como ats, tipo de pacientes atendidos, duração dos ATs, relação at-pacientes e at-famílias. Para facilitar a leitura, utiliza-se o itálico em todas as falas dos entrevistados, que foram transcritas na íntegra, sem correções.

4.1 Os ats entrevistados: quando começaram e há quanto tempo atuam

“Eu tava saindo da faculdade. Foi assim: o grupo foi montado em maio de 1995 e eu saí da faculdade em julho de 1995. Eu tava saindo... não tinha experiência nenhuma, aí, apareceu o primeiro paciente, o segundo paciente, pro grupo.” (Uberlândia)

“Eu tava, eu fiz na verdade psicoterapia, mas assim, dentro do espaço voluntário, e quando a gente é recém-formada, a gente sempre fica com aquela impressão que o espaço voluntário ser meio uma continuação, ser prática profissional mesmo, por mais que você fique lá um tempão, atendendo, era com criança, sabe? E eu comecei a fazer, eu entrei na Urgentemente por que existia o acompanhamento...” (Belo Horizonte)

“Já na faculdade, um professor meu começou a me encaminhar paciente de AT, na época da faculdade. Então eu comecei a acompanhar.” (São Paulo)

“Comecei a trabalhar com problemas de aprendizagem (estágio)... e comecei a fazer um jeito diferente de atender: eu brincava, passeava com os meninos, andava na rua, fazia outras coisas... essas saídas, isso começou, é o germe da minha experiência de at... eu formei em 95.” (Uberlândia)

“Ela sabia que eu era psicólogo, e nem eu sabia que eu ia fazer esse serviço, porque eu nunca tinha feito também, foi a primeira vez que ... naquela época, né, você sabe como é, começando, né... precisava de ...” (Uberlândia)

“Depois de 5 anos de formada eu fui entrando pra Clínica... eu trabalhei com, RH, já trabalhei numa agência de prestação de RH pras indústrias de Betim, Contagem, eu tenho 10 anos de formada, e desde o primeiro período eu faço estágio, faço voluntário, faço coisas na psicologia, dou aula também, num

curso de enfermagem. Já fui diretora técnica de um curso de enfermagem, já fiz muita coisa, é o que eu te falo, já trabalhei no Hospital Geral, no Mater Dei, no Santa Rita, eu era psicóloga, já trabalhei como analista de R, nessa agência de empregos já cheguei a atender 300 pessoas ao dia.” (Belo Horizonte)

Em relação ao início da prática como ats, os entrevistados relatam ter começado tanto na condição de graduandos como de recém-formados, e apenas um diz que começou após alguns anos de formado. As experiências são diversificadas, mas há uma característica que parece comum: todos começaram a práxis do at quando de alguma forma estavam iniciando um fazer no qual começam a “atender” pacientes. Os ats entrevistados possuem uma experiência considerável, que vai de 5 a 10 anos.

4.2 Os pacientes dos ats: quem são, há quanto tempo são acompanhados

“A D. Maria...Ela foi o seguinte, uma senhora de 68 anos com depressão, não é psicótica... ela com depressão em decorrência do Parkinson...”

“O primeiro paciente foi um aluno na escola onde eu trabalhava. Ele tinha um déficit cognitivo, tinha problemas assim, grande, problemas, uma neurose grave.”

“Aí chegou um Sr., Seu João, paciente terminal, com enfisema pulmonar, com DPOC...”

“Sr. José, ele tinha 81 anos de idade. Ele tinha... é... a família dele me procurou, ele na época não andava, ele ficava acamado, mas ele não aceitava a idéia de psicólogo, se fosse um psicólogo ele não aceitava.”

“Eu atendi uma paciente terminal, uma moça da minha idade, na ocasião acho que era 35 anos, e 2 filhas... Paciente terminal de câncer e a gente começou a estabelecer uma relação...”

“É, por exemplo, uma deficiente física. Quando eu comecei a atender essa pessoa, ela ficava em desespero. Era difícil da gente ver...”

“Acho que sim, acho que o at virou uma coisa muito mais plástica, não tá tão voltado pra psicose só psicose. Tem uns casos atuais eles são muito diferentes assim, patologias meio narcísicas, assim, transtorno alimentar, pânico, depressão. A gente tá recebendo muito caso de idoso, assim, é muito curioso,

de uns três meses pra cá a gente recebeu uns 5 casos de idosos, uns 4 casos, então tá tendo uma procura, acho que o at...

“...e pacientes com drogadição. Que é outro perfil que de uns dois anos pra cá, saltou. ...alcoolismo e são pacientes com um caráter completamente diferente que tem aparecido para gente.”

Um dos aspectos que vai chamando a atenção diz respeito à ampliação dos tipos de pacientes que vão sendo atendidos, indo ao encontro do que tem sido relatado por alguns autores.

Como informa Barreto (1998), a origem do AT está demarcada junto a pacientes psicóticos. Entretanto, este autor informa que atualmente o at lida com casos cada vez mais diversificados, como: deficiência mental, drogadição, alcoolismo, depressão pós-parto, casos de acidentados que necessitam de um apoio domiciliar especializado, recuperações cirúrgicas, terceira idade e também casos em que há uma recusa e/ou contra-indicação de um trabalho terapêutico no consultório. Nos trechos acima, vai ficando perceptível esta ampliação para outros tipos de pacientes.

Este dado aparece também no relato de Freitas (2002), segundo o qual, apesar de haver uma predominância de pacientes com diagnóstico psiquiátrico de transtornos de humor e esquizofrenias, há também uma incidência considerável de transtornos mentais orgânicos, incluindo somáticos (pacientes com Mal de Parkinson, Doença de Alzheimer e estresse pós-cirúrgico), transtornos de personalidade (personalidades paranóicas e esquizóides) e retardo mental.

"Eu acompanho tem uns 3 anos. Hoje eu vou uma vez por semana..."

"...ontem eu fui atender outra senhora. que ... é, eu atendo ela há três anos."

"Um tem 5 anos ...o mais recente é um que foi encaminhado agora, faz uns 4 meses...Tem uma d'A Casa que é a ... que tem uns 4 anos e meio."

A maioria dos ats entrevistados relatam que atendem pacientes há 2, 3, 4 anos. Observa-se então que, se no início do trabalho do AT, havia uma ênfase ao atendimento no período da crise, hoje o at segue durante anos junto ao paciente.

4.3 AT: Formação ... difusão ...

Nas entrevistas aparecem informações que mostram que o contato com o AT foi ocorrendo em diferentes instâncias: graduação e especialização (Universidade), cursos de formação em at (Clínica particular de Saúde Mental).

“Mas inicialmente começou, a Ana Elisa e a Vânia, quando elas voltaram das especializações. Assim que elas formaram. Elas conheciam at, porque a Vânia tinha sido residente na Pinel de Curitiba. E a Ana Elisa na PUC, tinha feito especialização no hospital, em Campinas, que tinha a figura do at.”

“Já na faculdade, a partir desse curso que eu fiz no CEP (SP), um professor meu começou a me encaminhar paciente de AT, na época da faculdade.”

“... um grupo de estudo, foi onde a gente entrou em contato com a literatura do AT... na minha disciplina com a Ana Lúcia, ela falou na psicopatologia, ela falou do livro “A Clínica da rua”, no 5º período ela já tinha falado desse livro, o primeiro livro do at...”

“Já tem 5 anos, eu entrei pra fazer o curso de formação que a Urgentemente (BH) oferecia na época... cada turma dois anos...é um curso com carga horária de 360... tinha que fazer estágio na moradia, tinha que fazer os acompanhamentos, tinha que escrever os textos, tinha que participar das aulas teóricas...”

“Então eles introduziram a proposta aqui e fizeram depois um curso de formação, porque ninguém sabia fazer. Então fizeram um curso, teve uma parte do curso de psicopatologia, de psicofarmacologia, mas o acompanhamento a gente aprendeu fazendo... levei currículo e eles me explicaram que na época que eu tava entrando tinha sido instituído o curso, porque tava todo mundo tendo muita dificuldade pra trabalhar, não tinha nada pronto, como que nós vamos fazer esse negócio, aqui? ...E foram seis meses só de formação, só de teoria...”

Os entrevistados ao falarem de sua experiência em cursos de formação de at, trazem a idéia de uma difusão sistematizada. Uma dessas experiências é um curso de 360 horas, com duração de dois anos, que oferece inclusive módulos em psicopatologia, psicofarmacologia. A carga horária geral do curso é expressiva e o conteúdo também, mas aparecem falas que trazem contrastes. Em um momento, o at diz: “a gente aprendeu fazendo”, noutro momento, o que a instituição formadora diz: “instituiu o curso porque tava todo mundo com dificuldade para trabalhar...”.

“Teve esse seminário na associação médica, essa amiga me levou, eles divulgaram esse curso de formação que hoje não tem mais porque as faculdades hoje já têm essas cadeiras... A PUC (BH) tem, a Newton... A FUMEC também tem, na Federal que eu acho que não tem.”

“O último, a última situação agora de curso, é um curso que os ats vão dar pros cuidadores. Em vista das dificuldades que a gente percebe na prática deles, no manejo por desconhecer muitas coisas da clínica que pra eles vai ser um diferencial pra eles até.”

Aparecem os mecanismos de difusão desse saber. Inicialmente pela clínica particular que oferece um curso de formação, e posteriormente esse saber já se encontra no âmbito acadêmico universitário, não havendo então, segundo a entrevistada, tanta demanda para se propor um curso na esfera particular. Já estando no âmbito acadêmico universitário, esse saber pode ser então direcionado a outro público alvo: os cuidadores.

Outra ocorrência que parece também dizer sobre esse movimento de difusão é a produção científica dos ats.

“eu fiz o texto sobre o contrato social, apresentei no Congresso Mineiro de Acompanhamento Terapêutico em 2002, ... um texto interessante porque fala dessas situações que a gente passa...”

“Tem duas cenas que até trabalho isso no meu... produto da conclusão do psicodrama lá..”

“...a gente escreveu isso, saiu numa revista do CRP, contando desse paciente grave que a gente chamou de Renato...”

“Também tenho preguiça dessas coisas de trabalho... eu não consigo imaginar uma coisa ‘temos que escrever trabalho, produzir’, fica uma coisa pra mim burocrático e artificial. Então você tá num caso, você cria uma questão, escolhe uma teoria pra você bolar alguma coisa pra apresentar pras pessoas...”

Nesses trechos, o que vai se desenrolando é uma ocupação desses espaços, universidades, clínica, demarcando o lugar de um saber nas práticas em Saúde Mental. Demarcação que vai ocorrendo também através da “teorização”, que seria registrar essa prática no formato acadêmico, como por exemplo a publicação de artigos e apresentação de trabalhos em congressos. Entretanto, com relação a esse movimento de demarcação ou instituição de um lugar que representa um conhecimento, um dos ats entrevistados traz `a tona um questionamento: a obrigatoriedade de escrever trabalhos, produzir de forma burocrática e artificial, exigência que revela existir no âmbito da instituição na qual trabalha. E sua expressão aponta que há uma “produção” de um saber que é feito por encomenda ou exigência: “temos que escrever”, e que tende a cair num movimento de reificação e reprodução do saber: “então você tá num caso, você cria uma questão, escolhe uma teoria ...”.

4.4 A relação at – pacientes

Outra temática presente na via cotidiana – entrevistas - é o fazer, a prática desses ats junto aos seus pacientes, que aparece em algumas cenas, episódios, fragmentos clínicos.

“...ela é fazendeira. Então ela tem um cavalo na fazenda. Esse cavalo, depois eu fui conferir, falou que eu podia fazer, você faz, eu não faço não, ela jogou o tapete em cima do at. Beleza, ela topou, depois eu fui descobrir com a filha que esse cavalo já morreu há anos, então eu tava fazendo um tapete pra um cavalo que... e eu e a empregada, e eu tecendo o tapete.”

Num dos relatos há um momento em que a at conta que se serve da confecção (“tarefa”) de um tapete para um cavalo imaginário. Nossa at, espécie de Penélope⁵, não sabemos se às avessas, ao tomar para si a tarefa de confeccionar um tapete para um “cavalo” -- que já não existe, materialmente falando, mas passa a ser um personagem importante para que assumam essa ficção --, alinhava ações que vão facultando um “meio” para cerzir um “tempo” relacional com a sua paciente e com a empregada desta, a quem denomina seu “ego-auxiliar”, nos levando a pensar numa certa condição de itinerância simbólica que deve possuir o at.

O cavalo, uma espécie de Cavalo de Tróia. Não no sentido de um “presente de grego”, mas que sob a forma de um presente (para o cavalo imaginário, para a paciente e depois para sua amiga de internações) consegue “carregar dentro de si” elementos que poderão habitar *dimensões* antes inacessíveis na relação com esta paciente. Parece haver aí o que Sereno (1996) também relata ao dizer que “um dos maiores prazeres para o acompanhante é embarcar num projeto ou idéia “maluca” do paciente”, A autora afirma que é justamente nesses momentos que aparece grande parte da potência criativa do paciente, sendo também o momento em que o acompanhante mais exerce a sua função: “opina mas não determina, mergulha pra ver no que dá. É quando o acompanhante se arrisca, se aventura e aposta” (p. 48) estando então inteiramente implicado com seu desejo.

“Mas, aí um fato tão interessante, extremamente... Depois eu fui pensar, acho que até hoje, eu penso que... Coincidiu... nosso atendimento, era no horário da missa, da Rede Vida, das 9:00 as 10:00. Sempre....alguns dias nós, a atenção virava pra missa, e ele participava. Tinha momentos quando batia palma, nós batíamos palmas...”

⁵ Segundo a história de Penélope, na epopéia grega, Odisséia, a virtuosa esposa de Ulisses convence seus pretendentes de que deveria fazer uma túnica que serviria de mortalha para cobrir o corpo de Laertes, pai de Ulisses, que, com a notícia do casamento de sua nora, morreria de depressão, dado o avançado da idade. E como era costume das mulheres tecerem uma mortalha para os entes queridos que se encontravam prestas a deixar esse mundo, Penélope usa desse artifício para ganhar tempo com seus pretendentes, que aquiesceram de pronto, por ser uma proposta justa. Entretanto, ela nunca a terminaria, pois na tentativa de fazer com que seus pretendentes desistissem da idéia de disputar o lugar de Ulisses, ela desmanchava à noite o que fazia durante o dia.

“A casa dele era no fundo do terreno, então, era livre, tinha um corredor, ele começou a andar, da casa até o portão. Tinha dia que nós andávamos, nós deixávamos a missa, a televisão eu dava meu braço pra ele, a gente andava até no portão e voltava.”

O nosso outro at também vai construindo sua dimensão ou o que chama de “lugar” com a sua paciente, através da missa passa a comungar algumas palmas, depois alguns passos.

“Um dia nós fomos ao campus onde tá cheio de jovens, ela tem 24 anos! Cheio de jovens, e nós sentamos num banquinho daqueles lá, mas toda hora passava um jovem, toda hora e eu me lembro que naquele dia específico, eu me lembro que na hora que a gente tava saindo pra ela ir pro carro, tinha uma rampa, ali no bloco J, no campus Santa Mônica, e disse pra mim assim: “é...a partir de hoje eu vou mudar de rumo.”

“... num quarto que tem na parte externa da casa. Ela chama de salão. A gente ficava só ali. Eu já chegava eu já ia direto pra casa. A gente ia pra esse salão, e ficávamos lá. Nessa época, foi uma das épocas que rendeu muito... depois com o passar do tempo esse lugar mudou. Ela saiu da casa. Ela foi pra praça, era só na praça... Na mesma praça. No mesmo banco. Eu não escolhi. Ela não falou. As pessoas passam, e ficam olhando. E ela sentia muito prazer, ainda sente, na praça passava um conhecido, ela: ‘Ah! Esse aqui é meu psicólogo’. (risos)”

“Isso também eu acho que é bacana mostrar, tanto pra ela quanto essa deficiente. A deficiente física, ela não fala, mas eu percebo, sinto que ela sente bem de eu tá saindo com ela, na rua, na cadeira. Mas eu acho que pra ela é mais importante porque é uma deficiente física, que sofre preconceito, sofre discriminação. Então, que sai pra as outras pessoas vêem. Isso é terapêutico também.”

“... ela me olhava assim... mas aí, assim que nós saíamos, a porta da casa dela, eu dizia pra ela assim: pra onde que nós vamos? Pra cá ou pra cá?. E ela ficava... eu ficava também, ficava esperando, às vezes ficava 5 minutos, 10 minutos e eu voltava a dizer pra onde nós vamos?. Até ela dizer, dizer assim... com muito custo ela apontava o dedo... Ah! Então nós vamos pra cá?! Por quê? Porque naquela época isso era importante, o sentimento que eu tinha é que eu estava dando voz a ela ... pra ela escolher.”

“... Mas tá indo. Tô construindo meu espaço, como quem não quer nada, acho que o at tem isso também, sem querer, sem saber pra onde que vai, essa coisa isso do mineiro que vai aproximando, que vai...de repente já chegou. Acho que o at tem isso também.”

“É, eu acho que deu certo por causa dessa característica (riso). Eu tenho isso, eu sei que eu tenho... Essa coisa do mineiro de ir aproximando, de ...vai conquistando aí de repente, aquilo que é incontestável, se torna uma

conquista! Acho que o at pode ser isso (riso). Porque aí entra nessa coisa do lugar, não tem o lugar, mas de repente já tem, com o passar do tempo encontra esse lugar.”

É curioso que em certos momentos da entrevista aparece o sentido de construir lugares “settings”, lugares materiais de atendimento, noutros ou ao mesmo tempo, o de construir lugares de relação terapêutica, psíquicos, simbólicos. Fica uma espécie de transe no discurso.

Uma entrevistada menciona cenas de quando desenvolvia um trabalho junto a um adolescente, para oferecer um apoio escolar, mas que considera que ali exercia a prática do at. Comenta que utiliza essa cena para pensar sua prática num trabalho monográfico de um curso de especialização, pois desenvolve a idéia da espontaneidade na construção do fazer do at.

“Cheguei lá, ele tava chorando, tinha acabado de pular o muro, chorando, sem chinelo, sem camisa, ele virou, falou assim pra mim: ‘se você quiser fugir comigo, eu jogo o passe na sua mão...’ ...eu fui pra dar aula particular ... aí foi indo ele chorando, não conseguia falar ‘briguei com meu vô, ele falou um monte pra mim’, chorando, chorando, chorando, peguei um passe e peguei o ônibus e ele acalmou.”

Cenas de at: cena de fuga, fuga de quê? Falávamos de desengessar a ciência psicológica. Fuga do que se repete, do receituário, encontro com a invenção? A at se pergunta: “como vou convênce-lo a voltar?” Mas o que faz é acompanhá-lo. Segue junto, arriscando-se com ele em seu itinerário de “fuga”. Curiosamente, é “fugindo” com ele que aos poucos vão achando um rumo... Há um oscilar entre um fazer pautado numa concepção mais tutelada e outro que experimenta rumos.

Outra experiência trazida foi sobre a convivência com a morte.

“Tem muitas mortes que eu vivenciei junto com os pacientes... Dormia mesmo, ela tinha medo de morrer quando fosse dormir, então ela não conseguia descansar, pregar o olho, então a minha função ... ‘eu fico aqui com você’,

pegava na mão dela ‘você pode dormir, se eu perceber alguma coisa, eu te acordo’, eu passava a noite acordada, dividindo com a família...”

A at: uma guarda-sonhos, guarda noite, guarda-vida?!.. De mãos dadas com o sono, numa irmandade com a morte vai se dando uma espécie de travessia. Como que num rito de passagem, at e família vão re (ve) zando guardas. A função da at nesse momento parece ser a de rezar a vida, respeitando a morte.

“Mas essa foi de verdade. Ela até me deu um livro, ela é adventista, um livro de consulta, de ler todo dia, uma oração. Eu até uso esse livro, de vez em quando eu leio e tal.”

A at consulta o “livro” em seu cotidiano e, ao se referir neste momento à paciente, nos dá uma noção do estado da mesma em sua vivência de at: “ela é adventista”, o que é diferente de ela “era” adventista. A paciente ainda permanece em sua história, deixou marcas, registros.

“Então eu vou falar do primeiro caso que eu atendi. Ela sabia que eu era psicólogo, e nem eu sabia que eu ia fazer esse serviço, porque eu nunca tinha feito também, foi a primeira vez ...” ...e o que ele andava era... a casa era bem pequena, era do quarto dele até a sala, e da sala para a cozinha, não andava, dizia que as pernas não tinham força. Um dia ele tava andando na rua, sofreu uma queda e bateu a nuca na calçada. Ficou muito tempo internado, hospitalizado. Então ele ficou com medo de andar”

“Parece que algo fica fora do lugar, mexe e que busca... alguma... sei lá, alguma coisa. Então parece que a esposa vendo aquilo, a esposa se prontificou a andar, a fazer caminhada com ele todo dia de manhã. Todos os dias ela saía. E começou assim: ela andava uma quadra, só na rua. Depois, com o tempo, ela passou a andar duas quadras com ele, ela ia e voltava. Agarrado no braço. Então ele começou a andar.”

“Eu comeceia atender no Parque do Sabiá. Nos primeiros atendimentos era tão interessante, ela era tão calada, eu fazia relação com a árvore, não sei o que eu falava, mas eu fazia, (riso) o ambiente que a gente estava, o que estava ao nosso redor.”

“ ... nessa época da aposentadoria, a gente tava buscando uma atividade pra ela, um fazer. Porque eu acho que o at também faz essa coisa do assistente social, de um jeito ou outro, ele tem momentos que ele tem esse papel também,

de buscar. Tem que ir no INSS. Então vamos lá. Tem que ir na prefeitura. Então vamos lá, sabe? Tem uma função.”

Com uma paciente, este at relata que é preciso “desaposentar”, com outra, “aposentar”. Num momento, fala dos primeiros passos como profissional e at, noutro, dos passos que dá seu paciente. Nesse jogo disposicional entre paciente-at ambos vão descobrindo, inventando lugares possíveis para suas identidades.

“...a tentativa é que isso venha a ser algo real, mas o próprio diagnóstico impede o sujeito de ter essa autonomia total. Como que você vai dar uma autonomia total para um paciente de Transtorno Bipolar grave, que é pródigo, gasta tudo que tem, e tal... então a gente tem essa postura também, de estar sempre atento ao diagnóstico que o paciente tem, até para estar fazendo determinadas atividades com ele, mostrar uma certa realidade que ele tem que andar, mostrar que a vida tem um custo, não podemos fazer extravagância...”

“Uma vez, tava no começo e ele: ‘vamos andar de bicicleta’, ‘tá’. Vamos andar de bicicleta. Morava perto da Jacaraíba, sabe aquele primeiro morro da Nicomedes.... A gente vai ali e ele dispara na minha frente. E os carros vindo na contra-mão, sobem e descem, corria atrás e ‘pára’, não conseguia parar, ele querendo ir na frente, meio transtornado, assim, “então tá. Então a gente vai, você vai atrás de mim, do meu lado”, e eu coloquei a bicicleta do lado e coloquei ele no meio fio e eu fui freando ele, pra ficar mais próximo, não deixar ele romper. Depois que ele fez isso a hora que ele desceu chegando lá em baixo é como se ele tivesse precisado me colocar a prova, e, como se ele me desse o seu cartão: ‘você vai tá comigo na minha loucura?’ e eu respondi: ‘tô, mas eu te protejo, você não vai fazer o que você quiser, também’...”

“Acho que o at inova pra mim, na minha opinião, quando ele mexe no lugar, mas não só no lugar geográfico, mas no poder, no conhecimento, de quem tem alguma coisa, quem é mais doido que quem?, quem é mais certo que quem?”

“... agora quem vai te levar sou eu... e eu vou te levar pra sua casa’ ... ele me levou. Trocou exatamente o papel, nessa situação.”

Ao tocar na questão dos lugares ocupados pela dupla, o at coloca em questão: quem é o acompanhante, quem é o acompanhado? Nas palavras da entrevistada - “quem é mais doido que quem?” - veicula-se a idéia de que há saber tanto no acompanhante como no acompanhado, e loucura também. É interessante pensar que essa idéia de “quem é mais louco que quem”, em certa medida, também se colocou para Freud ao lidar com suas histéricas, pois

ele acabou desenvolvendo formulações teóricas que desconstruíam a tão certa separação entre o patológico e o normal.

“...ali, o texto do sujeito que vai se fazendo nestas tensões do cotidiano que você coloca, é isso. Nós temos uma responsabilidade muito grande porque quando eu afirmo que há uma clínica aí, não é nem uma afirmação, não, mas um objeto de estudo que tá todo mundo atrás. Pode ser que venham detectar que não seja, mas que a gente tem exemplos claros de que se não houver uma escuta, o trabalho não flui; isso é claro pra gente...”

“...você tá mais é pra deslocar, redirecionar, aí tá a função do analista ... Onde que é que baliza o at e o analista? nisso aí... é mais uma aproximação, uma contextualização, onde esses papéis são afins.”

No transcorrer desses trechos vê-se que o at desenvolve seu trabalho compartilhando diferentes momentos quotidianos, ora num espaço, ora noutro: na sala, uma missa pela TV; na frente da casa, uma caminhada até o portão; na praça, algumas interações sociais; na porta da casa, a escolha de direção; na ladeira, um frio na barriga sob duas rodas; ao pé da rampa, uma mudança de rumo; dentro do ônibus, uma passagem para algum lugar; no parque ecológico, uma interação entre as espécies.

Em certo momento, para os entrevistados, a função do at se assemelha à de um “assistente social”, noutro, sua função é próxima à de um analista. Nesses diferentes momentos, ele exercita intervenções e nestas vemos que há ênfases diferentes. Aparecem formas de intervenção mais diretivas, tendo que “mostrar uma certa realidade pra ele”, ou “*ele tem momentos que ele tem esse papel também, de buscar. Tem que ir no INSS. Então vamos lá. Tem que ir na prefeitura. Então vamos lá*”, ou “*e eu coloquei a bicicleta do lado e coloquei ele no meio fio e eu fui freando ele, pra ficar mais próximo, não deixar ele romper*”. Há também uma disponibilidade em se arriscar junto com o paciente e a descrição de momentos em que se busca desenvolver a capacidade dele escolher e se posicionar.

4.5 O at e a família

“A casa dele era no fundo do terreno ... dava meu braço pra ele, a gente andava até no portão e voltava. Depois de algum tempo... não sei se a esposa dele vendo aquilo, acho que a presença da gente, acho que move algumas coisa, parece que sei lá o que faz, acho uma coisa impressionante pra se pensar, a presença de um profissional na casa, porque não mexe só com paciente, mexe com o grupo familiar. Sem ter o contato direto de conversar, mas...”

“Que já é um segundo passo na Reforma, de pacientes que já têm uma trajetória de liberdade, de gente que circula sozinha, que aí às vezes a função do at não é mediar a pessoa com a cidade. Aí a gente volta na importância da família, nesses casos eu tô vendo muita dificuldade para lidar com a família. Os hospitais não aceitam aquela coisa de deixar ali pra sempre, e as famílias vão tendo que se haver. Aí você entra muito mais no papel do at como mediador com essa família.”

“A gente começou a fazer umas reuniões familiares e eu fui mostrando pros pais que não era o fulano que era o louco, o problemático, mas que ali tava rolando alguma coisa que não estava acontecendo, que não se dava na família, que na verdade ele nunca tinha sido olhado no lugar de um filho, não tinha nenhuma oferenda de amor, nada, o cara era uma tragédia. Falar dos pais que também a relação deles me chamava atenção porque não existia, que ela só existia a partir do problema que era o fulano, então ela só se falava a partir de um problema que era o fulano (...) Ele na verdade continua lá com as questões dele, mas o que mudou foi muito essa dinâmica familiar, o lugar dele na família...”

“Mas assim, o que era difícil: uma família muito complicada, e você estar três vezes por semana, isso certamente é a coisa mais... depois disso, depois que passa um certo tempo, é mais fácil lidar com ele do que com a mãe. Mais fácil lidar com ele do que com irmão... (...) Família é sempre difícil, toda família é complicada, as nossas já são... chega perto, brigas, quem tá de longe: ‘você tá brigando por causa disso?’, você não sabe toda uma história por trás do ‘disso’, se junta pequenos detalhes e dá outro sentido, toda família é por causa de histórias assim. Essa mais... ou um pouco mais, com intensidades diferentes, também é, pela relação que estabelece, é uma relação de contrato, que te chama e te paga e quer que você faça uma determinada coisa. Que às vezes pra cabeça dela é uma demanda, pro paciente é outra.”

No trabalho cotidiano, o at está em meio à família, convive com esta. Sua simples presença interfere nas relações do grupo familiar. Esta família tem suas solicitações, “é uma relação de contrato, que te chama e te paga e quer que você faça uma determinada coisa”, ela

se coloca como um dos desafios para o at, demanda intervenções que, por sua vez, vão dando contorno às funções do at no trabalho junto a ela.

4.6 As relações at - instituições, at - outros profissionais

“...a nossa área de psicologia, ela tem essa permeabilidade que muitas vezes ela, no acompanhamento terapêutico, é benéfica. Por exemplo, muitas vezes, tem gente que faz acompanhamento terapêutico que não é psicólogo, é terapeuta ocupacional. Às vezes pode ter um pedagogo, um psicopedagogo, vai ser bem vindo, mas... é uma permeabilidade que é até rica, porque muitas vezes aquele at traz coisas pra nós muito interessantes pros casos, mas às vezes também traz algum comprometimento quando ele não domina muito a psicopatologia. Ele vai ter que estudar um pouco mais... a gente já vem com essa bagagem...”

“A gente ainda falava isso, mas é só a Urgentemente. Às vezes, quando começava a surgir, a gente ficava meio assim: pôxa a gente fez uma formação, mas é o contrário, é surgindo uma cadeira na universidade, surgindo o estágio na prefeitura que a Prática vai solidificando e aparecendo em clínicas menores; em hospitais assim, particulares, ela vai mostrando a cara. Não adianta ela ficar restrita num espaço só e você vai ficar com ciúme do seu saber ou não passar pra ninguém, tem que divulgar mesmo pra coisa ficar solidificada, tem que ter teorização, tem que ter mestrado, livro...”

“Hoje o Séquito nem existe mais, na verdade foi uma tentativa de formar uma equipe pra que essa equipe ficasse independente da Clínica Urgentemente. Porque na verdade assim, como a gente trabalha ali, mas não tem o vínculo empregatício, na verdade funciona como free lancer, a gente não tinha tanta aquela liberdade de pegar um paciente de fora, de pegar um paciente particular, por exemplo, sem ser via Urgentemente. A gente achou que facilitaria, formar uma equipe, colocar uma coisa à parte, seria o primeiro passo pra montar uma associação. Os planos eram até, no futuro, da gente tentar formar uma cooperativa de acompanhamento, com acompanhantes que não fossem só dali. Por gente que já tivesse passado por ali, que tivesse passado na PUC, por exemplo, que tem acompanhamento terapêutico como estágio supervisionado. A idéia era essa, mas assim, como há pouco tempo atrás era uma coisa muito nova, a gente não teve muito sucesso, não. Assim, consegue os acompanhamentos tudo, mas ainda tem que ter uma instituição que direciona, sabe?”

A entrevistada fala da área de conhecimento e atuação – Psicologia-, da existência de uma “permeabilidade”, ao mesmo tempo fala da área do AT. Traz a idéia de que a

psicologia é um campo aberto a outros profissionais, que no caso do AT isso é “benéfico”, pois traz contribuições para os casos, mas também algum comprometimento. Em sua opinião, o saber advindo da psicologia, a psicopatologia, propiciaria um diferencial no fazer do at.

Uma idéia que aparece é que é importante fazer alianças com outras instâncias de difusão (universidades, editoras), para que a prática do AT “se solidifique” e “apareça em clínicas menores”.

No terceiro trecho, percebe-se a busca de expansão do campo de atuação e inserção no mercado, que esbarra, entretanto, em fronteiras corporativistas “tem que ter uma instituição que direciona”.

O sentido que parece escapar, nesses trechos dos depoimentos, é de que há uma dimensão relacional dos ats-psicólogos com outros profissionais que exercem o AT e com as instituições/clínicas que oferecem esse serviço, relacionada a movimentos de expansão e permanência no mercado.

“A equipe tem, pode ter diferentes configurações, pra dar conta de uma certa circunstância, da família que topa, que contrata, quer, pode pagar. Mas que também dá problema. Tanto a gente entre a equipe, pera aí, começa a divergir, ‘não larga o psiquiatra’, porque ele queria fazer umas coisas, ‘não acho que é por aí’, o endócrino queria que a gente fizesse outras coisas, a gente coloca o nosso... a equipe se organiza, mas a diferença é que pode voltar e remeter à nossa, pra pensar as nossas questões. Como ajudar ela, tal pra se cuidar. Sem ser a questão deles, mas por essa questão dela. Não é a gente que vai tá lá de madrugada, não é a gente que vai fazer com que ela emagreça de fato, a gente vai fazer um papel pra problematizar essa questão, sem ser só o spa, que já foi, teve uma semana no spa, emagreceu, emagrece e volta tudo. A diferença de que haja uma equipe é de como pode tratar essas questões específicas, assim, eu tinha uma parceira, a Ilda, a gente ia discutir o caso, mas não tinha a quem remeter pra falar mais sobre at...”

O at, na relação com os outros profissionais da equipe que também acompanham o paciente, se vê em meio a diferentes solicitações para trabalhar com o paciente. Nesse meio que demanda muito, o at fala de poder ter a “nossa”, a equipe de ats para pensar “nossas questões”, ter a quem “remetê-las” e ao mesmo tempo deixar que a “questão” do paciente

possa ser considerada. De maneira entrelaçada, se põem questões referentes à identidade do at e do paciente, às suas “questões” que necessitam ser “problematizadas”, necessitando de um “espaço” para que isso se dê.

V - NO ENTRECruzAMENTO DA VIA HISTÓRICA COM A VIA COTIDIANA: A TERCEIRA VIA

Intitulando desse modo esta parte do trabalho, busca-se traduzir o que se passou: no entrecruzamento das vias histórica e cotidiana foi possível considerar, através das diferentes interações entre at-pacientes, at-instituições (de formação, de trabalho), at-teorias, at-profissionais, a emergência de sentidos vários. Muitos, é certo, escaparam ao movimento de “tomar em consideração”, então, se apresentam aqui aqueles que puderam ser considerados.

Carvalho (2004), ao propor uma breve história do AT, traz a experiência de Eugene Minkowsky, nos primórdios do século XX. Este psiquiatra francês viveu dois meses na casa de um dos seus pacientes e, ao observar a si mesmo e ao paciente, ao comparar suas vidas, obteve resultados de ordem psicológica e fenomenológica. Ao abordar tal experiência esta autora aponta o modo de proceder do psiquiatra como precursor do AT.

Barreto (1998) assinala que na história da psicanálise é possível reconhecer atitudes e procedimentos que em muito se assemelham à atividade que os ats buscam fundamentar. O autor lembra que Freud, inicialmente, fazia sessões com certos pacientes durante caminhadas, passeios e/ou viagens. Ferenczi propôs a análise ativa e também a recíproca, na qual aceitou a proposta de uma paciente para que se invertessem os papéis (analista/analizando) por um determinado tempo de cada sessão. Klein e Freud tiveram experiências de análise com os próprios filhos. Barreto lembra exemplos na literatura psicanalítica que fazem pensar diretamente no AT são os relatos das experiências clínicas de M. Sechehaye (1988), Winnicott (1984), Margaret Little (1990) e Khan (1991).

Os dois autores brasileiros, citados acima, ao trazerem tais informações, acabam insinuando que alguns fazeres que guardam semelhanças com as características do AT existiram antes de serem nomeadas como tal. Mas não foram leigos que os exerceram, foram psiquiatras, psicanalistas, Barreto (op. cit.), por exemplo, começa a lista com ninguém menos

que Freud! Sim, Freud praticava algo próximo a essa clínica. Mas por que isso nos interessa? Ora, se práticas similares ao AT, já existiam encarnadas em figuras como Freud, Winnicott e Ferenzi, por que o amigo qualificado, o auxiliar psiquiátrico a princípio nasce na pele de leigos ou estudantes? Ou por que psicanalistas, psicólogos tendo lido estes autores não se sentiram à vontade para fazer o mesmo?

Na experiência argentina, diante de impasses junto a pacientes com os quais as abordagens clássicas não funcionavam cria-se a figura do AT para dar conta daquilo que, no relato de Sereno (1996), trazendo a experiência brasileira, é considerado uma demanda que ficava fora dos tratamentos institucionais oferecidos. Entretanto esse “fora” passa aos poucos a não só compor o cenário dos tratamentos oferecidos, mas também inaugura um “espaço”, ou uma “clínica” receptiva a diferentes formulações teóricas, que se utiliza de espaços e situações diversificadas, rompendo com o um fazer psicoterápico padrão. No que se refere a essa temática é pertinente pensar se a constituição do amigo qualificado, auxiliar psiquiátrico, depois acompanhante terapêutico em certa medida, não responde ou cumpre à tarefa científica moderna de ordenação e classificação do real que segundo Figueiredo (2003), no seu afã purificador acaba por produzir híbridos.

Dentro dessa idéia na qual busca-se ordenar o real é pertinente lembrar o que diz Santos (2003) sobre o paradigma científico que passa a vigorar na modernidade⁶. A idéia de racionalidade científica se estende às ciências emergentes, e, este modelo global de racionalidade científica vai admitir variedade interna, mas delimita fronteiras com outras formas de conhecimento, não científicas, que seria o senso comum e os estudos humanísticos (históricos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos). Este autor coloca que este modelo opõe a incerteza da razão entregue a si mesma, à certeza da experiência ordenada. Por ter a

⁶ A época moderna pode ser definida pela concepção de ciência positivista que representa para Santos (2003), a dogmatização da ciência.

física e a matemática⁷ como modelos há duas importantes consequências: conhecer significa quantificar e o método científico assenta na redução da complexidade. Trata-se de um modelo de conhecimento causal que aspira à formulação de leis, à luz de regularidades observadas com vistas a prever o comportamento futuro dos fenômenos. E, um conhecimento baseado na formulação de leis terá como pressuposto metateórico a idéia de ordem e estabilidade do mundo, a idéia de que o passado se repete no futuro.

A ciência moderna privilegia o como funciona das coisas em detrimento de qual agente ou qual o fim das coisas, por essa via o conhecimento científico rompe com o senso comum. Se no senso comum, no conhecimento prático em que ele se traduz a causa e a intenção convivem sem problemas, na modernidade, a Ciência para obter a causa formal expulsa a intenção, pois busca prever e intervir no real. Entretanto ao proceder assim, ao dissociar, separar elementos como causa e intenção, “purificando” os objetivos da ciência, os ideais da modernidade acabam por meio de seus procedimentos produzindo uma série de dualismos, como enfatiza Figueiredo (2003)

“os procedimentos dissociativos, separadores, segregadores, implicados nas classificações e identificações purificantes, geram produtos na forma de inúmeras dicotomias: sujeito (atividade) e objeto (inércia e passividade), indivíduo e sociedade, natureza e cultura, corpo (substância extensa) e mente (substância pensante), forças (energia) e sentido (linguagem símbolos)” p.12

O AT, a princípio amigo qualificado foi criado para atender uma demanda que “ficava fora dos tratamentos institucionais oferecidos”. Pode-se pensar que as atividades atribuídas a ele na época, representavam “modos de atuação” que estavam “fora” do que usualmente era realizado (saídas, compartilhar cotidiano...) pelos profissionais da equipe como psicólogo, psiquiatras e psicanalistas que representam a ciência da saúde. A criação do AT parece despontar como fruto deste movimento circunscrito na modernidade que quer

⁷ Com teoria heliocêntrica de Copérnico, com as leis de Kepler, Galileu e Newton é na matemática que a ciência moderna encontrou seu instrumento de análise, mas também a lógica de observação e o modelo de representação para a estrutura da matéria. Em função desta localização central da matemática

delimitar, ordenar que acaba por constituir especialidades. Constitui-se uma especialidade: para circular, sair às ruas, compartilhar o cotidiano, tem-se o AT. Entretanto, essa especialidade vai se hibridizando⁸ (ganhando funções e conceitos novos) e tomando feições que remontam os saberes que estiveram implicados em sua origem e em suas transformações.

É também interessante considerar a questão levantada por Barreto (1998) ao falar da existência de um privilégio, na cultura ocidental, da dimensão discursiva. Esse privilégio em sua experiência vai sendo desconstruído na medida em que aponta que os relatos clínicos de autores como Freud, Ferenczi, Winnicott e outros sobre suas experiências, revelam que é possível descobrirmos que o trabalho com determinados sujeitos e/ou em determinadas dimensões do self, só é possível com a presença da pessoa real do analista. Este estando implicado, com todos seus afetos e sua personalidade, lança mão de recursos que transcendem a dimensão discursiva como campo simbólico por excelência. Tais autores apontam para a dimensão simbólica presente nos objetos do cotidiano: objetos da cultura, tão simbólicos quanto à palavra.

Nos relatos de experiências dos ats junto aos pacientes (item AT pacientes), essa dimensão simbólico/simbolizante do at vai se perfilando, tanto no conteúdo dos relatos quanto nos sentidos que se colocam em movimento na expressão escrita da própria pesquisadora, também at, ao discorrer sobre os mesmos. A clínica do at, herdeira de idéias psicanalíticas, reconhece que os objetos do cotidiano, sendo simbolizáveis e simbolizantes, são instrumentos terapêuticos. Entretanto, a idéia tanto da utilização de pessoas leigas, como aconteceu nas origens do at, como da utilização do cotidiano como espaço de possibilidades

⁸ Revelando sua inscrição também no contexto da crise do paradigma positivista que enuncia o paradigma emergente ou pós moderno. Neste último, segundo Santos(2003), é necessário buscar interações de intertextualidades. Diferentemente do conhecimento disciplinar da modernidade que polia fronteiras e cria especialistas, na ciência pós-moderna os temas são galerias por onde os conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros, buscando as mais variadas interfaces, ela é analógica e tradutora, pois incentiva conceitos desenvolvidos localmente a emigrarem para outros lugares cognitivos para serem utilizados fora do seu contexto de origem.

terapêuticas, veiculam talvez um sentido não pouco tensionante: o terapêutico está no mundo e não necessariamente, ou somente, junto a profissionais ou em determinados espaços físicos.

5.1 Sobre inter, multi e disciplinaridade...

A prática do AT, numa obra que pode ser considerada inaugural, no que se refere à literatura específica, “*Acompanhantes Terapêuticos e pacientes psicóticos*”, é apresentada como estratégia clínica. É dentro de uma perspectiva de abordagem múltipla, que tomava a seu cargo pacientes severamente perturbados, em momentos de crise, que o papel do at é criado. De acordo com as autoras deste livro, ele surgiu como uma necessidade clínica em relação a pacientes com os quais as abordagens terapêuticas clássicas fracassavam.

(...) o at assiste o paciente em crise e pode fazê-lo segundo a fase de diagnóstico e/ou através de todo o processo terapêutico. Seu trabalho não pode cumprir-se de forma isolada. Este está sempre inscrito no seio de uma equipe. É a pertinência a ela, a identificação com o esquema referencial e as pautas de trabalho que dela emanam que permitirão perfilar seu papel com clareza (MAUER e RESNIZKY, 1987, p. 37).

A equipe é integrada basicamente por um terapeuta, que se encarrega da abordagem familiar; um administrador psiquiátrico, que coordena a tarefa médica se for necessário; um terapeuta individual; um terapeuta familiar, e um ou mais acompanhantes terapêuticos de acordo com os registros do caso. (MAUER e RESNIZKY, 1987, p. 36).

De lá pra cá, entretanto, por meio da própria literatura disponível, a relação do at com o trabalho em equipe já apresenta alterações. De acordo com um artigo do CAT Circulo de Acompanhamento Terapêutico (2000) publicado no site AT “O AT pode ser realizado por um ou mais acompanhantes, integrando ou não uma equipe multidisciplinar”, ou conforme a afirmação de Carvalho (2004, p.24), “o at *em geral* faz parte de uma equipe”, existem ats que

trabalham dentro deste contexto de equipe, mas também fora dele, ou trabalhando em uma equipe menos diversificada. Em meio a essas mudanças, o que é possível pensar?

Barreto (1998), em suas “Andanças com D. Quixote e Sancho Pança”, nos traz uma experiência na qual explicita uma das funções que se colocam em movimento na prática do at, fazendo-nos esquecer de questões relativas a limites ou delimitação de funções no trabalho em equipe, na maioria das vezes enfatizado no fazer do at. Ao falar da função de interdição, o autor relata a decisão, durante o acompanhamento de uma garota, de deixar a chave do carro com esta, diferente do combinado com a equipe, que era passar a chave de at para at. A certa altura chega a dizer:

Senti a apreensão e a angústia de quem faz uma aposta alta, pois a decisão ia contra aquilo que fora estabelecido com a equipe terapêutica. Não havia apostado no escuro, mas quem garantiria que Flávia não fosse aprontar nada? (BARRETO, 1998, p. 125).

Se por um lado em sua gênese o AT está circunscrito nos ideais de uma prática que pensa sua existência no contexto de equipe, o fazer cotidiano, por outro, revela, como se vê, transformações nesse sentido.

“E é uma pessoa que não tinha muito psi em volta. Ela tinha um psiquiatra que... ela vinha de 15 em 15 dias pra pegar receita ...o at vai ficar ali mesmo num lugar que, a gente fala: ultrapassa ou não ultrapassa, o que deve ser o acompanhamento? porque tem uns que têm, por exemplo, até o analista, têm o psiquiatra, hospital dia, têm moradia protegida e têm o acompanhante. Têm todo um aparato. Aí, é claro que você vai ficar numa função delimitada, né?”

O que é do at? A at entrevistada coloca que, quando há os demais componentes da rede (psiquiatra, psicólogo, analistas...), a função fica delimitada. As fronteiras que são delimitadas neste contexto de equipe - mas pode-se pensar também que quando há outros profissionais, fica supostamente “delimitado” o que é de um e de outro - não impedem que as funções delegadas a outros não aconteçam no fazer do at.

“... acho que tem muita tutela da instituição, da equipe, eu não concordo muito, às vezes, hoje em dia... com a linha de orientação da supervisão, tem muito atravessamento de lugares. O diretor, o dono do hospital é ao mesmo tempo diretor da equipe de ats, ao mesmo tempo é psiquiatra de vários pacientes que ele indica pra equipe, ele fica dando ordens se deve ou não deve fazer.”

O atravessamento de lugares parece dizer sobre uma sobreposição, uma valoração diferenciada dos saberes, dos fazeres, uma hierarquização. O AT, ao integrar “o arsenal terapêutico” em Saúde Mental, no contexto da instituição, tem seu fazer “atravessado” por ordens. Aparece aqui, na relação psiquiatria – at – psicologia, pois estamos considerando o discurso de ats-psicólogos sobre seu fazer cotidiano, uma tensão.

“Porque lá é assim, o cara tá lá e tem um terapeuta da instituição que é um terapeuta de família, que aí ele cuida dessa, é tudo compartimentalizado, parece uma empresa com a divisão do trabalho, sabe, uma coisa meio “Tempos modernos”. Você fica lá com o paciente meio alienadinha, não sabe se o terapeuta tá fazendo aquilo que deveria ser feito, fica uma sensação de que, aí você não pode invadir o espaço do cara, porque tem toda uma ética, você não pode ir lá e começar a fazer umas coisas, porque quem deveria fazer é o cara, mas você tá vendo que a coisa tá enrolada...”

A questão que parece se colocar não é a pertinência ou não do at a uma equipe para ser at, mas sim que as transformações que vão ocorrendo denunciam que há um AT e um at. O AT é o Acompanhamento Terapêutico que está colocado em determinado lugar (dentro de uma equipe, dentro de determinada função) e o at, acompanhamento terapêutico que se dá no dia-a-dia, no cotidiano, se transforma, em função do próprio lugar, na relação com seu fazer, que lhe é solicitado ocupar, e que subverte o que determina o AT.

Se retomarmos a história do AT, veremos que é no entrecruzamento dos discursos psiquiátricos e psicanalíticos que se funda uma modalidade terapêutica chamada inicialmente de amigo qualificado, designação que logo veio a sofrer alteração, pois, segundo Mauer e Resnizky (1987), acentuava o componente amistoso do vínculo. Nomeado at, passa a “integrar o arsenal terapêutico”, palavras de Eduardo Kalina, psiquiatra e criador do at que, ao

apresentar o livro “*Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*”, se refere a um movimento criativo de uma psiquiatria integral e humanista. Em nossa via histórica fica evidenciado esse registro, de o at ser fruto desse movimento das reformas psiquiátricas e carregar em suas características os ideais destas. Todavia, o que vai se apresentando é que há em meio a um fazer atrelado a proposta do trabalho de equipe - que está na gênese do at, e que vai ao encontro da proposta da interdisciplinaridade, ou até mesmo da idéia de rede - é que há, também, a presença de um exercício, de “apertar parafuso”, taylorista, da especialização do trabalho, na qual o saber fazer artesanal, do processo como um todo, é perdido, cedendo lugar a uma divisão social do trabalho, hierarquizada e demarcada por especialistas.

Curiosamente, Santiago Kovadloff, na apresentação da edição de 1987, do livro de Mauer e Resnizky (1987), citado acima, que aqui estamos considerando um dos textos inaugurais da literatura específica do AT, diz que “os psicólogos, no campo nacional da saúde mental, são - ainda hoje - mão-de-obra periférica. Figuras que parecem menores quando comparadas à imagem presunçosamente fulgurante do médico psicanalista ou do psiquiatra” p.19. Kovadloff se refere à experiência da Argentina, mas parece ir ao encontro de uma das tensões expressas por alguns dos psicólogos que atuam como ats, como os entrevistados nesta pesquisa. Há o registro, no livro, dessa tensão entre os profissionais das diferentes áreas de saber, entre delimitações, demarcações de territórios, obviamente dentro das especificidades do contexto: a apresentação de um livro sobre os acompanhantes terapêuticos, escrito por duas psicólogas argentinas que buscaram “preservar o espírito crítico” em meio a um Estado autoritário.

5.2 O tradicional no alternativo

“... nesse circuito aí de serviços alternativos e do hospital psiquiátrico que sai um pouco também do que a gente vem percebendo de uma certa cronificação também, já destes serviços abertos, que... não basta o paciente ficar, sair da Instituição Total e ficar indo no hospital dia indefinidamente. Não é isso que vai dar pra ele uma cidadania, um diferencial de ...não é mais um paciente psiquiátrico comum, tradicional, ele passa a ser tradicional dos serviços alternativos. Se pensar melhor, nesse sentido, nesse viés, nesse vácuo que se deixa aí, que o acompanhamento é utilizado.”

Com as reformas psiquiátricas, com as leis que foram sendo implementadas de desospitalização, com os serviços substitutivos “o paciente passa a ser tradicional dos serviços alternativos”. Mas o AT é também um serviço alternativo “aberto”, como ele fica em meio a essa cronificação? Como não constituir, como na *História da loucura*, uma espécie de “prisioneiro da passagem”? Como questiona Frayze-Pereira (1997), o que estaria norteando o AT em suas andanças? Sua práxis se coloca a serviço da interrogação das encruzilhadas da cidade ou da adaptação à ordem disciplinar, que impõe a disciplinarização dos corpos apontada por Foucault?

Rolnik (1997), em seu texto “Clínica nômade”, também alerta para o perigo de se constituir na rua, por meio do AT, uma nova insensibilidade às reverberações das diferenças que se engendram no fora da subjetividade, sedentarizando seu nomadismo, e instaurando-se numa nova seção do supermercado da Saúde Mental.

A partir dos conceitos de reterritorialização e desterritorialização, pode-se pensar na questão colocada. O primeiro relaciona-se com algo que caminha ao encontro da institucionalização; o segundo trata da problematização que, rompendo com tal institucionalização, promove a criação de outras ordens, novas relações (Guattari & Rolnik, 1986).

Nos fazeres constituídos segundo os ideais das Reformas Psiquiátricas, o at despontou como dispositivo representante de um ideal de psiquiatria humanizadora e integral. O nascimento dessa prática se deu em meio a impasses em relação à forma de abordar determinados casos em crise. Nas décadas de 70, 80 e 90, sua trama discursiva e seu fazer proclamam uma nova ordem, uma outra relação com a doença mental. Diferentemente do período anterior, cuja terapêutica era focada na internação, o at figura entre os dispositivos que estarão a favor da desospitalização, da ressocialização da doença mental. Pode-se dizer que promoveu uma desterritorialização, pois problematizou, rompeu com a estrutura asilar, com a instituição disciplinar descrita por Foucault. A enunciação rotineira que passou a caracterizar o fazer do at é a de um fazer inserido na rede, como clínica itinerante, nômade, de condição fronteira. Entretanto, um dos sentidos que emergem no cruzamento das vias cotidiana e histórica (conversas com ats sobre o seu fazer cotidiano), é um quadro disposicional dos diferentes elementos que constituem esta clínica (ats, instituições, teorias..) que revela uma reterritorialização da mesma.

Os atravessamentos discursivos vários - através da idéia de “delimitação” do que cabe ou não ao at, também da idéia de fazer como na linha de montagem, “apertar o parafuso” dentro do trabalho em equipe, sobre o papel de cada profissional envolvido - expressam um fazer que representa o universo das especialidades e de seus especialistas. Trazem um sentido inabitual: a clínica nômade, itinerante, fronteira e sua dimensão fixa, territorial, delimitada.

5.3 As éticas na clínica do AT

As funções descritas na via histórica se fazem notar nas experiências dos ats entrevistados. Seja interditando, escutando o desejo, apostando na condição de sujeito, atuando como um ego auxiliar ou como modelo de identificação, o at vai encarnando, assumindo que tais funções coexistem em seu fazer. Na beira da cama, na praça, no tecer de uma trama, na “fuga” de ônibus, despontam diferentes dimensões ou extratos da clínica do at.

Figueiredo (1997), investigando a prática psicoterapêutica nos ambulatórios públicos do Rio de Janeiro discorre sobre a coexistência de diferentes éticas: da tutela, da interlocução e da reabilitação psicossocial, nesses espaços de atendimento.

A ética da tutela, pautada no modelo da ética fundamental que lida com objetos da natureza, que visa prever, predizer, controlar experimentalmente o que é estudado. A ética da interlocução, pautada no modelo da ética privada, em que a referência ao instituído é facilmente desfeita em nome da criação e recriação permanentes, apresenta flexibilidade maior que a da recriação de crenças ou normas. Dá ênfase à noção de indivíduo correlata à noção de privado, o sujeito é dotado de uma consciência e poder de decisão imanentes e autônomos em relação à ordem social e à cultura que o circunscrevem e o constituem como sujeito da linguagem. A ética da ação social, pautada no modelo da ética pública, define o sujeito e agente terapêutico, acima de tudo, como cidadãos iguais. Desse modo a idéia da doença como acometimento biológico e o conflito como fruto de uma interioridade conturbada devem dar lugar à mudanças mais amplas nos dispositivos de assistência, visando à reconstrução das relações sociais, de trabalho e convívio; enfatizam-se práticas grupais e coletivas para essa reconstrução.

Se os fazeres do AT, por um lado, parecem veicular a ética da tutela, por outro, assumem uma postura em que o arremessar-se, o lançar-se a travessia de “territórios”

desconhecidos são enfatizados, como também uma postura que busca a reinserção do sujeito – paciente ao grupo social.

Os discursos dos ats e também a literatura disponível sobre esta prática se apresentam habitados por esses diferentes modelos, que se fazem notar nas funções que vão sendo atribuídas e exercidas pelos ats, fazendo coexistir na clínica do AT as diferentes éticas.

5.4 Fazendo dobras...

“...O que uma dobra faz? Ao se dobrar uma superfície, regiões antes separadas são postas em contato e surge aí uma nova dimensão.” L.A. Oliveira

Figueiredo (2002), ao escrever sobre a constituição do espaço psicológico gestado no século XIX, afirma que a idéia de subjetivo, de subjetividade foi construída historicamente ao longo dos séculos, estando intimamente associada às situações de conflito nas quais se desagregaram tradições, dando possibilidades de construírem-se novas referências. Segundo o autor, as experiências da subjetividade privatizada foram se tornando cada vez mais determinantes da consciência que os homens têm da própria existência. A crença na liberdade constitui-se como um dos elementos básicos da democracia e da sociedade de consumo; a autonomia, por exemplo, tornou-se uma imagem generalizada que temos de nós mesmos.

Neste percurso de constituição da subjetividade, do universo do psicológico, o autor citado reconhece a existência de três pólos de idéias e práticas na organização da vida social que acabaram por constituir formas distintas de subjetivação. Esses pólos são: o liberalismo, o romantismo e o disciplinar, radiografado por Foucault.

O pólo liberalista inclui as práticas do individualismo, no qual há o reinado do eu soberano com identidades nitidamente delimitadas, autocontidas, autoconhecidas, capazes de se contrastarem umas em relação às outras, capazes de permanência e invariância ao longo do tempo e das condições. Há uma separação entre as esferas: a pública, na qual dominam as leis,

as convenções, o decoro, o princípio da racionalidade e funcionalidade, e a privada, na qual cabe o exercício da liberdade individual, como território livre de interferência. O pólo do romantismo abarca os valores da espontaneidade impulsiva, com identidades debilmente delimitadas porque atravessadas pelas forças da natureza, da coletividade e da história, que se fazem ouvir de dentro, não sendo impostas por hábitos ou conveniências civilizadas. A potência dessas forças promove uma restauração do contato do homem com suas origens pré-pessoais, racionais e civilizatórias de “eu”, com elementos da infância, da animalidade. Esta restauração propulsiona um auto-desenvolvimento, que se dá às custas dos limites e da unidade identitária e que é marcado por crises, desagregação, loucura e morte. Ao pólo da disciplina pertencem as novas tecnologias do poder exercidas sobre identidades reconhecíveis e manipuláveis de acordo com o princípio da razão calculadora, funcional e administrativa, e sobre identidades debilmente estruturadas e passíveis de manipulação mediante a evocação calculada de forças suprapessoais encarnadas em figuras carismáticas ou projetadas em lendas e mitos saudosistas ou revolucionários.

Estes pólos de idéias e práticas na organização da vida social, por sua vez veiculam, segundo Figueiredo (2002), diferentes formas de subjetivação: a liberal exige uma constituição subjetiva marcada pela soberania da vontade e da consciência, pela autonomia; a romântica conduz em direção à singularidade, à espontaneidade, à impulsividade, e a disciplinar impõe a obediência e a funcionalidade. A configuração dos saberes psicológicos, ou “escolas psicológicas” constituídas a partir do século XIX, para este autor, se dá em meio a estes pólos, ora se aproximando mais de um ou de outro.

Considerando a idéia de que os saberes psi veiculam estas distintas formas de subjetivação, os diferentes fazeres ou terapêuticas estarão também imiscuídas delas. Levando em conta a idéia do AT ter sido um dispositivo construído no entrecruzamento dos universos psi, (psicanálise, psiquiatria, psicologia), sendo herdeiro do “espaço psicológico” que foi se

delineando a partir do século XIX, talvez poderíamos pensar talvez nos lugares ocupados pelo AT a partir dos valores que, segundo Figueiredo (op.cit.) se inscrevem nas diferentes formas de subjetivação contemporânea por meio das quais se dá o contato com o mundo.

Nesse sentido, é interessante pensar se, de certa forma, a clínica do AT e suas diferentes dimensões não estariam a remontar a constituição dos saberes psi, das práticas e das clínicas constituídos por eles, na medida em que atualiza nela mesma diferentes valores como: reconduzir o sujeito à razão, restituir sua capacidade de escolha, sua consciência de liberdade e responsabilidade, proporcionar a espontaneidade e a singularidade, e também promover o ajustamento, a adequação e funcionalidade do indivíduo. Pode-se pensar que se presentificam na clínica do AT os valores balizados nos vértices liberalista, romântico e disciplinar e nos processos de subjetivação veiculados por estes. Ela encarna a complexidade dos vínculos entre estes valores, e isto se faz notar nas intervenções e funções, e nos diferentes extratos relacionais (at-paciente, at-instituições, at-profissionais, at-família) da clínica do AT, nos quais se movimentam afinidades e oposições entre estes vértices.

Desde as funções elencadas pelas argentinas Mauer e Resnizky (1987), até chegar a obras como a de Barreto, perfilam-se diferentes ênfases na atuação do at. Em determinadas atribuições, o AT está mais a serviço de uma adaptabilidade do indivíduo, na qual o at se coloca como referência ou modelo de ação, noutras busca a singularidade, a especificidade, espontaneidade que advém do paciente ou da relação junto a este.

“... ele (o AT) vem, em minha opinião, desengessar a ciência psicologia..”

Se por um lado, à medida que vai se tornando uma *clínica*, se aproximando a um fazer psicoterápico, o AT vai encarnando e herdando os diferentes valores ou éticas que atravessam o fazeres psis, e também suas vicissitudes, por outro, o AT nos informa e

reivindica a necessidade de construir um fazer clínico comprometido com a complexidade e o dinamismo ao qual estamos submetidos.

Carvalho (2004), citando Edgar Morin, estabelece uma relação entre o AT, os novos paradigmas e o pensamento complexo. Diz o seguinte: “o AT estando exposto às diferentes circunstâncias ao mesmo tempo precisa se sustentar em experiências e conhecimentos advindos dos mais diferentes campos do conhecimento” (p. 48) noções aparentemente excludentes (múltiplo, todo, parte, sujeito e objeto) aparecem juntos.

O AT parece considerar esse complexo; por estar mais declaradamente imerso nele, deixa em certa medida encarnar em si idéias e problematizações não pouco importantes. Ele está situado e se assume existir num entrecruzamento, tanto de disciplinas teóricas várias como também de diferentes instâncias, como o paciente, a família e os profissionais envolvidos no trabalho.

Através da idéia da interdisciplinaridade, de convocar várias teorias, o AT assume uma condição que remonta, presentifica, dentre outras questões, a do espaço do saber “psicológico”⁹ enquanto território de encruzilhada dos saberes que desde suas origens demandou a existência de relações com as diferentes áreas do conhecimento.

A partir dos discursos dos ats a respeito de suas práticas quotidianas e da constituição histórica da prática do AT (acompanhamento terapêutico), a investigação presente entende que um dos “lugares” desta clínica no universo da Saúde Mental, das práticas psi, é encarnar a importância dos fazeres e saberes psicológicos considerarem o “entre”. E entendendo este “entre” como um território híbrido que comporta as relações que se desenrolam e se apresentam complexas, multideterminadas.

A clínica do AT é uma dimensão, fruto de dobras entre determinados saberes/superfícies, é, portanto, atravessada e/ou constituída por valores implicados nestes

⁹ Psicológico aqui está sendo pensado como saberes vários que dizem respeito ao psíquico, advindos da psi canálise, psi quíatria, psi cologia.

saberes, como foi possível observar nos sentidos vários que foram emergindo das experiências dos ats entrevistados. Entretanto, a clínica do AT é também uma superfície e, ao ser posta novamente em contato com estes saberes e fazeres da área psi que demarcam sua origem, inaugura uma dimensão que pode ter valor especular, na medida em que parece refletir, em sua própria fisionomia, algo deles, re-apresentando ou presentificando a “demanda da complexidade” que se impõe a esta área de conhecimento.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Do lugar” para onde esses “trans” levam

O presente estudo pesquisou os trânsitos ou as transformações históricas e cotidianas da clínica do AT, para pensar o que ela é, que “lugar” ocupa no universo da Saúde mental e das práticas psi. Evidentemente fez-se um recorte, investigando a partir de determinado lugar; tem, portanto, contribuições que são específicas ao caminho aqui percorrido.

Neste itinerário pelas vias histórica e cotidiana, emerge, dentre outros, um sentido inquietante: a clínica do AT se apresentou como uma intervenção de ruptura com determinadas práticas em Saúde Mental, sendo fruto de certos impasses que eram encontrados. É no interior desses impasses que “nasce” e, se em determinadas dimensões os ultrapassa, noutras acaba por “herdar” certos caracteres...

Nos relatos dos ats entrevistados e na pesquisa bibliográfica, a difusão dessa clínica se faz notar tanto através do ensino em graduações, especializações e cursos de formação específicos de AT, como por meio da prática em que os atendimentos, por exemplo, não se restringem apenas à clínica das psicoses. Em relação ao ensino, há nos artigos e livros uma ênfase à necessidade de se formarem mais ats em diferentes regiões do país. Consta, também, o questionamento sobre o que seria pré-requisito para se tornar um at. As colocações parecem indicar que há uma tendência em valorizar uma formação anterior na área da Saúde.

Ao buscar as transformações da clínica do at, este estudo, se numa vertente encontra sua difusão em expansão, noutra, apresenta refletidas na clinica do AT as vicissitudes dos últimos séculos de subjetivação e da construção do “espaço psicológico”, fazendo perfilar, também, a imagem da especialização dos saberes e suas implicações. Em razão desses aspectos, o estudo empreendido convida a pensar. Pensar que tanto através das instituições ou

clínicas, ou desvinculado destas, o acompanhante estará em seu trabalho sendo veículo (instituição) de diferentes éticas e formas de subjetivação, podendo assumir uma postura de reprodução ou/e invenção de um fazer clínico. Deste modo, a pesquisa revela existir uma demanda: estratégias que permitam mobilidade, fazendo revigorar a tão convocada condição “fronteiriça”, “itinerante” no AT.

Ao cabo desse percurso, por diferentes “vias”, percebo que este me serviu como suporte para levantar e explorar questões, pondo em movimento algumas idéias. Espera-se também que esta investigação instigue a pensar na constituição de “lugares” na clínica do AT que permitam “o entre”, “o através”, uma espécie de espaço “trans”, catalisando saberes-fazer. E que estes possam, diferentemente da figura emblemática do “prisioneiro da passagem”, fazer com que a clínica do AT permita fluxos no âmbito dela mesma, e, por conseguinte, via ressonâncias, provocá-los, no âmbito da Saúde Mental das práticas e saberes psi.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

BARRETO, Kleber Duarte. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.

_____. *Acompanhamento terapêutico: uma clínica do cotidiano*. 2001. Disponível em: <<http://www.siteat.cjb.net>>. Acesso em: maio.2005.

BLEGER, José. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

CARVALHO, Sandra S. *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo: Annablume, 2004.

CARROZZO, N. Apresentação. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (Org.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

_____. Introdução. In: *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAT Circulo de Acompanhamento Terapêutico. *Uma contribuição significativa*. 2000 Disponível em: <<http://www.siteat.cjb.net>>. Acesso em: maio.2005.

CAUCHICK, M.P. *Sorrisos inocente, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico*. Annablume, 2001.

CARNEIRO, N. G. de O. e ROCHA, L. C. O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. *Revista Ciência e Profissão. Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 24, 66-75, 2004.

CASTEL, R. *A ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

CENAMO et ali. O setting e as funções no Acompanhamento Terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (Org.). *A rua como espaço clínico: Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991. p. 187-208.

DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999. (Coleção Loucura e Civilização)

EGGERS, José C. O acompanhante terapêutico: um recurso técnico em psicoterapia de pacientes críticos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 7, n.1, p. 5-10, jan/abr.1985.

FIGUEIREDO, A.C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio. *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação 1500-1900*. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. *Modernidade Trauma: a questão do sentido hoje*. In: *Psicanálise: elementos para uma clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003. p.11-40.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRAYZE-PEREIRA, João A. *O que é loucura*. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

_____. *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. p.19-36.

FREITAS, A. P. Quem são nossos acompanhados? como fazemos at? Acompanhamentos terapêuticos realizados pela Equipe Trilhas entre julho de 1995 e julho de 2002. In: *A clínica da rua: trabalhos apresentados no II Encontro sobre Acompanhamento Terapêutico*. Uberlândia, nov. 2002. (Texto apostilado)

GENEROSO, C. M e outros. O projeto de trabalho da Clínica Urgentemente - Novos dispositivos aplicados na ampliação da clínica em saúde mental e suas interlocuções com o campo social. *Revista A REDE: clínica ampliada em Saúde Mental*, Belo Horizonte, v. 1, n.1, set. p. 7-17, 2002.

GUATARRI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely. *Cartografias do Desejo*. 2 ed Petrópolis: Vozes, 1986.

HERRMANN, Fábio. *Andaimos do real: o método da Psicanálise*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

_____. *Introdução a Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

IBRAHIM, C. Do louco a loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (Org.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991. p. 41-50.

MAUER, S. K. e RESNIZKY, S. *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*. Campinas: Papirus, 1987.

MINERBO, Marion. C(ã)oterapeutas: enquadre a serviço do método. In: BARONE, L.M. (Org.). *O psicanalista: hoje e amanhã: o II Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos por escrito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 223-240.

NALLI, Marcos Alexandre Gomes. Figuras da loucura em Histoire de la Folie. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v.6, n.2, p.39-47, dez. 2001.

REY, F. G. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Trad. Marcel Aristides F. Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

RIBEIRO, Thais C. C. Acompanhar é uma barra: considerações teóricas e clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 78-87, 2002.

ROLNIK, S. Clínica Nômade. EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (Org.). In: *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997. p.83-100.

SANTOS, B. *Um Discurso Sobre as Ciências*. São Paulo: Cortez. 12.^a ed., 2003.

SANTOS, N. S. e outros. A autonomia do sujeito psicótico: no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 1, n.4, p. 46-53, 2000.

SERENO, Débora D. *Acompanhamento de pacientes psicóticos: uma clínica da cidade*. 1996, 178 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica): Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SERENO, D. e PORTO, M. Sobre acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (Org.). *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991. p. 41-50.

ANEXOS

ANEXO I



CARTA CONVITE

Aos ats que trabalham na _____

Venho por meio desta, convidar os ats – acompanhantes terapêuticos que trabalham nesta instituição a colaborarem na investigação que estou desenvolvendo na Pós-graduação – Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia e que diz respeito à Clínica do AT.

Uma das etapas desta investigação é justamente conversar com ats sobre sua prática, seu fazer cotidiano. A duração máxima desta conversa é de 1 hora (com algumas variações conforme o caso), sendo gravada em fita cassete. O local será escolhido junto ao at que se dispuser a participar, devendo apenas ser um local reservado/tranquilo (sons, ruídos fortes...).

Desde já agradeço muitíssimo a atenção e peço aqueles que se dispuserem a participar que deixem seu nomes, fones e e-mail registrados com _____ para que eu possa entrar em contato.

Atenciosamente,

Cérise Alvarenga (Psicóloga, at, mestranda em Psicologia UFU)

ANEXO II



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (034) 239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 017/05

Registro CEP: 010/05

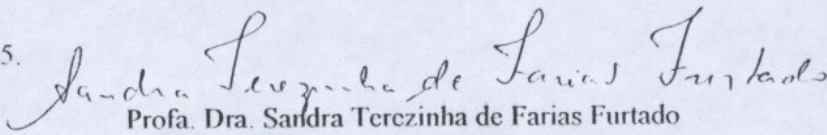
Projeto Pesquisa: “*Trânsitos da clínica do acompanhamento terapêutico: da via histórica à cotidiana*”.

Pesquisador Responsável: Cérise Alvarenga

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação, do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado.

Uberlândia, 04 de março de 2005.


 Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

ENTREVISTAS

Entrevistado: Eduardo

Cidade: Uberlândia

Duração: 01h15min (média)

Local: Consultório particular do entrevistado

Data: 31/04/05

E___... então Cérise, vamos falar dessa nossa experiência, aí...de at.

C __ Isso, a idéia é falar da nossa experiência, falar da experiência cotidiana, de at.

E __ De at. Mas assim, você quer que eu fale de algum paciente específico, de atendimentos, ou você quer que fala do caso clínico, que fala...

C__ Acho que fala... ah... da sua experiência, do que vier primeiro...

E __ É! Então eu vou falar do primeiro caso que eu atendi.

C__ O primeiro...

E __ O primeiro era um Sr. Sr. José, ele tinha 81 anos de idade. Ele tinha... é... a família dele me procurou, ele na época não andava, ele ficava acamado, mas ele não aceitava a idéia de psicólogo, se fosse um psicólogo ele não aceitava. A filha dele diz assim: *“Eduardo, ele tá muito triste, tá...então a gente queria que você fosse lá, mas ele não aceita psicólogo, então você vai como amigo, não precisa falar que você é psicólogo, vai conversando com ele...”*. Então vamos tentar, eu nunca tinha feito isso. Então, era ele e a esposa que ficavam na casa.

C__ Então a filha que...

E __ Ela que requisitou o trabalho, o serviço. Ela falou assim:

C __ Ela sabia que você fazia esse trabalho? Ela sabia que você era psicólogo.

E __ Ela sabia que eu era psicólogo, e nem eu sabia que eu ia fazer esse serviço, porque eu nunca tinha feito também, foi a primeira vez que ... naquela época, né você sabe como é, começando, né... precisava de ... (acena sorrindo, faz gesto com os dedos, indicando dinheiro)

C__ Se sustentar, Eduardo, atender, né.

E __ Exatamente. Então vamos lá, vamos ver como a gente desenvolve esse trabalho, o que vai virar, então, começamos. A única, é... questão que eu coloquei pra ela, foi assim: tem um lugar que eu posso ficar sozinho com ele? Ela disse: *“Olha, ele fica sempre na sala, vendo televisão, mas eu posso falar que ela sai”*. E assim, nós fazíamos. Eu chegava, ela saía. Mas, aí um fato tão interessante, extremamente... Depois eu fui pensar, acho que até hoje, eu penso que... Coincidiu, acho que uma forma muito coincidente, era justamente nosso atendimento, era no horário da missa, da Rede Vida, das 9:00 as 10:00. Sempre.

C __ Hum.

E __ E ele adorava assistir a missa pela televisão. E tinha dia que nós assistíamos a missa juntos...

C __ Riso.

E __ Sabe, era... alguns dias nós, a atenção virava pra missa, e ele participava. Tinha momentos quando batia palma, nós batíamos palmas. (bate palma). E assim, eu não era psicólogo. Eu era uma pessoa que ia lá conversar com ele algumas vezes. Era uma pessoa que tinha assim, muita dificuldade pra falar, pra se abrir... Ele, assim, viveu toda a vida dele, até uns 5 anos atrás, viveu em SP. Ele era porteiro de hotéis...

C __ Porteiro...

E__ Ele foi pra SP, deixou a família, a mãe e um irmão, numa cidade pequena, no sul de Minas, e foi para SP sozinho. Diz que quando chegou em SP, dormiu na praça, não tinha lugar, diz que as pessoas ajudou financeiramente, dar comida. O primeiro emprego dele foi porteiro de hotel. Mas uma coisa muito interessante foi essa coisa da missa...

C __ Com ele...

E __ Com ele. A gente assistia a missa, depois fazia alguns comentários... Outra coisa que marcou bastante...

C __ Você ia na condição de um amigo?

E __ De um amigo.

C __ Nunca foi falado pra ele que você era psicólogo?

E __ Não, mas eu exercia atividade de psicólogo. Às vezes eu entrava...

C __ A filha dele solicitou porque...

E __ Ele tava triste, ele não andava...

C __ A missa que era... como eu posso dizer... o momento em que se estabelecia contato...

E __ É parece que o contato era difícil inicialmente, e o contato era depois da missa... através de um comentário do padre, ah... do lugar que era em Aparecida.

C __ Curioso que eu tô pensando aqui, eu vi a Paixão de Cristo, e fiquei pensando no sentido ritual e de partilha da missa...

E __ É, e é bem ritual mesmo, porque depois, todo dia eu tomava um café, todo dia, do ritual, tem essa coisa... E o que ele andava, Cérise, era, a casa era bem pequena, era do quarto dele até a sala, e da sala para a cozinha, não andava, dizia que as pernas não tinham força. Um dia ele tava andando na rua, sofreu uma queda e bateu a nuca na calçada. Ficou muito tempo internado, hospitalizado. Então ele ficou com medo de andar. E depois com o tempo das nossas conversas, na época eu atendia ele, ia na casa dele 2 vezes na semana, com um certo tempo, tipo assim, uns 3, 4 meses, ele começa a andar. A casa dele era no fundo do terreno, então, era livre, tinha um corredor, ele começou a andar, da casa até o portão. Tinha dia que nós andávamos, nos deixávamos a missa, a televisão eu dava meu braço pra ele, a gente andava até no portão e voltava. Depois de algum tempo... não sei se a esposa dele vendo aquilo, acho que a presença da gente, acho que move algumas coisa, parece que sei lá o que faz, acho uma coisa impressionante pra se pensar, a presença de um profissional na casa, porque não mexe só com paciente, mexe com o grupo familiar. Sem ter o contato direto de conversar, mas..

C __ A presença já dá uma desestabilizada, uma pequena...

E __ Parece que algo fica fora do lugar, mexe e que busca... alguma...sei lá, alguma coisa. Então parece que a esposa vendo aquilo, a esposa se prontificou a andar, a fazer caminhada com ele todo dia de manhã. Todos os dias ela saía. E começou assim: ela andava uma quadra, só na rua. Depois, com o tempo, ela passou a andar duas quadras com ele, ela ia e voltava. Agarrado no braço. Então ele começou a andar.

C __ Ela, meio... de certa forma começou pela imitação... Ela pega aquele seu jeito...

E __ Isso! Ela começou a imitar. Eu acho assim, bem...

C __ Na dificuldade de lidar com alguém, inicialmente é pelo modelo, né. Se aquilo tá funcionando...

E __ É porque nesse caso, a presença ... o que causa, o que gera na família não foi só com esse caso, foi em outros casos que o movimento familiar, algum movimento aconteceu, é muito bacana isso.

C __ Tem algum outro caso que você acha que ficou assim: esse já mostra, né! Alguns ficam assim, mais evidenciado...

E __ É, por exemplo, uma deficiente física. Quando eu comecei a atender essa pessoa, ela ficava em desespero, Cérise. Era difícil da gente ver... Eu chegava na casa dela ela estava deitada na cama, muitas vezes ela estava deitada, suave que ela colocava a mão assim e pingava. Coisa assim tão... E chorava e gritava. No início, eu não tinha presenciado nem um episódio desses, dela tá gritando, chorando, mas o que eu sabia disso era o que a família me falava. Eu comecei atendê-la e, a minha proposta era sair de casa. E por que?. Porque na casa tem o pai e a mãe na casa dela e inicialmente eu cheguei e vi que ela não sentia a vontade,

parece que tinha a mãe e o pai ali. Então, a minha vontade era tirar aquela pessoa dali de dentro. Pra mim no início foi desconfortável, porque na verdade eu nunca tinha lidado com deficiente, uma cadeira, pra mim foi assim desconcertado, até uma época, até eu pegar o jeito, a forma, como fazer...então, tá. Ela morava próxima ao Parque do Sabiá. O primeiro dia que eu fui, ela tinha uma relação terapêutica com outra psicóloga, muito estabelecida, muito forte, até isso era difícil pra mim. Mas...vamo lá! Aí eu peguei essa pessoa, ela entrou dentro do meu carro com muita dificuldade, eu não ajudei, Ela dá conta, muito vagorosamente, então eu respeitei esse movimento,...o tempo dela, respeitei. Peguei a cadeira, fechei, coloquei dentro do carro, nós saímos. Lá, a mesma coisa, peguei a cadeira, esperei que ela saísse, o movimento dela, o jeito dela, no tempo dela. Gasta aí... ela gastava mais ou menos 5 minutos para sair de dentro do carro. (pausa) E parece que minha impressão foi certa, depois de passar muito tempo, um dia ela verbalizou. Às vezes chovia não tinha como a gente sair, aí ela falava assim: *“eu não gosto de ficar aqui em casa, mesmo com a porta fechada, porque meu pai pode ficar ouvindo”*. Então tá: comecei o atendimento com ela, mas sempre vinha aquelas crises dela, de choro, é... às vezes ela não queria comer, ficava aquela, por causa de uma briga com as tias... Ela sempre falava que era sabe eu fui trabalhando isso com ela, essa coisa da briga, essa coisa da perda, da separação. Porque elas brigaram, ela morava com uma das tias, aí as duas brigaram e ela diz que uma das tias tinha agredido e ela contou pra essa tia e gerou uma briga e uma rivalidade entre as duas, aí ela entregou pra mim, falou: “ lugar de filho é com o pai e a mãe”.

C __ A tia que criava?

E __ e ela não tinha um lugar fixo. E... então tá bom, não tinha esse lugar, acho que foi uma das primeiras coisas que fui detectando. Sabe? Isso aqui é meu, é a minha casa, sabe não tinha não existia. Com tantas conversas eu fui percebendo que essa pessoa não tinha nada pra fazer, vivia no ócio. Ela não estudava...

C __ Que idade ?

E __ Na época tinha 24 anos. Ela tinha feito só até a 5ª série, fazia inglês, tinha estudado música no conservatório. Gosta muito de música, toca teclado... e também eu comecei a pensar alternativas para essa pessoa fazer, buscar. Um dia eu sugeri pra ela: “você gosta muito de música”, um dia ela levou o teclado e tocou pra eu ouvir. Eu achei legal, conversei com ela: “porque você não faz aula de canto?”. O canto expressa. Quando ela canta é como se tirasse alguma coisa...

C __ Ela já tinha essa ...

E __ Habilidade...

C __ Essa relação com a música.

E __ Então tá bom. Eu acho que ela vai e fala com a mãe isso. Depois a irmã, a tia dela, marcou um horário comigo, ela foi ao meu consultório, aí...a tia começou a falar da relação da filha com a mãe. Que era muito fria, muito distante, tinha deixado ela de lado, sempre tinha dado atenção pras outras filhas e, quem cuidava mais era essa tia. Aí ela comenta uma coisa: pra você ter uma idéia. “Você corre risco de ficar com ela ou de ser mandado embora”. Aí ela conta essa história da música, que a paciente chega e fala pra mãe e a mãe fica horrorizada, “Como?! a gente tá passando dificuldade, aqui em casa, agora vem um babaca aqui e fala uma coisa dessa pra ela”, sabe, tá bom. Nós começamos ...

C __ O babaca...

E __ Mas mesmo o babaca, ainda vai, mesmo sabendo disso, ainda vai né diz: “olha, ela não tá fazendo nada! Ela não tem uma atividade. Pensa você, foi colocado pra ela. Pensa você...

C __ Pra mãe?

E __ Pra mãe. “Você, ficar o dia todo sem fazer alguma atividade, você ia gostar?” Eu me lembro que nesse dia ela... Esse dia ela, aí ela, realmente ela foi buscar uma escola pra essa pessoa. O meu conceito foi mudando lá dentro, o contato maior que eu tive com a família foi

esse, mais incisivo foi esse. Depois eu fui percebendo que a mãe, ela foi ficando mais próxima da filha, ela foi construindo uma relação mais estabelecida, mais estruturada, assim, mais perto uma da outra e... a mãe participando da escola. Porque até então, a mãe era assim: era a filha lá e eu aqui. Foi participando mais das atividades...

C __ Nesse caso, como você chegou até essa moça?

E __ Foi a tia...

C __ Uma das tias...que ela morava?

E __ Uma das tias que me

E __ Tanto é que no início, eu atendia uma vez por semana. Eu disse pra ela: “Não tá bom, não tá legal, preciso atender mais uma vez na semana”. Ela: “É mas nós não temos recurso financeiro”. Aí ela mobilizou uma outra tia, a outra tia começou pagar a outra, a mãe pagava, a mãe não, a menina é aposentada, ela tem um benefício, ela que paga.

C __ Ah!... aposentada, então você tirou ela da condição de aposentadoria... (riso)

E __ Isso! Exatamente.

C __ Ela vivia como aposentada, né?!

E __ Inválida! Vamos dizer assim. Inválida.

C __ Ela chegou a trabalhar?...como que aposentou.

E __ Não sei como eles aposentaram...

C __ Ela aposentou e você a desaposentou.

E __ É assim, é bastante interessante o movimento da família, a aceitação, como vai mudando. Hoje essa filha, ela não está naquele estado mais.

C __ Você acompanha ainda...

E __ Eu acompanha tem uns 3 anos. Hoje eu vou uma vez por semana...

C __ E você, nesse caso, você teve também momentos de ir com ela, em outros lugares acompanhar, sair?

E __ Um dia nós fomos ao Campus onde tá cheio de jovens, ela tem 24 anos! Cheio de jovens, e nós sentamos num banquinho daqueles lá, mas toda hora passava um jovem, toda hora e eu me lembro que naquele dia específico, eu me lembro que na hora que a gente tava saindo pra ir pro carro, tinha uma rampa, ali no bloco J, no Campus Santa Mônica, e disse pra mim assim: “*é...a partir de hoje eu vou mudar de rumo*”. Sabe assim, bem bacana!

E __ Foi a primeira vez que nós saímos ...

C __ Numa rampa!?

E __ Ao pé da rampa...

C __ Ah! Que bonito (riso)

E __ Hoje eu tenho trabalhado questões mais intimas dessa pessoa, questões mais..., sabe? Do sentimento, da emoção, bem aprofundado mesmo. Coisa que no início eu não conseguia fazer. No início coisa que era mais bem, bem, bem, na superfície...

C __ Você fala, na fala? Agora eu fico curiosa, porque antes você fala na superfície...

E __ Sabe eu não adentrava nas emoções, sabe? Nessas coisas que é tão difícil de tocar, de falar, coisa que é mais difícil de mexer.

C __ Você fala que tinha mais esse...esse sentido dos atos? das ações?

E __ Não. Da fala. Por exemplo, gastou-se muito tempo, muito tempo mesmo pra gente conversar sobre a deficiência física dela. Porque assim, parece que ela não se permitia, não ... é... não falava disso, o que ela sentia de ser uma deficiente física, como ela se via em relação as outras pessoas, os colegas da escola, como que ela lidava com a questão da rejeição...

C __ Isso não podia ser verbalizado ainda, traduzido em palavras... é... nomeado?

E __ É. Não podia.

C __ Você fala assim no sentido... porque muita coisa foi operando, muita coisa aconteceu, quando você localiza que é nesse âmbito superficial.

E __ É. Outra coisa...

C __ Sair com ela...veja bem, né. Na base de uma rampa, ela dizer: “Eu quero mudar de vida”...

E __ “A partir de hoje eu vou mudar de vida...”

C __ Quer dizer... Pra mim é muito forte! E ainda era nesse momento que você localiza... ainda nesse âmbito mais dessas ações...

E __ E nessa época Cérise, tinha muitos momentos dela ficar muito chorosa, dela ficar não querer comer, mas aí o que a gente vai trabalhando? A gente vai ...eu vou... é como se eu fosse ensinando pra essa pessoa... ‘Ah, você tá sentindo isso? isso é natural sentir, o ser humano sente isso’, sabe?! É... natural, ela pode sentir raiva. Agora nós estamos num momento dela poder sentir raiva. Ela não admite que possa sentir raiva de uma pessoa que ela gosta. Não tem como... amar e sentir raiva. É difícil ainda pra ela. “Como que eu posso sentir raiva da minha mãe?”. Então quando ela sente raiva da mãe, ela quer morrer. Agora, uma das coisas importantes que eu tenho desenvolvido com ela e a questão da... do setting, não existe o setting, mas ao mesmo tempo existe. Por exemplo, existe a hora, o dia, existe a hora de começar, a hora de iniciar e com ela, está assim, eu não faço na casa dela, mas a gente sai, a gente está no mesmo lugar. Numa marquise, se chover agente tá protegido, no sol a gente tá protegido, no mesmo lugar, no mesmo dia da semana, na mesma hora.

C __ Como assim, no mesmo lugar?

E __ Todo dia eu chego na casa dela, pego a cadeira, com ela e a gente sai na rua e vai para o mesmo lugar, sempre na mesma marquise.

C __ Ah!!

E __ E tem sempre o mesmo ritual.

C __ Isso cê acha que é uma coisa que cês construíram juntos?

E __ É.

C __ Quem que delimitou, vai ser no mesmo...

E __ Isso aconteceu, porque no início, antes de isso acontecer...

C __ Ah! Por conta dela ficar incomodada de ser na casa...

E __ É. No início, às vezes era tão difícil dela falar que eu chegava as vezes a dizer assim: conversar comigo inicialmente... ela me olhava assim... mas aí, assim que nós saíamos, a porta da casa dela, eu dizia pra ela assim: pra onde que nós vamos? Pra cá ou pra cá. E ela ficava... eu ficava também, ficava esperando, às vezes ficava 5min, 10 min e eu voltava a dizer pra onde nós vamos... Até ela dizer, dizer assim...com muito custo ela apontava o dedo... Ah! Então nós vamos pra cá?! Por quê? Porque naquela época isso era importante, o sentimento que eu tinha é que eu estava dando voz a ela ... pra ela escolher.

C __ É interessante que tinha um sentido ritual, mas era referente aquela fase, aquele período, pelo qual eu tava passando, pra cá, ou pra cá?

E __ Nós saíamos da casa dela, mas na esquina isso também acontecia, agora nós vamos pra lá ou pra cá? Não existia esse lugar, esse lugar foi sendo construído, eu acho que o atendimento do at passa por isso, acho que a gente vai construindo um lugar que não existe. Eu acho que aí, não sou eu que vai construir... é a dupla que vai construindo junto...pelo menos as experiências que eu já tive até hoje, isso aconteceu, isso...esse lugar que vai sendo construído com o tempo. É claro que no início, isso a dupla fica sem esse lugar, hoje nos vamos em determinado lugar, amanhã nós vamos em outro. Até construir um lugar específico. Até mesmo com aquela paciente... A antiga.. que também tem esse lugar... no momento ele tá mexido devido a crise...

C __ Riso “Aquela...”

E __ O lugar dela existe, existe o lugar, a minha relação com ela é forte, muito bem estabelecida ...

C __ Fala um pouco dela...

E __ A história dela é longa...muito tempo que nós estamos juntos, a relação com ela é muito forte, muito bem estabelecida. Ela fala assim: “Eduardo quanto custa um gravador? Eu tenho que gravar tudo que acontece aqui em casa!”. Com ela eu vou pela brincadeira

C __ Vai pelo humor...

E __ Eu vou pelo humor, porque ela vem muito agressiva muito, de ficar... É...

C __ Ela chama pra...

E __ Chama pra briga! Sabe? Invadindo, agredindo. Ela vem dessa forma, agredindo os outros. E com ela, aquelas agressões pra mim não interessa, com ela especificamente o que faz ... o que faz acalmá-la, porque que comigo ela muitas vezes acalma, porque aí quando eu chego: “E fulano brigou comigo ontem, não fez chá pra mim fulano não fez isso pra mim”, não fez isso. Isso pra mim não interessa, ela fazendo isso o estado de humor pra mim tá lá em cima, mas aí um momento ou outro ela: “ai a minha vida não tá boa”... aí eu falo assim: “ah! Então vamos falar da vida, que vida? Sabe? uma brechinha que ela deixa...

C __ Tem muito tempo, não é?!

E __ Tem muito tempo... Com ela, começa falar da adolescência dela, da infância, das perdas que ela sofreu. Aí assim, é onde gerou tudo o que ela sente, é como se fosse acumulando... vai depositando, depositando, e hoje só tem aquele depósito de ... é um cubeiro que tá cheio. Então, ela falar das coisas que aconteceu hoje, ontem, não esvazia o cubeiro. O cubeiro permanece cheio. Pra esvaziar o cubeiro eu tenho que ir lá atrás. Assim, é uma das coisas que eu já percebi com ela. Então com ela qual que é o lugar, com ela o “lugar” varia muito. Teve uma época que o nosso lugar era na casa dela, mas num quarto que tem na parte externa da casa. Ela chama de salão. A gente ficava só ali. Eu já chegava eu já ia direto pra casa. A gente ia pra esse salão, e ficávamos lá. Nessa época, foi uma das épocas que rendeu muito, que eu acho que a gente tava...

C __ Nessa época que você faz as idas pra providenciar a aposentadoria?

E __ É. Isso!

C __ Essa paciente já é ..., apossar-se da aposentadoria já tem outra função né?! A outra tem que desaposentar...

E __ E nessa época da aposentadoria, a gente tava buscando uma atividade pra ela, um fazer. Porque eu acho que o at também faz essa coisa do assistente social, de um jeito ou outro, ele tem momentos que ele tem esse papel também, de buscar. Tem que ir no INSS. Então vamos lá. Tem que ir na prefeitura. Então vamos lá, sabe? Tem uma função.

C __ Cê acha que guarda uma semelhança...E onde que tá a diferença? fiquei curiosa...

E __ Pra mim eu acho que é a relação, nessas idas, a escuta. A gente tá conversando, ela tá falando, é claro que tem esse fim, mas no percurso a gente sempre tem uma conversa, sempre tem uma coisa que é falada, que é captada.

C __ Um imprevisto?

E __ Um imprevisto...

C __ Um imprevisto bom né... (risos)

E __ Então, nessa época com ela eu perguntei o que ela gostava de fazer, que ela sentia prazer. Aí ela disse que gostava de mexer com plantas, ela me chamou pra ir no fundo da casa dela, aquele tanto de plantas que ela vai plantando, ou outros. ‘Nossa que bom que a Sra gosta de plantas! Tem um lugar aqui em Uberlândia que tem mudas, a Sra sabia? “Não, não sei não. Você pode me levar lá? Então, nós marcamos o dia, nós fomos no viveiro Municipal. Nós fomos sem marcar, eu não sabia que a gente tinha que marcar. Chegando lá, a pessoa... eu me apresentei, eles colocaram uma pessoa a disposição da gente pra tá mostrando o viveiro, as plantas. Foi muito bom, assim, pra ela ver que tem um lugar que cuida das plantas... que cuida da vida, foi muito significativo essa questão. E ela pediu as mudas. Eles deram as mudas pra ela levar pra casa, deu uma muda de uma flor muito bonita, de uma árvore, ela plantou no fundo da casa dela. Outro dia me chamou pra ver, tá lá a árvore.

C __ No fundo? Qual?

E __ É uma flor muito bonita! Aí, depois disso nós começamos a trabalhar a questão das plantas, eu comecei a falar que ela podia fazer vasos, expor na casa dela, vender. Ela ficou extremamente animada, na época, foi... então, nessa época eu observei, o que dá pra pensar é que já tinha condições de começar a pensar em alguma coisa que ela fazia, que desse prazer, que ela gostasse, que ela sentisse bem. Que surgiu das plantas.

C __

E __ Do at, acho que esse lugar, essa coisa que vai construindo juntos, de suportar não Ter lugar inicialmente. Isso pra mim, é, eu percebo que é com todos acontecendo, aí depois com ela ...

C __ Parecido com uma entrevista né? Uma conversa, que lugar onde vai levar, que lugar (risos)

E __ É... Mas...nessa época nesse lugar...mas depois com o passar do tempo esse lugar mudou. Ele saiu da casa. Ele foi pra praça, era só na praça.

C __ “Na mesma praça, no mesmo...” (cantarolando). Não tem uma música?

E __ Na mesma praça. No mesmo banco. Eu não escolhi. Ela não falou. As pessoas passam, e ficam olhando. E ela sentia muito prazer, ainda sente, na praça passava um conhecido, ela: “Ah! Esse aqui é meu psicólogo”. (risos)

C __ Ficava te mostrando Eduardo? (Risos)

E __ É. Esse aqui é meu psicólogo. Sabe, “Ahaha, esse aqui é meu psicólogo”. (risos) Sabe assim?!

C __ Aham!

E __ Isso também eu acho que é bacana mostrar, tanto pra ela quanto essa deficiente. A deficiente física, ela não fala, mas eu percebo, sinto que ela sente bem de eu tá saindo com ela, na rua, na cadeira. Mas eu acho que pra ela é mais importante porque é uma deficiente física, que sofre preconceito, sofre discriminação. Então, que sai pra as outras pessoas vêem. Isso é terapêutico também.

C __ Ter alguém pra ...

E __ Pra conversar, pra falar, pra estar junto. E essa paciente, ela... ela faz fisioterapia também, mas ela conta nos dedos o dia de eu ir lá. A mãe dela fala: “o dia que você vem aqui, ela acorda cedo, tem uma disposição, te espera...”. De esperar de contar, isso eu acho que tá relacionado com o vínculo. Uma das coisas que eu percebo também como at, é a questão do vínculo, que eu percebo assim, muito forte. Agora tem, deixa eu ver... tem umas modalidades de atendimento, bem interessantes, quando a demanda, como o primeiro, que a demanda é de outra pessoa. Aí muitas vezes eu me senti um intruso, alguém que tá incomodando, alguém que tá fazendo alguma coisa pra aquela pessoa me aceitar. Tem uma moça em específico que foi até você que encaminhou... cê lembra que eu tinha que ir numa da fazenda? Na chácara, Lembra?

C __ Você tá acompanhando ela? A família tava muito preocupada com ela...

E __ Não, não deu, eu fui algumas vezes, ela tinha muita resistência. Conversei com a família, orientei...

C __ Que já é uma intervenção, né!?

E __ É uma intervenção. Com eles eu fiz orientações, e... porque eles ficavam assim, pensando. “Nossa! Minha irmã, minha irmã tem uma doença, eu acho que nós vamos Ter que interná-la” Por quê? Não, ela só fica no canto dela, não tem que internar, não é por aí. Com ela, ao mesmo tempo que eu sentia que era um intruso que fazia alguma coisa pra ela me aceitar, quase que ...você vai ter que me aceitar me engolir. Quando eu saía eu dizia, “semana que vem eu volto”, ela dizia: “ Não precisa”, mas ao mesmo tempo tinha aquele ar assim: “ai que bom!”. Sabe? Aquela coisa, “não, não precisa você voltar, mas ao mesmo tempo, tinha um riso, ai, eu quero que você volta”. Mas...esse lugar também, ele é difícil. Você vai Ter

que me engolir, porque o outro quer que eu faça alguma coisa por você, sabe? A família, eu tô sentindo pressionado pela família, é a relação que a família tem com ela, ou com a enfermidade ou, ... (a fita acaba e...) Mas tem algumas coisas mais que assim, acho que no momento eu não lembro...

C __ Mas veio muita coisa!!!

E __ Eu gosto de falar do meu trabalho,! (risos) Acho que...

C __ Então, acho que por hoje é isso...

Parece que encerramos. Desligo o gravador. Eduardo começa a me contar o que contava antes de iniciarmos a entrevista. Fala sobre seu trabalho no PAD. Peço permissão para ligar o gravador.

C __ Fala um pouquinho sobre esse trabalho! Você roda, roda...

E __ É, roda, roda e vai parar no domiciliar! Briga. Luta. Inclusive vai até na justiça e o que sai, vai parar no domiciliar...

C __ E era para o trabalho com a dependência...

E __ É. Lá o outro e surgiu esse. Nesse assim, eu não tô encontrando nenhuma dificuldade, por causa desse trânsito que eu já faço, esse caminho que eu já fiz há algum tempo. A equipe que parece às vezes, fica assustada.

C __ com a sua...

E __ É! Com atuação. E também acho com questão da prática, acho que é muito importante, Cérise, acho que a firmeza. Por exemplo, ontem eu fui atender uma paciente, estilo aquela paciente, mas menos tensa, sabe assim, muito agressiva, agredindo o marido: “Esse trem é assim, eu peço pra fazer uma coisa, não faz pra mim”. Sabe, muito irritadiça, muito, mas ao mesmo tempo com o humor muito deprimido, muito chorosa. Eu perguntei pra ela, ela me diz assim: “Um dia eu fui no baile...” não melhor, voltando um pouco antes disso. Ela falou assim: “eu fico muito nervosa mesmo!” Mas quando a sra. Fica nervosa a sra. Sente ao quê? “Eu sinto dor de cabeça, aqui no braço, no ombro, uma dor que vai descendo e dói muito! Mas um dia eu fiquei tão nervosa, eu fui parar no UAI e eles me deram um santo remédio!”, “Ah! Mas que remédio é esse?” “Ah! Eles não contam, não falam!, ah! se eles dessem o nome”. “Mas nós podemos arrumar” Eu disse pra ela. “Eu vou arrumar, encaminhar a Sra. Pra um atendimento no psiquiatra, a sra quer?”, é ele que receita esses remédios. Na mesma hora eu já encaminhei ela pro setor, já encaminhei, quer dizer... Acho que essa coisa, com esse tipo de paciente, nervoso, porque tem remédio pra isso, às vezes, só a atuação do psicólogo às vezes não vai, conseguir dar o suporte. Às vezes é necessário o medicamento sim...

C __ É curioso que você tá falando do medicamento, só que esse trequinho você tá contando de uma desventura vamos dizer assim, que você teve e a equipe ficou... assim...

E __ É, a equipe ficou assustada, psiquiatra, pra que isso, sabe assim? Pra que remédio, sabe essa coisa assim, de ficar incomodado de começar a encaminhar pra outros profissionais, mas ao mesmo tempo é seguro. Ao mesmo tempo que incomoda, eles já ficam seguros. Nossa é seguro. Nós estamos com profissional que ...

C __ E a equipe lá são quais profissionais? Eles vão na casa?

E __ São três médicos, fisioterapeuta, assistente social, enfermeiro...

C __ Vai um carro com os profissionais?

E __ Não são três carros, distribui por setores. Hoje vamos fazer o setor sul.

C __ Esses pacientes estavam no hospital?

E __ São pacientes graves que tem problemas respiratórios, que necessitam do aparelho respiratório, então o hospital cede o aparelho, leva o aparelho pra dentro da casa do paciente. São pacientes que tiveram AVCs, acamados e muitos deles não alimentam pela boca, mas pela sonda.

C __ Eles são visitados periodicamente...

E __ Periodicamente pra fazer fisioterapia, porque estão direto na cama tem escaras que são feridas no corpo, porque ficam direto na cama. Tem a questão do cuidador que é muito... é uma carga muito pesada. Nós já estamos, eu já estou formando grupos, vou trabalhar em grupo com esse pessoal, tem a questão da orientação desse cuidador...

C __ Você vai trabalhar com os cuidadores?

E __ Com os cuidadores. Muito rico! Esse vai ser em grupo, pra alguns, mas outros, eles não conseguem sair de casa, então vai ser dentro da casa deles, do paciente. Pra eles o que eu percebi, o pouco que eu já percebi é que existe uma carga emocional muito forte no cuidador. Não tem feriado, não tem nada, é tempo todo com ela, sabe?! Vendo aquela pessoa que às vezes é o pai, o marido, sofrer. E nessa condição que não pode curar, muitas vezes o cuidador queria curar a pessoa pra sair daquela condição, mas se vê impossibilitado. O cuidador ele tem muita pressão alta, pode desenvolver diabetes, dores na coluna, e outras... que vão surgindo. Mas muitas vezes Cérise, o que eu observei é que ele vai engolindo e aquilo vai... pro corpo. Acho que essa é uma visão psicossomática, mas eu vejo muito isso. Inclusive tô me lembrando de uma cuidadora em específico. Ela é uma pessoa jovem, nova, tá cuidando do pai, ele teve AVC e fica mais acamado. Ela trabalhava fora, ela deixou o trabalho para cuidar do pai. A mãe tem um trabalho fora, não quer saber de cuidar. E, ela fez isso de imposição do dos irmãos, da mãe. Então ela não sai, não namora. Ela não tem uma vida social. O tempo todo ela está ali com o pai. Nas férias da mãe, as enfermeiras me disseram, ao invés da mãe ficar com o marido ela foi viajar. A cuidadora aceita isso. Então assim, mesmo que seja o pai dela, aparece em algum momento que esse pai morra. Então ela começa engolindo essa situação e começa a aparecer dores, ela reclama de dores na coluna, dores nos braços, aí eu pergunto: “mas antes do seu pai ficar doente, você tinha?” ela diz: “não”. Outra cuidadora, a pressão alta, altíssima. Mas antes dele sofrer o derrame, o AVC, como é que...” eu não tinha pressão alta, foi só ele ter o derrame que começou”, mas é um trabalho bacana, rico. Pena que por pouco tempo.

C __ Você não vai continuar?

E __ Eu tô lá substituindo ...

C __ Você vai para o seu lugar de ...

E __ Eu não sei.... to lá substituindo uma pessoa.

C __ Você não sabe pra onde vai, tá como o at, sem lugar, constrói um lugar? (risos)

E __ É! Legal! Constrói um lugar...

C __ Você é bom nisso Eduardo. Tá fazendo uma coisa boa.

E __ Mas tá indo. Tô construindo meu espaço, como quem não quer nada, acho que o at tem isso também, sem querer, sem saber pra onde que vai, essa coisa isso do mineiro que vai aproximando, que vai...de repente já chegou. Acho que o at tem isso também.

C __ Oh! “Mineiridade e at...”

E __ É eu acho que deu certo por causa dessa característica (riso). Eu tenho isso, eu sei que eu tenho... Essa coisa do mineiro de ir aproximando, de ...vai conquistando aí de repente, aquilo que é inconquistável, se torna uma conquista! Acho que o at pode ser isso (riso) Porque aí entra nessa coisa do lugar, não tem o lugar, mas de repente já tem, com o passar do tempo encontra esse lugar.

C __ É um constrói, é o que você falou, constrói, mas depois já foi outra coisa...

E __ É ele transforma, com essa paciente deficiente física. Eu comecei atender no Parque do Sabiá. Nos primeiros atendimentos era tão interessante, ela era tão calada, eu fazia relação com árvore, não sei o que eu falava, mas eu fazia, (riso) o ambiente que a gente estava, o que estava ao nosso redor. Eu chamava ela pra perceber, ela ficava ali paralisada, sabe aquela coisa? O olhar ficava fixo, sabe aquela coisa impregnada, e eu chamava atenção dela praquelas coisa, pra árvore, sabe ali?

C __ Convidando pra ela se relacionar!

E __ Até comigo mesmo, o at faz isso, convida a pessoa a se relacionar. Isso também é bacana...

C __ E, eu acho muito bacana, aqui... obrigada!!!!... Se eu precisar, sabe que eu volto! (risos)

Entrevistada: Elena

Cidade: Uberlândia

Duração: 01h00min (média)

Data: 14/06/2005

Local: Consultório particular da entrevistada

C __ Então, aquela hora (referência a conversa que tenho com outra at da clínica enquanto esta aguava as plantas e eu aguardava minha entrevistada) eu falei que já tinha começado porque, a própria ... esse momento, de ter recebido o e-mail (referente a um grupo de estudo sobre at que a clínica em questão enviara), de ter ficado pensando, vou ter que arrumar um jeito de me inserir no grupo de estudo, porque eu tô ficando mais pra lá (BH), quando eu estiver por aqui... por isso que eu falei que já tinha começado(risos). O que ficou do meu momento, foi de eu investigar, os trânsitos históricos e quotidianos, eu vou partir dos históricos e depois para os quotidianos da clínica do at. É uma conversa... O que eu ando falando...fala do seu cotidiano na clínica, das suas experiências, de uma experiência significativa ou como começou essa história de ser at. Por isso que eu acho que eu falei que já começou, que tá significativa essa história, porque é está significativo, tanto do curso, tanto da Marli ela chega, ela já exercia, mas ela não conhecia essa terminologia. Talvez resgatar a Marli pra começar.

E __ Então eu tava dizendo...é... com esse curso, foi o segundo curso que nós fizemos de at. O primeiro de 98 a 99 e depois 2002. Aí veio a Marli participou do curso, participou do estágio. Que a gente fez um estágio, um estágio onde ...depois do grupo ficou grupo de estudo e esse grupo ficou a fim de fazer a prática. Tava o Marcelo... ele era nosso vizinho de clínica, ele veio fazer o curso, ele e a Luíza, e aí o Marcelo ficou, a Luíza não ficou no grupo de estudos, ele ficou no grupo de estudos. Nesse meio tempo ele foi embora para o mestrado. A Marli ficou mais umas pessoas, mas era a Marli era a única que tinha a prática. E aí agora, a gente nessa coisa de abrir, vamos abrir o grupo, porque a última abertura que a gente fez no grupo foi com a entrada da Mariana. Aí, até vinda da Mariana ...Era estagiária do Ronaldo, ela fez At, depois ela foi ...

C__ Ela começou como aluna?

E __ Com aluna, lá na UNIT, da graduação. Depois e ela foi chamada pra fazer at de uma cliente nossa, da Eliane. Ela foi supervisionada da Eliane uma época, que a Eliane já conhecia o caso, e depois a gente resolveu convidá-la pra compor. Então, ela tá recém formada, mas ela tem experiências nos estágios. Tá legal agora. Mas inicialmente começou, a Ana Elisa e a Vânia, quando elas voltaram das especializações. Assim que elas formaram. Elas conheciam at, porque a Vânia tinha sido residente na Pinel de Curitiba. E a Ana Elisa na PUC, tinha feito especialização no hospital, em Campinas que tinha a figura do at. Elas voltaram pra cá, e, eu não conhecia, nunca tinha ouvido falar de at, na minha vida e, já falando da formação do grupo, e a Eliane já conhecia, também, já tinha algumas experiências de atender crianças, mas não como at, também, em estágio, de sair... E a Ana Elisa e a Vânia chamaram a Eliane, elas eram amigas da Eliane. E a Eliane me convidou. Foi.. nós quatro...

C __ E nisso você trabalhava em quê?

E __ Eu tava saindo da faculdade. Foi assim: o grupo foi montado em maio de 1995 e eu saí da faculdade em julho de 1995 eu tava saindo. Minha turma é de 93, eu trabalhava, dava aula. Até a pouco tempo atrás eu dava aula, de inglês. Eu entrei sem saber. As meninas conheciam

o Ronaldo, sabiam que o Ronaldo gostava do tema, já tinha feito grupo de estudo e tal. Convidamos o Ronaldo para participar, aí ele entrou. Ficamos nós. Quando foi, um ano e meio, dois anos, o Ronaldo começou a dar aula na UNIT, e ele foi mais pra área acadêmica, ele ficou atendendo, porque o at tem que ter uma certa disponibilidade de tempo. Acho que ele escolheu ficar mais na área acadêmica, nisso a Vânia saiu também, foi casar, ter filhos, outros projetos. Ficamos eu Ana Elisa e a Eliane. Nisso a Mariana estava chegando de uma especialização, também, em Atibaia, que ela fez, especialização ...não, ela trabalhou numa clínica de dependência Química. E ela fez at lá, ela era at lá.

C __ Atibaia é SP?

E __ Interior de SP. Pertinho de Campinas. Ela tava chegando, procurou a gente, queria participar, saiu da clínica com uma menina, uma desintoxicação, se internou com uma menina numa fazenda, fazenda da menina, ficou uns dias, parece um mês com ela.

C __ “Moradia protegida”...

E __ Moradia protegida. Durante esse tempo todo, ficamos nós quatro. É isso, um pouco da composição do grupo.

C __ Nisso você começou a trabalhar, eu tô lembrando aqui, sua vivência é mais com... é com idosos?

E __ Então, foi assim, não tinha experiência nenhuma, aí, apareceu o primeiro paciente, o segundo paciente, pro grupo. Porque agente reunia semanalmente e discutia os casos e, quando o paciente chegava pra equipe e decidia quem vai pegar.

C __ De onde chegava?

E __ inicialmente a gente fez uma divulgação entre os médicos, psicólogos, que não surtiu quase efeito nenhum, na época. Porque quase ninguém conhecia, ninguém conhecia a gente, a gente recém formada, não pegou. O primeiro paciente foi um aluno na escola onde eu trabalhava. Ele tinha um déficit cognitivo, tinha problemas assim, grande, problemas, uma neurose grave. E como a Eliane trabalhava no CEU, com as questões da deficiência ela que pegou, e ele era aluno da escola, então ele era. Eu indiquei, falei: precisa de um reforço, um acompanhamento. E a família topou, aí a Eliane começou, foi o primeiro paciente. Aí chegou um Sr. João, paciente terminal, com enfisema pulmonar, com DPOC, dependente de oxigênio. A filha que, com problemas familiares, a família muito perturbada, eu falei: “eu pego, vou pegar”. Então, Sr João foi o primeiro caso. E a partir daí eu fui estudando mais sobre envelhecimento, sobre os problemas e tal, aí aparecia o próximo idoso “ah! a Elaine já pegou, pega esse”. E foi, até então, eu nunca tinha trabalhado com idosos.

C __ e o Sr João? Me fez lembrar dos “meus acompanhamentos”, que não era at, mas ... no estágio da UTI, veio alguns sabe na cabeça?!

E __ É barra né? O Seu João tem uma cena que eu nunca vou esquecer que foi a cena mais forte que eu vivi com ele, assim. Uma família de 11 filhos e ele completamente abandonado, a filha, que pagava o at. Ele tinha sido ruim com os filhos, morava com a mulher, e uma família desestruturada, pobre, muito pobre. A casa assim, a parede descascando, o teto rebaixado, rachado, fumava muito, com DPOC. Daqueles que cuspiam, cuspiam no chão, sabe a casa um cheiro ruim, enfim tinha um monte de problemas. A cena que mais me marcou, acho que eu debutei na clínica. A gente tava lá na sala, ele tinha problema com o filho, de brigar. E as brigas não eram brigas de discussão, era porrada. E aí, ele sentado numa cadeira, e aqui uma porta de vidro. E ele teve uma discussão com o filho dele, e esse filho ficou tão irado, que ele sumiu. De repente o filho volta com um pedaço de pau e, pra não atingir o pai, ele bateu na porta e voa caco pra tudo quanto é lado. E eu imagina, primeira experiência, quase morri!

C __ Ficou só os caquinhos no chão...

E __ Os caquinhos no chão... mas a questão é: fazer o quê nessa hora? A mulher na confusão, fazer o que gente depois dela, a mulher começou a limpar e eu fui catar os caquinhos, e depois

discutindo isso em supervisão “o que o at faz nessa hora? Cata os cacos”. Então foi a primeira cena mais marcante, eu assustei, fiquei... Eu protejo? eu fujo?

C __ Catar os cacos...

E __ Catei os cacos. E depois a filha interrompeu, não tinha dinheiro, ela era professora, realmente eles eram muito pobres. Mas sabe assim aquele sentimento de culpa, vai lá e faz alguma coisa? A família muito pobre! Não só de grana, mas de afetos mesmo. Não tive mais notícias dele.

C __ Mas que começo hein?!

E __ É! Depois dessas coisas, você vai vendo assim, muito medo. Uma das coisas da nossa prática que fica forte também eram nossos questionamentos no início que era assim, é nossa aproximação com a loucura, não tinha diagnóstico de loucura, era paciente com DPCO.

C __ Mas ali também tinha a família. Nesse momento ele (filho) era a figura do louco. Não que ele fosse, não tinha um diagnóstico, mas um momento de loucura.

E __ Eu nunca tinha ... e dizia que não gostava de trabalhar com louco. “Não, não vou mexer... vou fazer estágio na área de educação de escola, sempre trabalhei na escola e na área de clínica, psicoterapia individual, no máximo grupal, da minha formação em psicodrama. E eu fui aprendendo isso tinha muito medo, medo. Sair com pessoa na rua, vai que sai correndo e se acontece acidente, no ônibus, não tinha carro. E aí como é que acontece, sabe?! Tem algum episódio de rua”.

C __ Tem alguma história de rua

E __ De complicação?

C __ Ou, sei lá dessas, na rua de ser arremessado nessas...

E __ Deve ter eu não me recordo assim, de... mas tem por exemplo, no Shopping, de encontrar com as pessoas, os amigos dela. De cair a dentadura dela eu lembro, a gente morre de rir, depois morre de vergonha...

C __ Eu lembrei de uma paciente, uma senhora, de setenta e poucos anos, nós estávamos comendo pão de queijo numa padaria, ela fez uma piada: “nossa daqui a pouco minha dentadura vai parar lá na esquina!” ...

E __ De encontrar gente, meus amigos, conhecidos: “essa aí é sua mãe?”. Muitas histórias assim, ou então deu encontrar se eu tô acompanhando idoso: “Quem que é esse?” “Quem é essa pessoa”, acontece de falar assim: “essa aqui é minha psicóloga”, “fala quem você é”. O paciente falar, às vezes eu falar, por exemplo, eu acompanho uma garota, de 23 anos, ela tem cara de 15. Vou com ela, a gente tava indo na ginástica, fazendo ginástica na Academia de ginástica. “Você é a mãe dela? Porque ela não conversava, então as pessoas: O que você é dela?” Eu falava e ela não falava, não que ela não fale, ela olhava assim “essa aqui é minha amiga”, na academia pra não expô-la, ela é minha paciente. Depois as pessoas vão percebendo o que ela é, “que ela tem?” E isso aquilo. Uma conversa ou outra acaba que você fala. Aconteceu de por exemplo, de... é... a gente fazia, tinha um grupo de oficina com pacientes de at, então trazia eles, elas pra cá. Eu ia lá, buscava. Já aconteceu da gente fazer exposição aqui com as produções deles, com as famílias, com os familiares. Festa de confraternização. E eu chamei minha mãe, e aí eu tava com minha mãe no carro, ela hospedada na minha casa, por que ela não mora aqui, veio pra ver, minha família é de Araguari, eu sou de Araguari. E eu: “mãe vamos lá pra você ver, conhecer as pessoas” e eu desço com minha mãe para passar na casa da paciente e pegar com meu carro, e aí, as pacientes conhecerem minha mãe. As velhas que eu acompanho que é uma troca interessante. Já aconteceu com duas terapeutas.

C __ Sua mãe virou co-terapeuta? (brinco)

E __ É, e depois eu utilizava. Aconteceu depois ela falar assim “a sua mãe faz assim, assim, assim? Querendo saber da minha história, porque a aproximação é muito grande. E houve outras antes de eu usar, assim: “Sua mãe tem que ir!”. Usar pra dizer assim: “olha, ela tem sua idade então se ela faz você é capaz...”

C __ Isso é inspirador pra elas...É curioso isso bota em movimento, né! Tem alguma delas, você falou com as senhoras, é que tem alguns pacientes que ajudam a gente .. a construir, a ... a fazer, um jeito, parece que a coisa engata mais...Tem alguma delas que chegou mais perto, ajudou a construir terapeuticamente coisas muito boas, assim... o seu João foi o começo

E __ Mas assim, foi uma paciente que eu me debrucei mais em termos profissionais eu relatei mais, depois eu escrevi...

C __ Tem uma que ...acho que me fez chegar até o mestrado...

E __ Eu sedimentei mais é D. Maria. A Dona Maria eu não sei se foi a primeira... Foi a que eu fiquei mais tempo. Foi a paciente que eu acompanhei, hoje, agora não, foi a paciente que acompanhei mais tempo, 99 a 2002. Foi 4 anos, então,

C __ Foi um trabalho...

E __ Foi. Ela foi o seguinte, uma senhora de 68 anos com depressão, não é psicótica. E ela com depressão em decorrência do Parkinson que tava recém descoberto, e o Parkinson dá depressão endógena, mesmo se a pessoa tenha tido um vida ótima, ele altera ...É uma história de muitas perdas, então potencializou, certamente. E, Dona Maria eu acho que aprendi muito mais a ser at com ela, e at de velho. Porque tinha uma limitação física mais expressiva, de velho nesse sentido. Ela tinha aquele Parkinson que enrijece, porque tem de 2 tipos, né? aquele que treme e aquele que enrijece, chama bradicinesia. E é progressivo, mas a D. Maria não saía de casa. E ela morava com a filha e o genro que é o namorado-genro. E a D. Maria, a gente começou e deslanchou o caso, e logo, precisava de atenção e a gente começou a fazer pequenas tarefas, e a não ficar mais dentro de casa e fazer ... Ela era dona de casa, foi mais dentro de casa, por o lixo pra fora. A filha uma funcionária pública do IPSEMG, bancava as duas, bancava os tratamentos, mas elas não tinha empregada, moravam numa casa pequena, precisava da mãe. E nós começamos a fazer pequenas coisas, fazer café, por o lixo lá fora, e foi progressivamente, ela morria de vergonha. A questão era: não saía porque tinha vergonha. Era extremamente vaidosa. Uma história muito forte por conta da beleza... A gente começou a fazer pequenas saídas. A gente saía, “vamos por o lixo lá fora”, “não, eu não saio lá fora, “então só chega na porta”, até que na outra semana ela pôs o lixo lá fora... Na outra semana: “vamos até a esquina comigo”, ia até a esquina, não tinha carro na época, eu ia de ônibus. “Me acompanha até a esquina comigo?” às vezes eu ia com ela e voltava, o acompanhar já ia

...

C __ Ah! Humm...

E __ ela voltar, ela cair, era muito medo. Acompanhava ao médico. Articulava, a filha levava e eu ficava com ela. E ela foi melhorando. E a gente foi trabalhando as relações com a filha também, porque a filha, embora ela se dessem muito bem, a filha não aceitava. Falava que era manha, a filha virou o pai, assim, muito durona, muito sofrida, mas a que exigia muito dessa mãe... “não mãe, a sra. é forte, a sra. pára de manhã” ... E assim tem cenas lindas. E eu comecei a relatar, a me interessar mais. Um dia que a gente na sala de música, a gente dançava na sala dela, eu dançava as músicas. E isso pra ela era...por conta da limitação física, começamos a rir. Um dia a filha, comprou a máquina de lavar roupa, a gente punha a roupa pra lavar. Voltou a limpar a casa. Ela perdeu um filho assassinado, na prisão. Foi pra cadeia e lá ele ...e isso há 4 anos... então recente. Um filho que deu muito problema, de pegar as coisas em casa e vender. E ela não queria falar dele de jeito nenhum. Ela começou, a gente começou muito devagarzinho... A pegar a caixa de fotos, até que ela conseguiu pegar e chorar o filho, porque ela tinha negado, totalmente, a recordar as coisas...

C __ Trazer aquilo que tava na caixinha...

E __ Muito forte assim... tava muito guardado. Ela contar onde tinha morado num bairro que ela tinha morado, na pracinha, ela voltou a morar. Visitar a família, até que participou das oficinas terapêuticas, isso depois de já uns 2 anos de at, ela fazia bijuteria, isso foi um ganho

imagina uma pessoa que era bijuteria, ela era muito vaidosa, então colou, começou a fazer, a dar de presente pra filha, a usar, a ter trocas...

C __ Além de ser um momento dela sentir que não precisava temer tanto aquela enfermidade, que ainda podia... bonito, né?!

E __ Foi um caso muito bonito. Terminou quando, ela deu uma regredida grande, dos movimentos, porque até então ela tinha saído da depressão, mas os movimentos foram piorando, aí ela já não queria mais fazer nada. Não sei se os remédios já não faziam mais efeito... o quê que foi. Eles mudaram de casa, construíram uma casa ela não gostava da casa, muitas coisas aconteceram e ela foi ficando regressiva, e já não queria mais, não queria sair comigo. E assim, a filha, deu um ultimato, “se a sra. não reagir, não fizer assim, assim, assim a Elena não vem mais”. Ela fez e falou pra mim: “Elena, eu tô fazendo isso pra ela, pra tirar uma coisa que é muito importante pra ela”, que ela gosta, ser a cartada final, sabe?! E a filha na tentativa de reagir... e o tiro saiu pela culatra porque ela não... um dia eu cheguei lá e, “então a agente vai dar um tempo, porque isso, porque aquilo”. Foi muito ruim, tanto da parte dela, foi ruim pra mim, era minha...ela me acompanhou profissionalmente,

C __ É, você traduziu... evoca uma coisa aí, eu também sinto com uma história ...

E __ No psicodrama a gente tá utilizando o conceito do ego auxiliar pra.... Inclusive num trabalho... eu falo também na monografia, de como o at tem as funções do ego auxiliar. E, então, falando dela no papel de at, ela foi no desenvolvimento do meu papel de at,

C __ Me fez lembrar da mutualidade, lembra? Já ouviu falar da mutualidade, sabe o trabalho de dissertação do Ronaldo Wagner?

E __ Eu conheço um texto que me pediu pra traduzir pra ele, não lembro o autor, você tem a via da tradução. É o texto que o Ferenzi escreve uma carta pro Freud que ele se auto analisasse não, que eles se analisassem um ao outro. Propõe assimetria nas relações, uma coisa assim

C __ Então,

E __ Esse texto eu traduzi pra ele... ta até datilografado, tem que achar. Ele usa e propõe, e o Freud não aceita, porque fala da contra-transferência, me lembro disso, mas é interessante porque fala da simetria e mutualidade. Então ele escreveu foi sobre isso?

C __ É sobre mutualidade, acho que foi o mestrado desenvolveu essa pesquisa. Você acha que ...eu associei com o ego auxiliar que você trouxe. Mas no caso dela que foi seu...

E __ Não chega a ser uma mutualidade, eu não sei o sentido que ele usou, no sentido analítico. Entendendo a mutualidade como troca, não seria porque ela é secundariamente, seria secundariamente, porque o ego é quem empresta, o nome fala, ele empresta o ego dele pro outro com ego menos formado, mais confuso. Seria o ego auxiliar nesse sentido, como a mãe empresta o ego dela pro filho. Moreno fala isso: o primeiro ego auxiliar que a gente tem é a mãe, que a mãe que carrega a gente, empresta o corpo dela pra gente viver e depois vai traduzindo. Porque aí uma das funções do ego auxiliar que também é do at, a Resnizky e a Mauer fala é a função de tradutor. E o ego auxiliar traduz uma das técnicas que é o duplo, que o duplo faz a função de ... que é quando você empresta o seu ego pro outro quando tá muito confuso. Quando a mãe fala: “ah! Nenê ta com fome, nossa a mamãe, mas eu tô com fome, me dá comida”, quando ela fala pro nenê conversando com ele, ela tá fazendo um duplo. Quando a gente fala na cena pra um cliente: “nossa tá tudo tão confuso na minha vida que não sei pra onde ir”, tá fazendo um duplo. Inclusive eu escrevi hoje um caso, e eu coloquei assim, idéia pra escrever, função de tradutor. Inclusive, ontem eu fui atender outra sra. que...é, eu atendo ela há três anos, eu não consegui chegar perto dela, não consegui, ela não me deu espaço. Já tinha pensado em desistir. Muito difícil, essa é psicótica, mas ela é assim: oi. Tchau. Ela me xinga, me detona, já me pôs pra fora, e outro dia ela não quis abrir a porta, ela não sai de casa. Eu vou pra um lugar ela vai, é uma briga. Eu falo: o que eu tô fazendo com esse caso? Eu já tive vontade de desistir várias vezes. Porque que eles me pagam. (Risos). Eu

não consigo nada com essa mulher, sair nem pensar, nem pra acompanhar no médico. Tudo que eu consigo pensar e que a equipe já me ajudou a pensar, nada, bate e volta! É o famoso na linguagem psiquiátrica: refratário. Nada!

C __ Três anos...

E __ Muita coisa. Então, há um ano e meio atrás mudou a empregada. Ela mora sozinha e a empregada vai lá. E a empregada que é muito mais afetuosa que ela, eu vou começar a trabalhar com ela A família, como é que eles me pagam, e a empregada me dava bola, e ela nem tchum pra mim. A empregada nas primeiras crises dela, ela tinha nas primeiras crises, pôr comida debaixo das camas, divisão... a empregada ficava assustada com essa coisa, imagina né!? E eu fui conversando com a empregada, sobre a doença e tal. Até que hoje a gente tá mais, eu já...eu atendo entre aspas a empregada. Dou dicas pro tratamento do filho que tá fazendo tratamento psicológico. Escuto ela falar sobre o marido, então ela chega e ela senta no sofá e vou conversar eu e a empregada.

C __ E ela fica onde?

E __ Ela fica no quatinho fumando.

C __ AH...

E __ Quando eu vejo que ela abre a guarda pra mim, é quando ela vem e senta e fica aí 15, 20 min com a gente, escutando a conversa. Vez ou outra eu insiro ela: “o que você acha disso e tal...” Quando eu pego muito pesado com ela, comento da roupa, ela ó: vai pro quatinho fumar... se eu vou pro quatinho, ela sai de lá. Mas eu tô falando isso pra te contar que hoje eu conversando com a empregada, eu levei uma revista contigo, levei pra paciente. Tava com essa revista e que desculpa que vou dar pra ela. Eu já tinha feito, já tinha levado revista. Então, eu trouxe a revista pra mostrar uma mulher que casou com o príncipe que era amante dele, dá uma olhada. Começou a ler, e chegou na parte do príncipe e leu demonstrando interesse, assim, isso é algo muito significativo no caso dela. Na hora da reportagem do príncipe, ela ficou, olhou, leu. Isso é lá eu conversando com a empregada, e eu observando ela, ela passou a página, tinha a rainha Elizabeth, eu vi comentei: nossa eu acho ela tão elegante! “Ela falou assim: não gosto dela não”. Passou. Aí eu pensei, ó falou, isso é raro de acontecer. É uma gotinha de água no deserto.

C __ Oh!

E __ Ela foi pra lá. A empregada falou assim: “Oh. Você viu? ela tá expressando mais os sentimentos!”. Antes ela falou assim: “Você viu como ela leu a revista!, tava interessada, que beleza, né?!”

C __ Olha!

E __ Que beleza! Ela falou assim: “ela falou pra mim de não sei quem, que ligou pra fulana, uma amiga dela que tava no hospital e falou que tava sentindo muita falta dela! Ela tá expressando os sentimento” Imediatamente o meu insight foi assim: o meu trabalho não está sendo em vão. A empregada está sendo o ego auxiliar dela. Eu fiquei feliz da vida.

C __ E é como se ela deixasse meio essa idéia que escondido pode, meio que: você pode vir “atendê-la”

E __ Pode ficar com ela.

C __ Mas atender é atendê-la. Atender o ego auxiliar dela. Porque ela fica o tempo todo lá?

E __ 8 horas por dia. Isso pra mim, isso que cê tá falando, você falou de um jeito legal, mas pra mim era difícil e ainda é aceitar isso, aceitar que eu estava fazendo alguma coisa por ela. Assim, a tradução que eu tenho pra esse caso, assim, é que é árido! Muito árido. Não vai pra porrada, não vai pro imprevisto, não vai pra nada! Porque assim, o meu jeito de ser at, tem a ver também com, porque eu tenho um jeito de ser at, do fazer do at, da ação, a coisa da passividade ativa?

C __ Ah! E ela te convida quase que pra inação né?! Então ela te provoca o tempo inteiro!

E __ Muito! Não sei se você chegou a ver esse conceito? Da passividade ativa e da atividade receptiva. Que eu acho que, não sei que texto que tem? Acho que é da Casa... Essa coisa da passividade ativa eu quero a morte com isso! Isso acho que é mérito dos psicanalistas que eles suportam mais, é a minha fantasia! Eu falo: não é a toa que eu fui pro psicodrama...

C __ Mas você partiu pra ação em cima da outra (risos)

E __ Já que com ela não dava...mas não foi algo planejado, foi construído, foi legal que aí, essa coisa. Que antes eu fui com filha, não deu, agora com ela. Então é a forma. Então eu acho porque que ela me tolera na casa dela? Porque me recebe?. Me mandava embora. Mas ela tem uma coisa, com as autoridades ela respeita, com quem ela é mais afetiva é com gente mais simples... isso é uma coisa, a história dela. Comigo que propõe uma relação mais simétrica, ela não topou. Nem uma figura de autoridade, porque o médico ela fala, tem que fazer isso e isso. Nem uma figura mais subalterna, vamos dizer assim, a moça da roça que vai dormir com ela de vez em quando. As irmãs que ela era meio, ela assumiu a criação das irmãs... Então assim, ou ela obedece, como a figura do médico ...ou ela tem que mandar. Uma relação mais simétrica, não rola. Eu custei a entender isso. Depois que eu entendi isso eu pensei: pôxa mas eu não posso nem ser a figura de autoridade, nem ser porque não é do meu papel. Eu não dou conta. E nem ser uma figura, porque ela sabe que eu sou uma psicóloga, ela sabe que eu tô sendo paga pra isso. Então o meu canal foi a empregada. A empregada hoje corta a unha dela, tira os pelinhos dela, leva no médico. Ela deixa a empregada fazer isso. Coisa que ela não deixava de jeito nenhum, ninguém fazer isso, porque eu te contei isso: A empregada, então pra dizer que a tradução foi feita com a empregada. A minha função de tradutora foi com a empregada, de at tradutora, assim: “Olha, é o jeito dela. Essas crises não precisa assustar”. A empregada falava, ai eu tenho medo das visões. Ela morria de medo das visões, das conversas dela. E eu: “olha, isso faz parte da construção, ela tem um mundo diferente, você não precisa ter medo, isso quer dizer isso”. Quando a empregada fala pra mim, “ela tá expressando sentimentos”. Nossa ela traduzindo a Dalva que é um jeito que eu faço também... pelo meu modelo de identificação.

C __ E aquela convivência ali. Ela (empregada) também devia se perguntar: vamos ver se essa psicóloga agüenta! Ela vem aqui, o que é isso? se ela agüenta... agente vai agüentando junto.

E __ E eu atendia mesmo. Por exemplo, teve um tapete que fui fazer com ela, pra Dalva.

Que tem uma história engraçadíssima, uma hora eu te conto, um tapete pra Dalva dar de presente.

C __ Tapete de quê? Você borda?

E __ Bordo também, filha, aprendi a bordar! É um tapete que você enfia na juta e dá nozinho, na verdade era um tapete pra colocar na cela do cavalo dela, que ela pediu

C __ Ela tem um cavalo?

E __ Ela é fazendeira. Então ela tem um cavalo na fazenda. Esse cavalo, depois eu fui conferir, falou que eu podia fazer, você faz, eu não faço não, ela jogou o tapete em cima do at. Beleza ela topou, depois eu fui descobrir com a filha que esse cavalo já morreu há anos, então eu tava fazendo um tapete pra um cavalo que e eu e a empregada, e eu tecendo o tapete.

C __ Você e a empregada. E ela ficava de longe?

E __ eu falava: “Você tá gostando?” ela: “tá bonito.”

C __ Mas parece que o tapete era um momento que ela ficava perto, né!

E __ Mas ela borda também! Eu falava: então me ensina, eu posso trazer...

C __ Bordar pra ela podia. Você assumia uma identidade de bordadeira, então podia...

E __ É. Então assim... eu ia falar essa coisa da tradução, o cavalo... Isso porque depois, ela disse que não era pro cavalo, que ela ia mandar pra uma amiga dela que tinha ficado com ela em BH. Ela foi internada em BH. Ela tem muitas internações em Hospital Psiquiátrico. Muitas. Ela começava a dar essas crises a família corria pro hospital, muitos anos. Mais de 20

30 anos de história de psicose. Aí, isso foi uma coisa legal, que eu fiz, foi de dizer pra família, “não interna, eu preciso da garantia de vocês que se ela começar com essas coisas de novo vocês não vão fazer isso de novo, porque ela precisa se manifestar nessa loucura dela”. Aí o filho mais ansioso ficou, apavorado, não gostou muito disso. A filha mais compreensiva, foi uma coisa legal...

C __ Foi uma conquista...

E __ Uma conquista!!

E __ A história do tapete foi assim, eu fiz foi: “vou dar de presente pra uma amiga que ficou comigo na clínica psiquiátrica”. Na época,... (a fita acabou, ela termina de contar)

C __ O que me lembro, me parece, foi que ela termina o tapete e elas resolvem mandar para a amiga. Ana vai com ela ao correio e mesmo percebendo a incoerência ou ausência do CEP completa e envia, mesmo sabendo que a carta e o tapete, voltariam, segue adiante com a história...

Entrevistada: Eliane

Cidade: Uberlândia

Duração: 1: 00 (média)

Data: 12/07/2005

Local: Consultório particular da entrevistada

C __ ...eu venho buscar um pouco da sua prática cotidiana mesmo, experiências... talvez pra começar, como começou, como você veio...

E __ Parar no at ?!

C __ É nessa história de at.

E __ Na verdade, assim, hoje, assim, olhando pra traz eu consigo saber como na ocasião não tinha consciência, mas, minha formação teve dois grandes digamos, como eu posso falar, dois grandes blocos de conhecimento. Falo bloco porque acho que era bloco (riso). Que era behaviorismo e a Psicanálise. E, eu acho que a característica, do meu curso, na ocasião, que me formei, era basicamente isso que eles falavam. E, tinha, permeava outros conhecimentos, é claro, mas não assim, não me lembro de apreender, enfim...acho que era essas duas informações que eu tinha. E num certo tempo, eu tinha uma inclinação, eu trabalhava com deficiência mental desde que eu cheguei na psicologia. Em função das experiências que eu tive, a família, pessoas que tinham síndrome de Down, enfim, também achava que eu ia me dá bem com atendimento com criança. E é no meio do caminho, desde os primeiros períodos, comecei a fazer atendimento com paciente, doente mental, já nos primeiros períodos. Alguns professores me orientaram, ofereceram oportunidade, eu falei: “eu quero ir”. Me ajudaram. Isso sem estágio, sem nada, fazia sob orientação dela. E teve meados lá do curso, tipo 5º e 6º período, eu enveredei pra história da escola, que foi onde eu comecei a trabalhar com outra professora, e... Comecei a trabalhar com problemas de aprendizagem e comecei a fazer um jeito diferente de atender: eu brincava, passeava com os meninos, andava na rua, fazia outras coisas...E foi isso que aconteceu, nessa altura do campeonato pra sobreviver, eu ia dar aula de alfabetização de jovens e adultos e dar aula particular pra criança. E eu comecei a fazer esses passeios com os meninos, essas saídas, isso começou é o germe da minha experiência de at.

C __ Você localiza já na graduação, ou também na experiência pessoal, dava aula...

E __ Isso! Eu brincava muito com essa professora, durante a graduação que eu ia fazer uma coisa ambulante, que eu ia trabalhar numa perua, que nem tinha perua de dentista, de biblioteca? eu ia fazer psicologia desse jeito.

C __ Psicologia itinerante.

E __ Exatamente! Mas enfim, a formação foi terminando, foi difícil sair, enrolei um tempão, tomei pau numas disciplinas TIP, TEP, psicotécnico, eu me recusava mesmo por rebeldia a fazer essas coisas...E na verdade acho que medo de sair pro mercado... retardei um pouco o término da minha formação, acabei conheci a Ana Paula, a outra Ana Paula, conheci o Ricardo Wagner... uma vez eles fizeram um grupo de estudo, eu tava terminando, um grupo de estudo, mas que não teve, não foi pra frente não, foi onde a gente entrou em contato com a literatura do at. Na minha disciplina com a Maria Lucia Castilho, ela falou na Psicopatologia, ela falou do livro a “Clínica da rua”, no 5º período ela já tinha falado desse livro, o primeiro livro do at. Ela não passou o texto não, ela falou de uma publicação na folha de SP, onde eles fizeram com uma Chauí, Rolnik, mas não é a Suely, cineasta não sei, é um vídeo, não sei se ela é arquiteta, foi a primeira pessoa que falou pra mim, de profissional de professora, na academia. Mas isso eu já vinha fazendo isso que eu te falei, mas sem conhecer, de um jeito muito intuitivo, muito voltado pra escola. Aí foi quando a gente terminou a graduação, a Ana Paula S. de Campinas, A Ana Paula F. também tinha terminado o curso, eu também tinha terminado, o Ricardo já mexia com isso, na ocasião acho que ele nunca tinha mexido com isso, a Virgínia tinha chegado do estágio da Pinel, e nós montamos esse grupo Trilhas. Foi em 95, e desde então passamos a fazer de modo mais sistemático, o at. O Ricardo tinha contato com Mauricio Porto, ele era da Casa, nós fizemos o primeiro encontro de at aqui, meio que pra dá notícia, a gente também não sabia muito bem fazer, tava aprendendo. Aí depois, encontro foi muito legal, a gente sempre teve o desejo de trazer gente de outras áreas, pro at. Então nesse encontro a gente chamou, geógrafo, arquiteto, historiador parece, Mauricio, a gente falou também, pra dar notícia pro pessoal, não sei se foi 97, 96... Então foi como a gente de algum modo anunciou isso, o at. Começamos fazer reunião semanais de supervisão, reunião autogerida, mais ou menos como funciona. A gente fazia folder, via o povo fazendo, psiquiatras, íamos no neurologista, nos profissionais, contar o que é o at, como fazia. Na verdade a gente foi aprendendo, como faz um contrato, como faz com um paciente um programa de trabalho, até agente entender que diferença que tem uma psicoterapia, até a gente entender qual a diferença nossa da psicoterapia, por que às vezes parece que a gente é psicoterapeuta, por conta da nossa formação, acho que a gente foi aprendendo a fazer at, fazendo. Tinha muito pouca literatura, tinha o livrinho dessas meninas aqui, eu sempre chamo de japonês, mas elas não são japonesas, não. Suzana e Silvia, e tinha Clínica da rua, e tinha alguns textos do Mauricio, o povo lá da “A Casa” que é uma grande referência pra nós. Depois que teve o II Encontro que foi o “Crise e cidade” foi um livro mais ampliado, já uma discussão bem mais ampliada, que é o livro vermelhinho...

C __ Até mesmo já se pensando enquanto...instituição...

E __ Uma produção de saber...

C __ Campo de saber...

E __ Exatamente. No Rio de Janeiro, pela história como chegou no Brasil, foi na Argentina, as comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro, parece que não andou tanto, como andou em SP. E foi isso, começou assim. E desde então, eu pessoalmente me identifico muito, às vezes corro o risco de alguns radicalismos, assim...

C __ É?

E __ Não sei, eu fico pensando, na medida em que eu escuto o povo falando do at, eu leio, eu fico questionando muito a psicoterapia. Porque eu acho que ela, é um risco o que vou dizer... mas ela, comparando com at, guardando todas as idiosincrasias de um e de outro, eu acho que ela não tem tanto alcance, tanta eficiência. Até compreendo que at, você faz pra algumas pessoas e psicoterapia pra outras, mas, por exemplo, eu às vezes reconheço em mim Denise, que alguém podia fazer um at pra mim, pra algumas situações. Então, acho que até é uma atitude meio radical, mas...

C __ Quando você fala, a gora mesmo você falou assim, falou da diferença da psicoterapia, onde... quais as diferenças, ou diferença...

E __ Eu vou recorrer ao que o povo já escreveu. A primeira coisa que eu acho é o setting ambulante, então primeira coisa que eu acho é que você não tem controle de nada. É claro que você vai falar pra mim que na psicoterapia, também não tem controle de nada. Mas aí eu vou falar pra você que tem mais controle, a sala é sua, você sabe o jeito de fechar, de abrir. O lugar é seu.

C __ Controle físico...

E __ E do saber, né! E controle do conhecimento.

C __ È um geográfico que tem o correlato no campo saber... Porque você faz, aqui você chama... psicoterapia. Na sua prática você falou agora de diferenciar, a partir da sua experiência...

E __ Por exemplo, só pra completar o raciocínio. No at, você vai pra ação, não fica só falando. Então, por exemplo, eu tenho uma paciente ela gosta de tomar ali na padaria. Então agente vai. Parei o carro aqui, foi uma sessão de at, café aqui. E fomos a pé pra padaria, demos uma volta nas Americanas que ela queria, isso ...os programas que ela escolhe na rua.

C __ Com ela você trabalha a partir do que vai...

E __ É! Depende... tem um projeto, um programa pra ele, só que ele vai falando, essas coisas por exemplo, ela tem uma, essa necessidade, fica muito presa em casa, então é a chance que ela tem de ver a rua, então eu vou ficar falando vamo ali, ou ali?! Não. “Onde nós vamos?”. Tem horas que precisa fazer algumas coisas, cortar o cabelo...

C __ A gente também tem algumas coisas que ...Você tava brincando, agora mesmo, você tava falando (risos)

E __ Parar de comer, comer menos, acho que é um at podia me ajudar, por exemplo, e outras coisas... Que eu acho que a psicoterapia até fazer isso, vai gastar muito dinheiro (riso)... é claro que vai trabalhar com o simbólico, etc, mas acho que o at faz isso, mas no concreto. Entende?! Ai eu tô te dando esse exemplo, e aí nos fomos lá, pegar o lanche, fizemos. Essa paciente, ela viaja muito na maionese, ela entra dentro dela e não conecta muito. E ela foi indo reto que eu tinha parado. Eu já tava sabendo, porque ela transita aqui, ela conhece. Só que ela seguiu reto. Porque ela viu, entrou na viagem dela e esqueceu que tava do lado, tinha chegado em algum lugar, e foi indo. E eu parei. E fiquei esperando. Aí quase chegando nessa esquina aqui, ela olhou pra traz. Aí que ela sintonizou que tava alguma coisa diferente, alguma coisa estranha, ela sintonizou, olhou pra traz, eu fiz tchau, falei: “vem aqui”. Ela veio: isso é uma ação interpretativa. Então eu acho que isso é uma das diferenças dentro do setting. Outra coisa que eu acho fundamental é que agente entra muito dentro da vida do outro, no meio do outro, nas relações, a gente toma as emoções do outro, a gente é embebida delas, da família. Então a gente se vê no meio do furacão, do torpedo, da confusão, lá do troço, e a gente tem que ser capaz de sair, olhar, entrar. E que a psicoterapia você não entra tanto... e acho que isso que é eficiente. Porque você é você junto com o outro. Então, por exemplo, um primeiro caso de at que eu atendia, era muito confuso na minha cabeça e o rapaz também muito confuso. A gente encontrava na rua: “Esse é meu amigo fulano” Eu encontrava, um conhecido, parava, “nós tamos dando uma caminhada, uma volta”. Às vezes alguns falavam: “essa aqui é minha at”, às vezes falava assim. Se a gente encontrar alguém você fala que você é minha amiga. Pedia já. E num certo momento ele, é... ficou confuso pra ele, não sabia se eu era amiga, se eu era namorada, o que que eu era dele, é... Porque eu entrava na casa dele, a gente conversava, fazia compra junto com ele, ajudava ele com problemas na escola, a mediar algumas relações com a família, ficava muito junto, né. E eu fui falar pra ele que o lugar que eu tava ali não era de namorada. Embora a gente fazia um monte de coisa junto... E aí um dia eu usava uma poxete, sabe, e pendura ela aqui (mostrando como pendura na cadeira) e pendurou a minha junto, “pelo menos as bolsas pode abraçar” (risos).

C __ o simbólico...

E __ Eu tô falando dessa cena pra falar da mistura, e isso pra haver uma intervenção. Eu falei isso por que eu acho da diferença de uma psicoterapia, é do concreto, da concretude, da ação. Outras vezes, por exemplo, de acolher o outro. Você tá segurando onda pesada. Quando dá pau, briga, que aproxima um pouco da psicoterapia...

C __ Você não acha que ... nessa hora... embora precisou, passou pela bolsa, mas eu que fico pensando... é uma relação mais da concretude, mas quando a idéia da bolsa, eu fico pensando, é uma maneira de...não ter que necessariamente abraçar... através da bolsa...

E __ Acho que o produto é humano, o humano é um só, o produto que vai pra psicoterapia e o que vai pro at. E o humano simboliza, o que acaba sendo a mesma coisa. Mas pra chegar nisso ele já teve que falar: “vamos namorar, não vamos namorar”, ”a gente vai beijar, não vai beijar”. Por exemplo, outro dia tava filmando, fazendo uma foto, coincidentemente, ele parou assim, me deu um abraço e parou em frente a câmara, tipo pra mostrar pra todo mundo que a gente tava namorando, e sendo filmado. As tentativas que o cara foi fazendo, até ele chegar nesse lugar aí, pelo menos as bolsas podem abraçar. Que aí eu acho que tem essa coisa da diferença, que não significa que não pareçam... Só que você permite mais contato, permite mais troca, se expor, te expor mais. Você corre mais risco, toma chuvas junto com o outro. Você vai pro cinema. Esse moço falou: “não Eliane, você come demais, pára, vamo parar de fazer passeio de comer!” mexia comigo.

C __ Isso é legal, interessante. Quem é o acompanhante, quem é o acompanhado.

E __ Esse caso como foi o primeiro, ficou muito dessa coisa do papel do acompanhante, pro meu conhecimento, ele eu acho que eu ajudei noutras coisas, mas ele me ajudou nessa coisa do reconhecimento do lugar, do papel do... Eu ia muito ao médico com ele, no oftalmologista porque ele depilava, oh, depilava! Dilatava a pupila (risos)

C __ Depilava a pupila! (riso)

E __ Ele dilatava e falava que não conseguia andar. Aí um belo dia, eu ia muito com ele nessas consultas. Um dia eu não sei porque eu falei pra ele que ia ao oftalmologista: “agora quem vai te levar sou eu, porque eles vão te dilatar a pupila e eu vou te levar pra sua casa”

C __ É mesmo!?

E __ Falei: “beleza!” Ele quis ir. Só que no meu caso não tinha muito problema de dilatar, eu saía normal, mas aí eu então tá bom, você vai me levar, tal hora, tal, a gente encontra, saindo de lá, ele me levou. Trocou exatamente o papel, nessa situação.

C __ É... parece que...nessa hora parece que assume mais esse caráter... assume mais que isso existe. Também, eu fico pensando, no outro tipo de atendimento isso existe, tem horas que o paciente fala coisas que nos... “opa! Isso é pra mim também, isso me toca, isso me ajuda, me faz movimentar..” mas essa hora se assume mesmo, né!

E __ Acho que isso tem muito a ver com a relação de poder, né!?

C __ É. Ela fica,

E __ É. A vida é isso! Uma hora a gente tem um pouco mais autonomia, autoridade, outra hora... e quem é que tem mais poder que o outro, por conta do conhecimento? Acho que o at inova pra mim, na minha opinião, quando ele mexe no lugar, mas não só no lugar geográfico, mas no poder, no conhecimento, de quem tem alguma coisa, quem é mais doido que quem?, quem é mais certo que quem?

C __ a existência dele bota em cheque ...

E __ É uma prática que felizmente vem, claro que, essa Rolnik, por exemplo, ela discute muito isso, ele vem na minha opinião desengessar a ciência psicologia, desengessa mesmo. Tudo é gente...É claro que eu tenho que ganhar, pagar minhas contas, tem essa coisa prática. Mas eu não posso negar o saber do outro, a experiência dele, de vida, intuitiva. É igual o agrônomo que nega o conhecimento do jardineiro, o conhecimento empírico que ele tem, não considera o que ele viveu ali, mexendo.

C __ É você tá entrando numa questão que... fico pensando, nesse sentido da ciência terapêutica, é como se ele colocasse a ciência campo -saber no lugar que lhe cabe... que é de passagem e não de demarcação...

E __ Determinação, definição...

C __ Propiciar passagem...

E __ Isso! De catalizar, promover coisas, ajudar você a melhorar aquilo.... É por isso que eu acho que o at é diferente da Psicoterapia. É claro que a Psicoterapia tem um lugar, eu vivo disso eu faço psicoterapia, entendeu? Tem lugar, mas pra mim não faz sentido ... um cara que tem uma psicose, por exemplo, ele vai pra Psicoterapia por que ele não deu conta de ir pro at, ou não dão conta de, ... acho que não é o lugar pra ajudar ele, mais. Às vezes a gente fica... fazendo de conta, não sei... é um ponto de vista, embora muito insipiente.

C __ Mas a Ciência são pontos de vista também... (risos)

E __ Claro que o cara que escreveu, por exemplo, eu bebo da fonte dele, abaixo a cabeça e fico quieta, mas é isso exatamente o que eu penso: todo mundo é igual a todo mundo, ao at dá essa chance. Ele te dá essa mobilidade. A Psicoterapia, por exemplo, você senta aqui, eu sento aí, e a gente vai fazer Psicoterapia. Tem um ou outro, que senta aqui, e eu sento aí. Ou senta aqui, e eu: deixa ele sentar lá. Isso é um jeito. Agora tem, eu aprendi na Escola que tem um psicanalista e psicólogo que chega e explica: esse é o seu lugar, esse é o meu...

C __ É da sua experiência ... e atualmente... você também formou com a Ana?

E __ Eu demorei um pouquinho mais eu formei em 95. Mas comecei...

C __ Desde lá você começou... uns 10 anos...

E __ Eu fazia at antes, nessas experiências aí que eu te falei com os meninos. Tem duas cenas que até trabalho isso no meu... produto da conclusão do psicodrama lá. A primeira cena é o seguinte: eu fui pra aula particular, só que eu saía com o menino, eu ia levar na casa do pai dele, porque ele não morava com a mãe, ia pescar com ele, mas eu dava aula particular, ia jogar bola na frente da casa dele. Colecionava figurinha, eu comprava o álbum pra trocar com ele. Aula particular entendeu? só que eu era psicóloga, eu ampliava isso, é o que você faz com menino que tem problema de aprendizagem hoje. Cheguei lá, ele tava chorando, tinha acabado de pular o muro, chorando, sem chinelo, sem camisa, ele virou, falou assim pra mim: “se você quiser fugir comigo, eu jogo o passe na sua mão... (fim lado A) ... com quem como, e eu fui pra dar aula particular ...aí foi indo ele chorando, não conseguia falar “briguei com meu vô, ele falou um monte pra mim”, chorando, chorando, chorando, peguei um passe e peguei o ônibus e ele acalmou. Dentro do ônibus ele parou de chorar, contou. Eu só tinha isso na cabeça: como que eu vou dissuadir ele dessa idéia, eu vou fugir com o cara, como é que eu vou fazer isso, assim, a coisa da responsabilidade, né! Se conecta nesse mundo, né! Eu achava que o avô não tinha tanto direito de fazer aquilo, era uma diferença de idade muito grande. Era um menino que tinha questões difíceis, e o avô muito mais velho. Ele tinha as razões dele, e o avô também, com certeza. Aí eu comecei a falar assim: “Bom, então nós vamos fazer o seguinte, o que você tá querendo fazer?” ele acalmou, relaxou, “vamos na casa da sua tia?” alguma coisa assim, ele “então vamo”, chegou lá ela não tava. Não, ele que sugeriu, “vamos na casa da minha tia”. Aí o fim, nós negociamos, negociamos, negociamos, ele voltou pro trabalho da mãe. Nós voltamos pro trabalho da mãe dele, a mãe, a tia trabalhavam num lugar perto. Então isso foi uma cena de at, uma grande cena, interessantíssima! Porque esse mesmo menino em aula particular, eu não tinha visto nada de at, eu só tinha visto a Maria Lúcia falar dessa situação que eu te reportei, mas eu não tinha grupo de estudo... uma outra cena é que eu cheguei pra dar aula e ele já tinha preparado um almoço...

C __ Riso. Ah..

E __ Preparou um almoço, comprou um monte de enlatado: salsicha, milho, tomate, fez uma big salada numa bandeja, pôs duas velas, uma coisa bem romântica!

C __ Esse garoto ...já é outro.

E __ É outro.

C __ Você tá usando essas cenas, você tá fazendo o trabalho, achou interessante levar?

E __ Porque eu me reporto ao primeiro... que eu fazia at, a partir desse lugar, mesmo sem saber de at.

C __ Legal...

E __ Mas aí teve essa cena do almoço, lá. A gente almoçou, tudo belezinha, foi outra cena interessante. Fora as outras coisas, a pescaria... mas assim, essa coisa do espontâneo...

C __ Mas você tava contando das latinhas...

E __ E que ele, o menino, era um menino não adaptava, mas ele tinha mil habilidades, inclusive de preparar um almoço. Tem menino que sabe ler e escrever e não sabe usar um abridor de latas. Inteligente...

C __ Propor isso, preparou tudo...

E __ Pra entrar, ele falou: “espera aí, você não vai entrar não. Você vai fechar o olho, só vai abrir na hora que estiver no lugar...” entendeu? Então foi uma coisa de um namoro, uma cena romântica. Acho que ele tava, comigo, exercitando esse papel dele, da sexualidade, do homem, conquistar.

C __ Que idade ele tinha?

E __ Na ocasião, ele tava com 12, 10, um menino que produzia muita coisa. Acho que é outra característica do at, a espontaneidade. Você se coloca mais ou menos em situações que essa resposta aqui, da psicoterapia, ela já ta mais ou menos formatada, datada. No at você não tem muito isso. Respostas novas pra situações novas é o que Moreno define pra espontaneidade. Respostas novas pra situações novas e respostas novas pra situações velhas. A gente é muito solicitado a isso. E também tem pauleira, não é só flores como eu tô te contando...

C __ Conta uma ...

E __ Tem uma paciente que tá me dando o maior baile. Uma psicose, oito anos e ... a psiquiatra e a psicóloga dela, e ela fala assim: humhum! Vamo sair: “Humhum”, mas vamos, não sei o que e tal “humhum, humhum!”. Então ela conversa, mas não conversa. Então, ela vai, ela quer ir, mas ela não, tipo assim, ela vai, ela quer ir, mas ela me detona, ela vai me contrariando, porque o tempo todo a gente recebe essa detonação. Eu sinto perfeitamente que ela tá puta com um monte de coisa e é aqui que ela ta jogando. Então a raiva, é... às vezes as sacanagenzinhas, situações difíceis, ela ri de mim...

C __ Só ... hum

E __ “Humhum”...Uma vez ou outra que eu consigo chegar, aí ela fala: “tá bom eu vou”. Também eu faço um esquema: gelo, eu exagero, faço chantagem, eu experimento tudo que é possível, e algumas coisas eu consigo, outras não.

C __ Ela propõe fazer alguma coisa? Você vai a casa?

E __ Pouco.. eu que vou a casa.. O at começou em Dezembro, eu que vou a casa. No começo foi beleza, tava ótimo, ela tava mais estável, e final de janeiro, ela começou a entrar nessa de não conversar... às vezes ela libera geral e aceita...fala um pouquinho mais. Mas a maior parte do tempo é assim: “humhum, humhum”. Então é difícil, eu falo pra ela, “nossa eu fico com muita raiva, é muito difícil ficar do seu lado, eu sei que você também tá puta com um monte de coisa que eu faço, você não gosta”.

C __ É um cinema mudo...

E __ Tipo... (riso) Tem uma outra moça que foi muito pauleira. ...o nome dela. E ela tinha muito mais acentuada a mania. A depressão era bem menos, mas a mania era muito mais acentuada. Eu consegui até estabelecer pequeno vinculo, estabeleci um vinculo, eu ajudava na escola, a sair. Tinha alucinações, delirava muito, alucinações visuais, auditivas, gente escutando, quando tomava banho ...os menino chegava pra falar com ela, tava ridicularizando, faziam serenata. Que “ele” queria ela, ela não queria. Então ela criava toda essa viagem. E ela, era muito, uma personalidade muito forte, de uma família de muito sucesso e ela, o

desvio, o peso era muito grande. A gente fez uma inserção de trabalho pra ela no SESI, na época eu trabalhava lá, tipo ela ajudar na saída de maternal, pra ver se ela conseguia ampliar um pouco mais as relações... ter uma atividade. Quando ela tava na mania era o máximo, quando tava na deprê, ela sentava na cadeira e dormia. Me manipulava muito, e detonando mesmo o vínculo, da minha ação, desqualificando muito o trabalho, com afirmações, com agressões verbais até o dia que ela falou: “não te quero mais aqui”, e ela me paralisou totalmente... “fiquei de cara pro sol”. ... de andar de ônibus, arrumar vaga no SESI, ela vira voluntária, sabe, um investimento muito grande! Existia essas detonações assim... (silêncio pausa). Tem cenas assim, também ... a morte por exemplo... Tem muitas mortes que eu vivenciei junto com os pacientes. Esse menino, por exemplo, a mãe morreu. A família pediu pra ficar junto com ele, pra eu fazer esse acolhimento. Eu atendi uma paciente terminal, uma moça da minha idade, na ocasião acho que era 35 anos, e 2 filhas.

C __ Nossa!

E __ Paciente terminal de câncer e agente começou a estabelecer uma relação... no começo eu não sabia, pra mim ela não ia morrer... depois no decorrer da história eu saquei. Com as supervisões as meninas falavam, ela tá morrendo, eu fui junto nesse processo. Eu passava a noite com ela, alternava com a família, passava a noite. Foi uma experiência muito dura, de ver a moça morrer. Até chegar, ela perder o controle dos esfíncteres. Eu ter que ajudar, ela se sentia mal, abandonada. Dormia mesmo, ela tinha medo de morrer quando fosse dormir, então ela não conseguia descansar, pregar o olho, então a minha função ... eu fico aqui com você, pegava na mão dela “você pode dormir, se eu perceber alguma coisa, eu te acordo”, eu passava a noite acordada, dividindo com a família...

C __ Vigília...

E __ Exatamente. Foi uma experiência ...mexe muito com a gente, né...muito difícil mesmo, então foi isso...

C __ (...) com a morte...

E __ Mas essa foi de verdade. Ela até me deu um livro, ela é adventista, um livro de consulta, de ler todo dia, uma oração. Eu até uso esse livro, de vez em quando eu leio e tal.

C __ Ficou...

E __ Foi meio punk, assim. Muito forte!... Esse foi um dos ats mais difíceis. Essa coisa da morte... Quando eu sabia que ela ia morrer eu não dei conta de ir lá no dia. Num dia ela me deu o livro, foi meio uma despedida, noutro dia eu não tinha forças pra ir, á tarde me deram notícia que ela ia morrer, mas eu não conseguia. Acho que era coisa da família, lugar mais... ver a moça morrendo, mas foi difícil, foi um at difícil.

C __ Mas ...ela deixar o livro, né... em meio a tanta morte... é uma maneira de viver...

E __ É ... você tá muito... é oito ou oitenta... muito cru, muito escancarada, muito vida real. No comecinho, até tem mentirinha... Te recebe, finge um pouquinho ali, maqueia. Não segura... chega lá já tá gritando com você, com paciente, comigo também.

C __ O que é né! Eu tô vendo aí a... na camisa. A gente tá falando de morte, morte ...

E __ Tem esse consolo...

C __ Fala da travessia, da beleza que tá na travessia... acho que a nossa entrevista também... (risos) embora... a gente vai conversando. Obrigada.

E __ Mas é bom falar, a gente aprende...

C __ Se ouve, né?!... Obrigada...

Entrevistada: Elaine
Cidade: Belo Horizonte
Duração: 01h20min (média)
Data: 05/07/2005
Local: Residência da entrevistada

(antes de estar gravando, falávamos sobre não ser a primeira vez que ela dava entrevista para alguém, ao telefone ela tinha mencionado isso)

E __ ...tem assim, como vou dizer... tinha mais projeção, tinha teorização em cima, é... se a gente fica só restrito às Instituições que fazem, por exemplo, aqui, eu já fui entrevistada por várias pessoas porque eu trava..., trabalhava até há pouco tempo, numa instituição que praticamente trouxe o acompanhamento para BH. Então ela é referência, mais ou menos todo mundo conhece.

C__ que é a urgentemente?

E__ Ela fez o plano de desospitalização da CASSI, da Caixa de Assistência do Banco do Brasil. Então quando eles resolveram fazer um projeto de desospitalização dos pacientes deles, eles contrataram uma equipe de psiquiatras, e esses psiquiatras que formaram a Urgentemente, acharam interessante, exatamente o acompanhamento terapêutico. Então eles introduziram a proposta aqui e fizeram depois um curso de formação, porque ninguém sabia fazer. Então fizeram um curso, teve uma parte do curso de psicopatologia, de psicofarmacologia, mas o acompanhamento a gente aprendeu fazendo.. pelo menos até a pouco tempo atrás, não tinha gente, que poderia vim falar fiz cinco, sei lá quantos anos de acompanhamento, fiz uma teorização em cima disso, escrevi e tô aqui pra falar disso (riso, um gato se aproxima, na casa tinha gatos). O problema de gato é que gato é muito curioso, né, eles estão aqui, estudando essa pessoa nova, quem é.? (risos). Mas sempre me pediram assim, me ligaram, eu falei não vamos conversar, porque senão tiver essa produção também a gente não, essa prática vai ficar sempre restrita, né, ela tem que ir pra Universidade mesmo.

C __ Quanto tempo você ficou lá?

E__ Eu saí agora. Eu tô acabando de sair, terminar os últimos acompanhamentos ali, mais ou menos um mês que eu passei os acompanhados para outras pessoas ali mesmo, porque eu arrumei uma substituição na PUC, já tinha 5 anos, eu tava meio cansada, porque paciente psicótico a gente tem que admitir que cansa um pouquinho, né?! Aí eu queria investir no mestrado aqui, no acompanhamento.

C__ Ah... legal.

E __ 2000 a 2005. E ali tem uma moradia protegida, eu acho que a gente colocou no site, não sei se tinha alguma coisa?... mas a Urgentemente

C __ Mas me deixa entender, no site, o Séqüito, eu até tinha pensado que era outra clínica. (Através do site do Séqüito, listei alguns nomes e no catálogo telefônico encontrei fones, uma das poucas pessoas que consegui contatar foi Cíntia)

E __ Hoje nem existe mais, na verdade foi uma tentativa de formar uma equipe pra que essa equipe ficasse independente da Clínica Urgentemente. Porque na verdade assim, como a gente trabalha ali, mas não tem o vínculo empregatício, na verdade funciona como free lancer, a gente não tinha tanta aquela liberdade de pegar um paciente de fora, de pegar um paciente particular, por exemplo, sem ser via Urgentemente. A gente achou que facilitaria, formar uma equipe, colocar uma coisa a parte, seria o primeiro passo pra montar uma associação. Os planos eram até no futuro da gente tentar formar uma cooperativa de acompanhamento, com acompanhantes que não fossem só dali. Por gente que já tivesse passado por ali que tivesse passado na PUC, por exemplo que tem acompanhamento terapêutico como estágio supervisionado. A idéia era essa, mas assim, como há pouco tempo atrás era uma coisa muito

nova, a gente não teve muito sucesso não. Assim, consegue os acompanhamentos tudo, mas ainda tem que ter uma instituição que direciona, sabe?

C__ Por que no caso, na Urgentemente isso flui mais, por ter essa vinculação com...

E __ CASSI é do Banco do Brasil. É Caixa de Assistência do Banco do Brasil. A Urgentemente é porta de entrada de Saúde Mental de toda Minas Gerais. Então todo paciente que vai, que vem em BH pra fazer um tratamento psiquiátrico vai necessariamente fazer isso através da Urgentemente. Vai ser encaminhado pela CASSI pra Urgentemente, a Urgentemente vai organizar essa vinda, e... se for o caso fazer um plano de acompanhamento. Aí entra o acompanhante, nem todos os pacientes vão fazer essa passagem.

C__ E alguns... tem a moradia?

E __ Tem uma moradia, que ela é vinculada à Urgentemente, foi organizada pela Urgentemente, foi fundada, mas ela é organizada, administrada, vamos dizer assim, pelos pacientes e família, até tava sendo organizada uma associação de familiares. Até pouco tempo atrás tive notícia que eles resolveram finalmente montar uma associação, até pra gente ter aquela coisa assim, da instituição deixa por conta da família e dos pacientes.

C__ Então, tô ouvindo você e pensando... você tá num momento de transição, né?

E __ É. Desligamento da prática e eu espero entrar na teorização... eu tô dando uma substituição na PUC, eu continuo agora no segundo semestre, e se tudo der certo eu consigo efetivação no final do ano. E aí tem o mestrado aqui, tem que ler muito pra tentar lá na Psicanálise...

C__ Você tem uma bagagem...

E __ Eu já tinha tentado lá, mas eu tinha tentado num projeto que não tinha nada ver, era sobre “Paciente psicótico e interdição segura” e acabou que não deu muito certo eu passei na prova e fiquei... no ...

C__ No projeto...

E __ Acho que a história de todo mundo que já tentou mestrado, é um terror... na época eu levei o projeto porque eu tinha feito uma especialização em Psicologia Jurídica, mas não tinha prática em Psicologia Jurídica. Eu levei a minha monografia...e realmente acho que fez sentido eu não ter passado porque na época eu não tava levando uma coisa que eu tava praticando. E aí eu dei um tempo porque eu acho que não tinha clima político pra levar, porque é o que eu falei, ainda era uma coisa nova, ninguém conhecia. Quando eu entrei na Urgentemente, não tinha nenhuma cadeira nas faculdades aqui, agora tem na PUC, acho que tem na FUMEC...

C__ É, eu tenho notícia de uma professora que trabalha com at lá... peguei uns textos...

E __ E agora tem também um programa de desospitalização da Prefeitura de BH, mas acho que se não me engano eles utilizam, mas acho que estagiários da FUMEC. E tem o Pai PJ que é programa do Tribunal de Justiça, foi instituído por uma psicóloga, até foi a psicóloga que era diretora desse curso de Psicologia Jurídica a Fernanda Otoni, você já deve ter ouvido falar dela, porque é com psicóticos infratores.

C__ Infratores?

E __ Infratores e até, às vezes, com passagem... mais grave mesmo, e esse programa vale a pena dar uma olhada. Saiu naquela Revista Ciência e Profissão, a última edição saiu uma entrevista com ela. E vai ter outra jornada agora em Agosto.

C__ Então vai ter? quem vai organizar? A clínica que vai,

E __ Vão ser várias instituições...

C__ Porque até o ano passado eu liguei, ia ter o Encontro Nacional de ats, eles disseram que ia ter o Nacional, acabou não tendo.

E __ Teve um em 2002, Encontro Mineiro, foi a Urgentemente que organizou... era prévia pro Encontro Nacional, mas agora vai ter uma jornada, mas eu acho que ela vai ser a tentativa pra o Nacional aqui. São várias Instituições: a PUC, a FUMEC, a Urgentemente.

C __ Será que tá sendo divulgado isso?

E __ Eu acho que ainda não. Eu até esperei um pouquinho pra gente encontrar porque a reunião foi ontem aqui, pra gente tratar de textos que vai entrar nessa jornada, e vai ser uma jornada já bem mais com essa tentativa de teoria de trazer uma coisa mais...

C __ Eu tô até perguntando por que até se for abrir pra apresentação de trabalhos, comunicação oral...

E __ A minha impressão é que não sei se vai ter apresentação daqueles pôsters, isso a gente vai ver se consegue com eles de ter pôsters, porque são poucas mesas, são 4 ou 5 mesas.

C __ No ULAPSI, eles fizeram de um jeito legal, o pôster. Geralmente a gente leva e pendura, eles fizeram assim: cada sala tinha 10 a 12 e cada pessoa tinha 15 minutos, ficou super interessante... dá pra interagir mais ... como uma vez no Anhenmbi.

E __ É a gente escreveu, um trabalho, tinham ruas né? É fica uma coisa mais interativa do que deixar o pôster lá... É uma idéia...

C __ Mas que boa notícia essa. Vai ser quando?

E __ Vai ser, acho no final de agosto. Vai vir o Antônio Quinet, aquela Ana Cristina Figueiredo, tem alguns nomes confirmados.

C __ Legal. Podia ter mesmo a coisa dos pôsteres de uma maneira mais...

E __ Eu vou ver se vai ter. Vai ser pequeno, não vai ser uma jornada muito grande. Acho que vai ser uma sexta à noite com texto do Quinet, praticamente um dia, porque a abertura, é abertura mesmo!

C __ Mas só de acontecer...

E __ A gente faz o esforço, porque ter produção, ter teorização, ter gente que traz porque você não faz prática sozinha. A gente ainda falava isso, mas é só a Urgentemente, às vezes quando começava a surgir, a gente ficava meio assim: pôxa a gente fez uma formação, mas é o contrário: é surgindo uma cadeira na Universidade, surgindo o Estágio na Prefeitura que a Prática vai solidificando e aparecendo em clínicas menores, em Hospitais assim, particulares, ela vai mostrando a cara. Não adianta ela ficar restrita num espaço só e você vai ficar com ciúme do seu saber ou não passar pra ninguém, tem que divulgar mesmo pra coisa ficar solidificada, tem que ter teorização, tem que ter mestrado, livro...

C __ Então, quanta coisa... Eu tô aqui pensando, você disse que a primeira experiência depois de formada...

E __ Eu tava, eu fiz na verdade psicoterapia, mas assim, dentro do espaço voluntário, e quando a gente é recém formada, a gente sempre fica com aquela impressão que o espaço voluntário ser meio uma continuação, ser prática profissional mesmo, por mais que você fique lá um tempão, atendendo, era com criança, sabe? E eu comecei a fazer, eu entrei na Urgentemente por que existia o acompanhamento, levei currículo e eles me explicaram que na época que eu tava entrando tinha sido instituído o curso, porque tava todo mundo tendo muita dificuldade pra trabalhar, não tinha nada pronto, como que nós vamos fazer esse negócio, aqui? Então vamos fazer a formação então, né. E foram seis meses só de formação, só de teoria. Os seis meses seguintes, aí foi dentro da moradia, eram plantões, de 15 em 15 dias a gente passava o dia inteiro, um fim de semana lá, com os pacientes, pra organizar uma atividade... Hoje até o caráter desse plantão mudou, a gente ficava o dia inteiro de 8 as 8,. E numa casa com psicóticos, às vezes tá brigado, todo mundo com todo mundo. Ninguém quer saber de ninguém, e aí você ficava ali lendo jornal o dia inteiro, e todo mundo trancado nos seus quartos de mal uns com os outros. E a gente lá assim: “vamos sair?”, “não quero! Com ele eu não saio!”, aquela coisa. Ainda bem que no meu plantão não teve problema, já teve no plantão de outras pessoas, briga, agressões, assim, não tem muito jeito, pode acontecer, mas... foram seis meses...

C __ Então pelo que eu tô entendendo... primeiro você fez o curso?

E __ Foram seis meses de plantão na moradia, dentro do curso. Seis meses só de prática, não, seis meses de teoria, psicopatologia, noção de urgências, eu não lembro mais a ordem das matérias que a gente foi vendo. Seis meses seguintes, a gente fez o plantão na moradia continuando com as aulas e no ano seguinte, a gente começou a pegar pacientes mesmo. Tinha os plantões na moradia, mas também tinha participação das atividades durante a semana. A gente pegava, por exemplo, um plantão no sábado, e durante a semana fazer as compras do mercado, fazer sacolão, que é uma verdadeira epopéia, os cinco, você, e um carrinho de supermercado. (riso) Você vai ver que é uma coisa totalmente diferente fazer um supermercado desse jeito, é... porque tem toda uma circulação diferente dentro do supermercado, você não faz por sessão, aquela coisa rápida, “não, eu quero ir ali, buscar tal coisa”, e eles que vão dando a direção, né. E aí depois que a gente foi entrando no acompanhamento mesmo. Às vezes, continuando com as atividades na moradia, dependia de cada at, fazer só o particular, particular não, o individual. Tem muita gente que virou acompanhante de pessoas que moram na moradia, então necessariamente você participa do dia a dia ali dentro, não foi o meu caso porque eu peguei um paciente em Vespasiano,

C __ Vespasiano?

E __ É alguns quilômetros daqui, eu pegava um ônibus, então ia de ônibus chegava lá ficava uma tarde com ela, era uma moça que tinha ficado 7 anos internada, e essa foi realmente assim, que eu considero primeira paciente, mesmo. E, até então, moradia a gente fica, é uma prática profissional, mas você não tem... vamos dizer assim, aquela coisa do individual que a gente tem aquela impressão da faculdade, não é só com uma pessoa... e aí teve mesmo um trabalho,

C __ Você sente com ela que foi a inauguração do at,

E __ Que foi a inauguração da clínica mesmo! Exatamente. Um pouco por ser estágio dentro da moradia, a gente ficava com essa impressão ainda de té fazendo uma coisa de preparação. E porque você não pode fazer grandes intervenções, também, você tá lidando com 5 pacientes, você tá mais tentando manter uma omeostase daquela casa, pra que as coisas funcionem, azeitando o negócio para poder funcionar. Porque tem muita discussão, tem muita briga. São pacientes com origens diferentes, tem gente que nunca foi internada, apesar de ter tido uma vida tão separada, tão segregada, quanto, ela ficava só em casa, é... já teve pessoas que ficaram doze anos em Barbacena. Então, você tem às vezes, uma disparidade de perfis, e

...

C __ Vira uma panela de pressão...

E __ Aí vira e fala: “fulana tá sendo privilegiada porque ela nunca passou por uma internação!”...

C __ Ah... Entre eles mesmos!

E __ Rugas entre eles mesmos. Então quando você tem um paciente só,

C __ Quem é mais institucionalizado? (riso)

E __ É. “eu fui mais segregado, você não, viveu só na sua casa, eu fiquei em Barbacena”. Tem esse tipo de...

C __ Barbacena hierarquicamente, é o ponto alto...

E __ É o pior de todos. Tem uma moça que saiu, ela não sabia usar um telefone de cartão, era ficha, coisa banal pra gente e ela ficou completamente assustada. Teve uma outra que ficou 23 anos, quando acompanhante conseguiu..

C __ 23?

E __ Ela entrou com 17 e saiu com 40. Eu não peguei, foi um processo que todo mundo conta ali na clínica, essa moça tava voltando pra Recife quando eu entrei lá, ela tinha acabado de, a acompanhante foi com ela no vôo até Recife, foi um processo de dois anos da dra. Silvana que é uma das sócias da clínica, psiquiatra, indo até a Barbacena pra fazer a transição, trouxe ela pra um Hospital aqui, também pra ir fazendo a transição pra moradia, levou ela pra

moradia. Tinha situações que eles contam que pra fazer ela sair do quarto tinha que fazer almoço e ficar esperando do lado de fora. Literalmente pra tirar ela de fora do quarto, uma pessoa muito regredida com a imagem corporal totalmente desfacelada, não tem acesso ao espelho... mas acho que ela já ouviu falar tanto de acompanhamento terapêutico, que ela não quer nem saber... (riso) Essa moça foi um caso paradigmático ali dentro, porque foi um caso de todo processo de desospitalização completo. Ela passa do Hospital pra um Hospital mais aberto, pra moradia, até fazer contato com uma família, que ela não via há 20 anos, tinha 20 anos que ela não tinha contato com a mãe. Ela saía pra comprar roupa íntima, ela queria compra calcinha tamanho 38, sendo que ela já era obesa. Ela entrou uma menina de 17 anos loirinha e saiu uma mulher obesa, de cabelo já cinza, ela não tinha noção disso. Teve todo um trabalho por conta disso, né. E aí, eu finalmente entro no caso dessa moça que teve uma trajetória parecida, foi uma pessoa que também ficou muito desorganizada, era esquizofrênica, ela... aí você vê todas as etapas do acompanhamento. A primeira acompanhante que entrou com ela conseguiu montar um quarto na casa dela. Porque ela chega, a mãe ainda era viva, quem dava o principal suporte para ela permanecer em casa era a mãe e o irmão. O resto da família tinha muito receio, porque antes dela ser internada ela teve uns episódios de agredir criança, dizem que teve algum abuso sexual, a gente não sabe se isso é verdade mesmo. Todo mundo lembra dela gritando, batendo, mesmo. Ela veio do norte de Minas pra fazer esse atendimento do norte de Minas e ficou. Então ela ficou quase seis meses no sofá da casa, com as coisas guardadas nesses sacões de lixo, esses sacos pretos, primeira crise era pra levar pro hospital. Aí essa acompanhante conseguiu com apoio da mãe montar quarto, aí logo em seguida a mãe morre quase que ela volta pro hospital com isso. Nessa época eu entrei, porque a gente tentava fazer mesmo um rodízio, só que o quarto dela era uma parte do armário com as roupas dela, uma parte com as roupas da mãe que tinha morrido, um quarto de morte mesmo. Não tinha um enfeite, não tinha nada, um quarto totalmente simples, aí ela pediu pra eu fazer moldura, pros desenhos dela, a gente passou quase 3 meses, eu tentando detectar o que ela... queria fazer, o que ia ser esse acompanhamento. Ela não queria sair, ela tinha muito medo de sair na rua, e a gente chega, se você for ler aqueles livros, A rua como espaço clínico, sempre fala “circulação pela cidade” e o meu primeiro caso, depois de quase 1 ano estudando acompanhamento, uma pessoa que não saía de casa, não sai de jeito nenhum, no máximo ela ia na esquina comprar picolé. Não sai, mesmo! A outra acompanhante tinha carro, mas diz que era uma novela, porque ela às vezes, avançava na direção, ela era muito obesa, a gente tinha dificuldade de pegar ônibus com ela, era um bairro muito longe. Eu falei: como é que nós vamos fazer, um acompanhamento que é feito dentro de casa? E aí um impacto com a verdade da clínica. Não é só ficar, sair pela rua, vai depender do que a pessoa tá te pedindo, e naquele caso era um laço com a família, estabelecer esse ... aí depois de muito, o que oferecimentos mesmo do que ela queria fazer, ela me pede pra por moldura nos quadros, no papel ofício mesmo que ela fazia. Eu achava que era moldura de quadro, podia ser moldura de papel, eu descobri que podia ser uma moldura bem mais simples. E aí eu comprei esse papel cartonado que era todo cheio de ondinhas assim, e eu ficava cortando, aquilo montando os quadros dela, porque ela não tinha coordenação motora, mas enquanto ela assistia eu fazer aquilo ela se organizava. Ela parava com delírio virava pra mim: “ta tão quente, você aceita uma água?”. O dia que eu escutei isso de uma pessoa que só delirava... que eu comecei a intuir a função do acompanhamento mesmo. E foi muito interessante porque ela fez os quadros, teve um processo que ela colou os quadros na parede do quarto... Primeiro eu coleí. E quando eu coleí, ela tirou todos os enfeitinhos, fotos que ela guardava dentro do armário e botou na penteadeira... ao colocar os quadros na parede. Depois ela tirou os quadros e pregou do jeito dela.

C__ Hum..

E __ Um tempo depois ela descobriu que os quadros eram fixos, você não tem como mudar os desenhos daquela figura, ela começou a colocar os desenhos novos em cima dos desenhos antigos. Eu falei “pôxa, mas como é que você vai ver os desenhos antigos, você vai perder”. A solução dela foi criar uma espécie de quadro calendário, ela pregava só a parte de cima, ele virava igual um calendário.

C __ Assim?

E __ É, você imagina esse calendário de parede que você tem várias folhas por cima com a moldura e o papel cartonado em volta, então você podia acessar todos desenhos anteriores, pregados de um jeito todo dela, aí ela decidiu que queria pintar a unha, arrumar o cabelo, porque ela era assim, completamente amorfa. Então teve toda uma construção da identidade, resgate a forma do corpo, ela emagreceu, resolve pintar o cabelo, a interagir mais com a família, isso é acompanhamento? Será que eu não tô mais fazendo terapia ocupacional, o que eu tô fazendo?. Você percebe que acompanhamento, na verdade, não tem nada pronto não, pro que ele precisa...

C __ Qual vai ser a função, ali, naquele caso, cada caso vai demandar, e no caso dela parece que a moldura...

E __ faz a borda pra ela

C __ No caso dela você falou “circulando no social”...

E __ No caso dela bem caseira. Você descobre que você tem que circular pela cidade, não necessariamente, tem paciente também que pouco tempo depois eu só ia ao dentista com ela, porque ela fez um longuíssimo tratamento dentário, para termos, vamos dizer assim, neuróticos, era um absurdo. Se eu tivesse que ir ao dentista toda semana como ela eu ficava, eu tinha um trem. Ela não escovava os dentes. Ela comia e os dentes dela, fumava muito, ficava aquela placa. E o dentista ficava numa peleja com ela, era um tratamento complicado, tinha que isolar os dentes toda vez, ficar muito quietinha, e o dentista colocava aquela borracha, aquela coisa toda, pra uma pessoa tão invadida, era... era difícil, mas ela tinha motorista, era uma pessoa que tinha.... Isso a Cassi dá uma coisa muito interessante pra gente, quando eu entrei eu achava que a gente ia atingir classe média, classe média alta. Atendimento particular, funcionário do banco do Brasil, mas não você tem desde a pessoa que foi gerente até caixa, e que às vezes entrou num surto há vinte anos e o poder aquisitivo dessa pessoa caiu, terrivelmente. Então se tem uma que ta ali na região de Lourdes que é super caro, tem motorista, tem a casa própria, tem uma moradia protegida praticamente só pra ela, a outra tá lá em Vespasiano num bairro que é quase que, não digo que é uma favela, mas é uma vila, muito pobre. Outro paciente que mora quase num cortiço...

C __ Essa de vespasiano é a da moldura?

E __ Eu ia lá em Vespasiano. E é uma pessoa que não tinha muito psi em volta. Ela tinha um psiquiatra que... ela vinha de 15 em 15 dias pra pegar receita. Dentro do Centro de Saúde, não é um psiquiatra particular, vamos dizer assim, não tinha essa conotação, ela não tinha mais ninguém. Ela não tinha nenhum outro espaço, a família conversava muito pouco com ela, porque achava que ela não tinha muito o que falar, então, o at vai ficar ali mesmo num lugar que, a gente fala: ultrapassa ou não ultrapassa, o que deve ser o acompanhamento? Isso é uma questão, né? Será que é isso a função da gente ou se inscreve a cada um que faz? As vezes pra um ultrapassaria, mas pra outro é isso que ele precisa... Não tem uma outra pessoa... porque tem uns que tem por exemplo até o analista, tem o psiquiatra, Hospital dia, tem mordida protegida e tem o acompanhante. Tem todo um aparato. Aí é claro que você vai ficar numa função delimitada, né...

C __ E outros...

E __ E outros você já, tem que fazer o papel de uma rede inteira só com você, né?

C __ Nem todos tem isso, né, esse aparato... mas também nem por isso, não deixa de achar ali, os caminhos, o jeito de ser, de fazer, as funções...

E __ A gente traz, tem que trazer, por exemplo, a questão da instituição que é sempre um ponto assim um norte, a instituição seja ela de Hospital dia, psiquiatria, a clínica, às vezes o psiquiatra faz esse papel de instituição, dá uma barrada, assim, e ela que ficava lá em Vespasiano, eu representava a instituição, de uma certa forma. Eu tinha que às vezes comentar o nome dessa instituição pra ela lembrar, falar que eu tava ali nesse lugar. Ela ficava muito incomodada, ela ficava assim, “como que pode gente bonita vindo visitar gente feia?” ela se achava o resto dó resto. E eu explicava, não é isso, muito interessante. E assim, desse tempo todo dos vários pacientes que eu atendi eu vi de certeza que não tinha nada certo. Cada um é uma coisa, cada um você vai precisar fazer uma coisa diferente, cada um tem uma proposta, é de circulação, às vezes é, mas as vezes a gente precisa circular é pela casa, a casa é que é um território desconhecido pra eles. Essa do dentista, a novela de toda semana era ir ao dentista. Uma pessoa que era super visada, casada com figuras internacionais, sabe, você imagina, podia sofrer um atentado na rua... então, muito paranóica. Ela era casada com Michael Jackson, Bill Clinton. Ela era casada com vários...

C__ Celebidades,

E __ Era, várias celebridades, assim, e na verdade ela era casada porque ela era muito importante, e como ela era muito importante, ela era muito visada e as pessoas para terem poder se apropriavam dela. Essa coisa que a psicanálise fala de ser o objeto do outro, por mais que ela fosse uma figura importante, e na verdade, ela vinha de uma família rica, alguma importância mesmo ela tinha, mas ela achava que era internacional, mas ao mesmo tempo bota ela num lugar de objeto, que todos os homens queriam casar com ela para adquirir poder. Podia ser a qualquer momento, podia ter uma invasão, fora os grupos que tentavam seqüestrar para atingir o marido. Era divertido a assim, a atividade delirante dela, uma pessoa que fazia curas espirituais a distância, era filha de Chico Xavier ...porque às vezes o delírio não dá pra dizer que não seja engraçado, apesar de ser cruel com a pessoa. Tem umas coisas sem limite assim, ela via uma entrevista do Bill Clinton na televisão, ela falava “nossa meu marido precisa de mim” riso, eu não podia falar nada, ela “não, ele tá lá tão sozinho, ele precisava de mim ao lado dele”. Que coisa né, é mesmo?!”. Não sei se você passou por momentos assim, entre o trágico e o cômico.

C __ Riso, sim...

E __ Já outra que no meio do parque municipal, no domingo, uma das pacientes lá da moradia, né. Eu fui fazer um passeio com ela, teve um chique, eu tinha trazido ela no pior lugar do mundo, aquilo ali só tava cheio de gente pobre, feia, horrível, o parque lotado, eu pensei, nós vamos ser linchadas aqui, né? Que gente feia, a gente apontava, fulana calma, eu quero ir embora daqui...

Telefone toca pausa...

C__ Você falou que tá se desligando, mas tem uns últimos casos...

E __ na verdade tem mais ou menos um mês que eu desliguei. Na verdade a gente faz a passagem, sempre tem meio que cansou, tem casos são, que puxa demais, sabe que vai ficar pouco tempo ali, alguns meses, as vezes 6, 1 ano. São casos muito difíceis. A gente tem que ter uma rotatividade pra não desgastar demais e tem casos que você viu, passou toda uma trajetória, e que você já não tem muito mais o que oferecer, as vezes o momento daquela pessoa tá tão diferente que às vezes é interessante entrar um outro at, com outro perfil que vai dar conta daquilo... muitas vezes o paciente tá com vínculo muito forte, com a gente e às vezes tem que ficar mais independente. Então a passagem foi muito no caráter de transferência de um at para outro, avisa o paciente, a família, to saindo por esse e esse motivo.

C __ Teve algum, desses últimos que você tava acompanhando, talvez podia falar ...algum caso que tenha ficado, dali você sente que cresceu, fez você ir descobrindo os lugares...

E __ o que eu percebi é que com cada um teve essa coisa diferente, se essa primeira teve essa coisa de fazer o contato com a família, com a casa. Já tem um outro que é garantir a vinculação com tratamento mesmo, que foi esses dois últimos que eu tava acompanhando, eram casos bem, já instituídos já, já tem uma rotina, a gente não ta entrando ali, a primeira pessoa que pega. Isso pra mim foi interessante assim, mostra eu acho uma mudança nos próprios pacientes. É raro hoje em dia ter um paciente egresso de uma longa internação, difícil uma pessoa que ta saindo de 10 anos de Barbacena, acho que nem tem Hospital mais que fica com a pessoa tanto...não acho que ainda, fora os judiciários. É uma coisa muito rara. E isso mostrou que teve uma modificação na demanda mesmo, dos pacientes.

C __ Porque essa, até no fone você falou sobre isso, vai mudando a demanda... (FIM LADO A) Parece que se localizava melhor a função do at, agora parece que é transição também...

E __ Eram pacientes, por exemplo, com muito pouco trato social, o contato com o mundo, gente que não sabe usar, por exemplo, um cartão. Então você tem, a gente vê naqueles livros 10, 11 anos dessa importância da rua, da cidade, por causa disso, eu vi essa diferença, como são pacientes que tavam saindo das instituições, essa circulação era privilegiada no trabalho do at. Só que isso tá mudando, não tem praticamente hoje em dia, pacientes ali, onde eu tava, com esse perfil. Já eram internações curtas, previstas nas novas leis, só de crise, leito crise, um mês no máximo, que já tem uma medicação toda pra eles. Porque `as vezes a gente pegava paciente com aquela medicação assim, sossega Leão, só mesmo pra quietar a pessoa, fazer aquela contenção química. Hoje em dia não, você já tem paciente que tem um psiquiatra que atende há muito tempo que já conhece o perfil, já é uma pessoa que tem aquela o discurso da reforma, paciente que vira e fala assim: “sou cidadão”, traz isso do discurso mesmo, fala “eu faço Hospital dia por que eu acho que é muito melhor do que a gente ficar internado”. O que foi interessante pra mim nesses últimos casos que eu peguei, foi a mudança do caráter dos pacientes, essa mudança histórica que a gente sabe que nos outros estados, o negócio... tem gente que tá há 50 anos atrás. Que já é um segundo passo na reforma, de pacientes que já tem uma trajetória de liberdade, de gente que circula sozinha, que aí às vezes a função do at não é mediar a pessoa com a cidade. Aí a gente volta na importância da família, nesses casos eu to vendo muita dificuldade para lidar com a família. Os Hospitais não aceitam aquela coisa de deixar ali pra sempre, e as famílias vão tendo que se haver. Aí você entra muito mais no papel do at como mediador com essa família.

C __ Circulação naquele social ali,

E __ Naquele social ali. Isso que eu notei, eu tava com dois. Um deles praticamente tinha perdido os laços com a família, uma pessoa com passagens, ele não era exatamente esquizofrênico, a gente fala mais uma paranóia, no caso, né. Não era uma pessoa que delirava que tinha alucinações que tinha esses fenômenos. Mas era uma pessoa que de repente resolvia beber, ia pra rua, perdia tudo, se quebrava tudo, literalmente, a gente acha que ele se jogava na parede para deslocar o ombro, omoplata, aquele negócio todo, ia pra porta da clínica, de manhãzinha para eles pegarem o resto, né. Aí se apresentava assim todo arrebitado. A clínica já tava assim “não damos mais conta”, a família não insistia na história dele, era uma pessoa que morava de pensão, de pensão em pensão na verdade. E foi a entrada de uma at e de uma psiquiatra que sustentou quase que uma maternagem assim “como você tá hoje? Você acha que tá bem melhor” quase assim de acolher... O at fez o contato com essa família, conseguiu convencer os pais a receber essa pessoa de volta e logo em seguida eu entrei e nós dois fazíamos muito isso, aderência ao tratamento e uma mediação com a família. É o perfil que mudou, agora a gente já tá vendo esses pacientes que circulam diariamente pelo aparatos alternativos, de Hospital dia, Oficina, trabalho assistido, por exemplo, esse moço agora eu tinha acabado de, eu desliguei e eu ia e o outro levava no Hospital dia. Quando a gente saiu já entrou um at para oferecer passeios, e a família vai garantir o tratamento agora, já fez essa e pacientes com drogadição. Que é outro perfil que de uns dois anos pra cá, saltou.

Eu acho que até por uma circulação que eles têm tendo maior, não são pessoas mais que ficam internadas e que a droga entra pra apaziguar, fazer uma suplência, então a gente tá vendo muito esse recurso da droga, alcoolismo e são pacientes com um caráter completamente diferente que tem aparecido para gente.

C __ Você teve alguma experiência com pacientes...

E __ Esse moço era alcoolismo, era muito uso de álcool, já tinha uma moça que era crack, e o at entra quase que pra fazer uma redução de danos, que já não funciona tanto assim, você simplesmente proibir ou tirar a droga pra um psicótico como é que você vai fazer isso, e aí tá aceitável com ela usar maconha, menos danoso para ela usar maconha. Não é que a gente estimula, mas a gente tenta fazer aquela proposta da redução de danos mesmo “olha fulana se você precisa”, “mas olha quando você usa crack o que acontece” droga, ela sobe o morro e volta quase nua, deixa tudo lá, olha, mas se você precisa... a gente tenta encontrar um jeito de... porque não adianta colocar uma pessoa que é psicótica numa fazenda. Ela vai ficar naquele tempo da abstinência mas não encontra outras possibilidade como um neurótico faz, consegue abrir o leque e encontrar uma outra possibilidade que seja uma religião, que tem dentro dessas fazendas, vincula a isso e consegue segurar. Psicótico não, ele segura ali, tá abstinente ali e volta e... essa moça chegava da fazenda e vai pro morro. Eu não peguei exatamente esse caso mas a supervisões são em grupo, então a gente sente que, tem casos a gente sente que atendeu.

C __ Isso da supervisão em grupo, curiosa, foi explorado, isso deve dar um diferencial também, na hora de juntar tudo de fazer, prática, experiência do outro...

E __ Acho que é exemplo mesmo, a possibilidade de você assistir, um acompanhamento nunca vai ter um acompanhamento como outro. Você consegue encontrar tipos parecidos, “ah eu também tinha essa função”, na verdade a gente fica assim, pau pra toda obra, outra hora você faz aquilo, tem horas que você acha que tá simplesmente de motorista, leva e traz, leva e traz. Riso. Aí você fala pôxa será que eu tô só levando e trazendo, mas a pessoa entra numa crise e foi essa presença sua todos os dias, nesse contato que você achava banal que a pessoa vai te chamar na hora de uma crise e te colocar no lugar de segurar em você, então...

C __ Você descobre funções a posteriori,

E __ Exatamente, aquilo que aparentava uma coisa... e foi nesses dois casos foi assim dois anos que eu já tava, levando e trazendo, levando e trazendo, eu já tava assim, eu não tô fazendo nada... você começa a sentir ... eu não tô, você podia pedir pro taxista, levar e trazer e ser a mesma coisa. Mas não é assim, porque na hora que ele tiver uma crise o taxista não vai ficar ali, e o at pula, exatamente sai daquele lugar aparentemente bobo, burocrático e vai correr, fazer a rede, chamar o psiquiatra, olha está em crise, porque às vezes um psiquiatra que vê de mês em mês não percebe. Então se eu pudesse tirar duas lições vamos dizer seria isso, essa mudança de caráter do pacientes que mostra o momento histórico e essa que a gente não deve se enganar com a função momentânea do acompanhamento, não se engane que você tá sendo só um leva e traz, que você tá indo só uma vez por semana pra bater um papo, no momento de uma crise é que se revela, toda uma construção, ela só vai vir. Aí eu tive que entrar em contato com família que tava com uma briga com o psiquiatra, tava praticamente tirando o paciente, não vai ter mais nada e, gente vai fazer essa mediação... é a posteriori mesmo.

C __ Eu às vezes penso que a maioria a gente vê a posteriori não só no at...

E __ Eu lembro de um professor na faculdade que disse se você pegar 6 anos de análise, quase que 6 sessões são fundamentais que a gente viu a coisa acontecer, a associação...mas não teria visto isso acontecer se não fosse os seis anos, foi construído... é na crise, é num evento que às vezes não tem a ver com o paciente, uma morte de um pai de uma mãe, fechamento de um lugar, o at tá ali, aquele que tava todo dia, sai daquela função e cresce naquele caso...

C __ Minha cabeça tá aqui rodopiando, a gente vive nesse mundo da pós-modernidade, que é tudo meio que sem raiz, ou superficial, mutante e eu pensando aqui como que talvez... a gente tá carecendo de rotina, pra sentir que tem algum...

E __ Uma coisa que é conhecida...

C __ A inda mais no caso deles mais ainda porque, já é difícil tá no mundo... pra todos, só to pensando aqui...

E __ A gente já tem essa noção de tá meio esquizofrênico, nada permanece, nada que a gente acreditava que era, a gente fica incomodado, o psicótico fica arrasado... só que é muito difícil pro at que é neurótico dá conta disso. Ce fala puxa eu tô há dois anos fazendo isso, será que tem razão de ser...

C __ É um lugar meio de valentia... porque dá o que você falou, o que eu tô fazendo aqui...

E __ Teve um texto que eu escrevi até na época do final da formação, eu ainda falei brincando com aquele negocio do Lacan “Não é at quem quer, só é at quem pode”. É a mesma coisa, porque você vai ficar numa posição próxima do psicótico, às vezes a gente acha que tá meio doido. Você fala gente eu nunca faria isso se eu tivesse sozinha, na cara dura de entrar no lugar e falar as coisas, porque você fala junto, se a pessoa ta falando e você ta ali do lado concordando, é porque você ta meio doido...

C __ E exige esse compartilhar...

E __ Aí você vê que tá imerso na loucura, um desses últimos pacientes que eu acompanhei nesses dois anos, foi muito engraçado, eu tava lá no leva e traz. Um belo dia eu trazendo ele na Afonso Pena, ele nessa época tava com muito medo de sair a rua, tava muito incomodado, ele tinha uns problemas motores que tava assim muito inseguro eu quero ir de de táxi. Um trajeto de 10 minutos do alto da Afonso Pena, até a casa dele no centro, descer a Afonso Pena virar na Augusto de lima, tá na casa dele, 10 min de táxi. Nesse dia caiu uma super chuva, uma chuva horrorosa na cidade, depois eu ouvi falar que gente ficou presa na Cristiano Machado, Antônio Carlos a cidade parou, e a agente ficou parado 40, 50 min dentro do táxi, tudo parado não tinha jeito de descer e ir a pé. E ele começou, “nós tamos perdido, como é que nós vamos fazer”, e aí você lança mão daquele cara completamente comum, para fazer aquela sustentação, naquela hora. E foi eu e o taxista brincando com ele, “não você não preocupa não” o taxista levou na brincadeira naquela coisa lúdica, e ele no meio da rua ele “quero ir ao banheiro” e quando ele quer ir ao banheiro é ontem.

C __ E vocês no meio do alagamento?

E __ No meio do alagamento... Eu olhei no banco de traz e falei assim “o sr. tem um plástico?”. O taxista me olhou com aquela cara assim: “no meu táxi?” (risos) Nessa hora o taxista criou asas, não sei como ele entrou no Instituto da educação, deu um jeito lá, eu falo assim, virou um helicóptero, o cara entrou no Instituto da Educação, eu entrei lá dentro, ele tirou um guarda chuva enorme do táxi. Ele tava uma pessoa já bem assim, tem problemas mais sérios, epilepsia, e ele tava com problema de urinar na roupa, e ele tava assim, eu quero ir ao banheiro quando eu via ele já tinha feito na roupa. Nesse dia ele deu conta, segurou e fez lá dentro do banheiro, e aí o taxista foi da rede, entrou na rede...

C __ Na rede, no guarda chuva...

E __ Tudo né, eu olhei pro taxista no final quase que falei, obrigada! porque eu pensei vai ser um fuá, ele vai urinar no banco, ele não sai depois de escurecer, já tava no breu, o mundo é muito perigoso, é muito violento tava aquela bagunça na cidade envolta dele, eu achei que ele ia ter um trem ali dentro, ia surtar. Na hora, se fosse um taxista mais severo, e sem sensibilidade, podia ter virado, “desce do meu táxi agora”.

C __ Que cena!

E __ É a gente vê cenas mesmo, essa do meio do parque municipal, “você me trouxe pro meio da zona, esse tanto de gente feia”, e apontava pras pessoas assim, ela queria sair do parque agora, eu falei assim” nós demoramos 15 minutos para chegar onde estamos e vamos

demorar 15 para sair, acalma“ ela engoliu a gritaria, essa, a do parque falei: “calma nos vamos sair, mas vamos demorar o mesmo tempo que nós demoramos pra entrar” mas eu ia mostrando a saída, você vai garantindo, né. Depois você ri, mas na hora... (risos)

C __ É um aperto... puxa Elaine! Vou encerrar, mas a gente vai falando, falando, muita coisa pra pensar... obrigada

E __ Tem muita história... a idéia é essa mesmo, circular esse conhecimento

Entrevista Tânia

Cidade: Belo Horizonte

Duração: 01h10min (média)

Data: 27/07/2005

Local: Consultório particular da entrevistada

Chego e o vejo um consultório com alguns móveis, inúmeros papéis na mesa e ela já me recebe falando, antes da conversa começar a ser gravada, se queixa do salário, que tem coisas a pagar, que o que salva são os ats, que consultório é difícil. Eu falo então da “conversa” mostro o termo de consentimento, explico sobre este e sobre a gravação ela autoriza. Enquanto a conversa vai e vem eu vou retirando o gravador, e o começo com o gravador é:

T__ ... a Urgentemente é uma clínica que trabalha dentro dos projetos de desospitalização, dos projetos da CASSI, não sei se a Miriam te falou. E eles montaram esse projeto em 1997 e foi feito uma pesquisa nos diferentes lugares onde tinham pacientes dessa Caixa de Assistência do Banco do Brasil e foi feito um levantamento e projetos específicos para a retirada gradativa dessas pessoas do ambiente hospitalocêntrico e dar uma alternativa clínica de cidadania, de moradia protegida, e acompanhamento entre os demais dispositivos que existem que é o Hospital dia, o Centro de Convivência

C__ Ela comentou...

T __mas o acompanhamento terapêutico vem fazer uma diferença nesse circuito aí de Serviços Alternativos e do hospital psiquiátrico que sai um pouco também do que a gente vem percebendo uma certa cronificação também, já destes serviços abertos, que... não basta o paciente ficar, sair da Instituição Total e ficar indo no Hospital Dia indefinidamente. Não é isso que vai dar pra ele uma cidadania, um diferencial de ...não é mais um paciente psiquiátrico comum, tradicional, ele passa a ser tradicional dos serviços alternativos. Se pensar melhor, nesse sentido, nesse viés, nesse vácuo que se deixa aí, que o acompanhamento é utilizado como um recurso a mais também, em termos de poder contar com ele, nesse a mais aí, mas não como um a mais da série, um a mais, de mais mesmo, que o paciente tem esse recurso que vai viabilizar o trânsito dele pela cidade que vai trazer pra ele um pouco mais de conhecimento daquilo que se perdeu ao longo da internação, tem paciente que no tempo da ficha ele sai no tempo do crédito. Você insere o cartão no aparelho e ali...E a mesma coisa com o ônibus. A gente antes pagava só a passagem com o dinheiro, com o papel, hoje a gente paga com o cartão eletrônico, com o BH Bus, no nosso caso aqui. E a gente sabe que isso traz uma autonomia pro paciente, na medida em que lidar com dinheiro para ele é um pouco difícil também, muitas vezes dependendo do quadro clínico ele não pode tá com um montante de dinheiro é um pouco difícil também. E o cartão vem por uma barra, um limite, você tem

tantos facilita até a gente tá controlando essas coisas, porque na verdade, a gente pensa que o paciente sai do Hospital Psiquiátrico, ele tá com autonomia total, garantida, assim... a tentativa é que isso venha a ser algo real mas o próprio diagnóstico impede o sujeito de Ter essa autonomia total. Como que você vai dar uma autonomia total para um paciente de Transtorno Bipolar grave que é pródigo, gasta tudo que tem, e tal...então a gente tem essa postura também, de estar sempre atento ao diagnóstico que o paciente tem, até para estar fazendo determinadas atividades com ele, mostrar uma certa realidade que ele tem que andar, mostrar que a vida tem um custo, não podemos fazer extravagâncias, vamos sair, vamos passear, vamos pra...Nova Camponesa que é um lugar de dança que geralmente as pessoas gostam de estar indo, como cidadãos comuns mas aquilo tem um custo...é esse custo tem que estar dentro do orçamento que ele ganha, geralmente são pessoas que são pensionistas, ou o pai morreu deixou aquela pensão pro usuário que já... é incapaz, mas que precisa daquele recurso pra sobreviver, muitas vezes é tutelado, às vezes não é, às vezes tem algum familiar que toma conta desse dinheiro que ajuda a organizar, isso vira também algo complicado, muitas vezes o acompanhante, por vezes, entra nisso aí também, sem aprofundar muito mas às vezes ele é envolvido...

C__ nessa administração da renda, como ajudar...

T__ Isso! É uma roupa íntima que ela quer comprar, que ela faz um contrato social, e ela vai na loja, “olha, eu não trabalho com cheque, não trabalho com cartão, mas eu posso vir aqui todos os meses, dia tal, pagar sua prestação, no carnê, no cartão” uma coisa assim. Mas isso tem que ser algo muito sutil, muito devagar pra não, não virar também uma mania que corrobora com a própria mania que ele já tem, o quadro clínico.

C__ Lá na Clínica, você tá me contando, geralmente é um familiar que ...

T__ Que chega...

C__ Por que ela até comentou de ser um lugar de triagem, atualmente.

T__ Lá é uma porta de entrada dos pacientes da CASSI, todos os pacientes que tem questões ligadas a doença mental, eles vão estar passando por lá e muitas vezes eles vão ser guiados , ou endereçados a diferentes profissionais da psiquiatria, em termos de psiquiatras, mesmo porque elas não dão conta de tudo também, e esses outros psiquiatras solicitam serviços de at, que não necessariamente é só CASSI, às vezes é um paciente particular que precisa de acompanhamento terapêutico e a clínica nos indica. E a gente presta serviços pra essas pessoas eu mesmo tenho pacientes de lá que é particular.

C__ Mas esse paciente passou por ali...

T__ Às vezes sim, às vezes não, coincidentemente esse paciente que eu atendo atualmente é paciente particular da clínica, mas é paciente de lá também, mas eu já atendi outros de fora também, que não era da clínica, de contato meu.

C__ Você falou... quanto tempo você trabalha como at?

T__ Desde o ano 2000...

C__ tem 5 anos

T__ Já tem 5 anos eu entrei pra fazer o curso de formação que a Urgentemente oferecia na época...

C__ Você não tinha tido experiência antes?

T__ Não tinha tido experiência antes... como acompanhante terapêutico, na verdade eu fui formada nos moldes dos manicômios.. eu fiz estágio no Raul Soares, eu trabalho hoje no ambulatório do André Luiz que é um Serviço aberto, que nada tem a ver lá com a parte interna do Hospital, né. É um Serviço independente... mas em termos de...

C__ e lá é dentro do hospital?

T__ E no meu caso, por exemplo, eu não tive oportunidade de trabalhar em CERSAM, eu tive oportunidade na Urgentemente de fazer estágio de 12 horas, no final de semana e também prestar os serviços de sacolão, pagamento de contas, supermercado, fazer esse tipo de coisa

dentro da moradia protegida, montada inicialmente pela CASSI e depois a CASSI foi desmembrando da moradia protegida e a moradia passou um projeto a ser da Urgentemente que funciona até hoje, com ou sem pacientes do projeto da CASSI e, com particulares, também. Hoje nós já temos 3 moradias montadas: temos a do Santa Tereza que é a maior delas, com 5 pacientes, temos um paciente individual, mora numa moradia protegida, só ele, e agora acabamos de montar mais uma com duas moradoras que tá trazendo uma terceira para ajudar aí com a questão do diagnóstico, tem que ter um terceiro para dividir as questões... tanto financeiras, quanto psíquicas. Porque uma moradia protegida ela demanda os técnicos, os ats, de uma maneira constante, não a nível de ficar como instituição mesmo, mas tentar transformar, estabelecer uma rotina de casa, pra eles terem essa noção, de que eles moram numa casa, que tem contas a pagar, a economizar, tem um custo, então essa contratualidade que a moradia protegida dá, ela existe na medida da possibilidade de cada um dentro do seu quadro clínico.

C __ No caso... você tava falando da diferenciação entre o trabalho de vocês aqui, e o da casa, no caso da moradia protegida você vê aproximações...

T __ Ah! É muitas. Porque a gente começou aqui também, com toda... todo suporte de lá, né, a princípio e esse diferencial foi sendo dado porque BH é um lugar que respira muito Psicanálise, tem um movimento psicanalítico aqui dentro, você vai ver vários eventos aí, envolvendo psicanálise, não vai ver quase nenhum envolvendo terapia cognitiva, comportamental, você não vai ver quase. O próprio Jornal do Psicólogo a maioria são mais os psicanalistas que escrevem, são mais voltados para Psicanálise. Não vai aqui nenhuma defesa, isso não é fator de exclusão pra estar prestando serviço lá, nós temos pessoas lá que tem outras linhas de trabalho. Nós tivemos dentro do curso de acompanhamento terapêutico um modulo de psicoterapia de família, dentro da área sistêmica, então foi muito importante pra nós, pra saber lidar com as famílias hoje. Que é outro ponto básico de interseção no nosso trabalho, a gente estar fora, estando dentro o tempo todo. Muitas vezes você vai dentro da casa do paciente, e tem que saber transitar lá dentro e... estar com o paciente, estar com a família, sem se envolver. Porque uma coisa é você tá protegido aqui dentro desse setting analítico, vamos dizer assim, do consultório e você estar na rua, estar dentro da casa da pessoa, estar num supermercado, estar num ônibus lotado e o paciente vira e, 'Ah! Roubaram a minha carteira'. Quando você fala: "calma fulano, você precisa olhar com cuidado," , tira o zíper do casaco, mostra, sua carteira tá aqui. E aquela história mesmo que o at se coloca, se dá a ver no social, junto com o paciente mesmo. Você passa muitas situações delicadas...

C __ Tem alguma que tá,

T __ Essa que eu te falei... eu passei com paciente que eu acompanhava...

C __ Conta mais...

T __ A gente tava num ônibus lotado, saindo do Hospital dia que eu ia buscá-lo e nesse trajeto ele cismou que a carteira tinha sido batida, roubada. Eu virei pra ele falei : "olha, fica calmo que a gente vai olhar se isso realmente aconteceu. Vamos Desabotoar sua blusa?" , que era uma jaqueta cheia de zíper e ele não sabia onde tinha posto, bateu a mão na calça, viu que não estava na calça. Quando a gente abriu o zíper da jaqueta, lá estava a carteira, normal, beleza, sem problemas. E as pessoas não entendem, ficam ofendidas, ou riem da situação e a gente passa isso, tudo junto ali, sem maiores constrangimentos pra gente, porque a gente é preparado pra tá passando um pouco isso. Tem um outro caso, uma paciente ... moradora da moradia protegida, com interferências de família, não tava mais só com os ats, e aí a irmã cismou que tinha que ter uma cuidadora especial pra irmã ...e aí essa cuidadora tava indo e devido ao custo menor, ela passou a querer que a cuidadora ficasse lá e tentasse fazer a mesma coisa que o at faz lá. Só que deu errado. Porque ele não tá preparado, nem tecnicamente nem psiquicamente pra passar as situações que a gente passa na rua. Trata-se de um paciente X que tem um hábito de tá abraçando muito as pessoas, muito afetiva, até pela

erotização do quadro e tudo, e essa cuidadora passou uma dificuldade na rua, e não deu conta de manejar direito, porque não é preparada pra isso. Quando uma pessoa, um transeunte na rua é abraçado, fica erotizado com a paciente ela não sabe o que fazer, por quê? Ela não tem ... preparo técnico para tal. Uma coisa é você ficar colocando adoçante pro paciente toda hora, ficar ali de babá, aquela coisa tutelada até em termos de uma maternagem, isso não é o trabalho do acompanhamento terapêutico. O acompanhamento terapêutico pelo contrário, quer dar o máximo de autonomia até que se pense numa coisa de prescindir da gente, não precisar mais de nós. Ainda não houve um caso que você falasse: esse aqui prescindiu do at, muitas vezes circulam mais de um at pelo mesmo caso ou até dois ao mesmo tempo, depende da situação. Mas o objetivo é que eles pudessem prescindir da gente. É com essa verve do laço social que a gente trabalha com essa busca de uma hora a gente ser mais... possível...

C __ É nessa verve que você acha que A Casa (SP que eu falo) dá outras ... o que você pontuou que seria diferente?

E__ Nessas situações mesmo da gente escutar determinadas situações dentro da casa, o que é que traz determinadas situações dentro da casa. O que faz um deles querer ficar a noite toda acordado e isso incomodar os demais, o que faz com que cada um, um jogar coisas, um comprar cigarros em excesso e jogar o pacote fora, e jogar fora, o quadro clínico, o diagnóstico, a situação clínica psiquiátrica dele, é um algo que nos remete a tá tendo supervisão toda 5ª feira, a tá discutindo cada caso, a tá atendo as transformações psíquicas deles a partir de um determinado acontecimento, um deles que tem a pensão reduzida, ou tá brigando pra isso não acontecer, que é um caso que eu particularmente acompanho. São situações que o at vai se deparar e como isso vai interferir no quadro do paciente e no projeto terapêutico que a gente leva junto com o paciente. São questões que a gente discute muito, e que vai redirecionar o caso, uma palavra que a gente tem usado é repaginar o caso. O que é repaginar o caso. É muitas vezes trocar todos os ats que trabalham naquele caso, mudar de casa, um paciente que nunca frequentou o Hospital dia passar a frequentar, essas coisas... que nunca foi internado na vida, porque a família não precisa, quando você coloca ele no circuito, “olha você também precisa, não é só os demais não” na casa . Essa convivência que não é familiar, porque eles são todos de família diferente, que não é de amizade, porque não são amigos, não é de irmãos porque eles não são irmãos, não é de uma república de estudantes porque eles não são estudantes. É uma casa, uma moradia onde eles compartilham custos financeiros mas também custos psíquicos.

C __ Agora eu tô percebendo, quando eu perguntei da Casa eu tava perguntando da Casa de SP...

T __ Lá eu não tenho conhecimento profundo pra te falar não...

C __ a ênfase,

T __ a nossa ênfase é bem, de escutar que maneira o quadro clínico tá caminhando pra que a gente consiga caminhar também no projeto terapêutico do paciente. Às vezes a gente tem que se retirar, se afastar porque o paciente fez uma crise, foi internado. Eu tô com caso de paciente agora assim, o paciente tá internado, o acompanhante sai de casa e só vai voltar em casa no momento da volta dele no cotidiano. Então, assim, são coisas que a gente lida com elas...

C __ Nesse caso, quando eu perguntei, eu achei interessante o contraste. Porque uma prática quando chega em um contexto ela vai se aclimatando, e aí talvez ...você falou “a gente teve as orientações de lá” e tudo, mas você nota algumas diferenças... vai chegando de um jeito e vai...

T __ E o contexto é a rua mesmo! O lugar de trabalho do acompanhante é justamente a vocação pra circular na cidade. Inclusive eu fiz o texto sobre o contrato social, apresentei no Congresso mineiro de acompanhamento terapêutico em 2002, mas eu não tenho o texto aqui pra te mostrar não.

C __ Eu li aquela revista...

T __ O meu não saiu na revista não, porque a revista foi publicada antes do encontro, e os textos do encontro ainda não foram publicados. E esse é o meu texto.

C __ Eu participei desse encontro...

T __ Eu apresentei o texto, na minha sala tinha pouca gente, um texto interessante porque fala dessas situações que a gente passa, no ônibus, no supermercado, leva eles ao médico, fazer exame de sangue, fazer isso, fazer aquilo. A gente é uma espécie de algo que tem do familiar, sem ser. É algo que tem a ver com essa disponibilidade de estar ali, pra fazer um trabalho, que se você for olhar ali, no senso comum você: puxa vida esse sujeito não tem um irmão, um tio, uma mãe que possa levar ele pra fazer um exame de sangue dele? Não tem, e tem. Percebe? Fisicamente existem, mas ...

C __ Na função...

T __ Na função psíquica da família como romance familiar como dizia Freud, como o par, parental, pra ir lá fazer, o máximo que a gente quer é fazer que a família venha a fazer muitas coisas que o at faz. O objetivo muitas vezes do projeto é esse: a gente sai de cena pra família entrar.

C __ Na sua prática onde você localiza que isso já foi viabilizado alguma vez, sei lá, em algum caso, ajudou a fazer isso que você...

T __ Até agora, nesses 5 anos, tem um caso, aliás, dois casos que a família se faz presente muito em função dessa maternagem de vigilância e tudo, “fulano de tal comeu bem? Dormiu bem?” liga muitas vezes na moradia pra verificar, mas assim, pra fazer um programa, um almoço de Domingo em casa... hoje a gente tá tendo um caso que tá acontecendo isso lá. A família hoje já consegue sair, viajar e voltar e ter um trânsito de distanciamento com ele sem ser maternal e participar da vida dele sem ser aquela cola. E tem uma outra paciente que a irmã é muito preocupada, muito consternada, “como que ela tá?”, mas assim, na hora da crise não dá muito conta não. Sai de cena mesmo, mas é assim, é preocupada se ela tá comendo, se ela tá dormindo se não tá. Leva no médico, preocupa quantas gotas, quantos miligramas ela toma por dia de cada medicação, vai lá, não deixa que ninguém faça, os cuidadores façam, que além dos ats, tem os cuidadores que não são, de preferência nenhum técnico, pra não Ter essa conotação de institucionalização demais, né. Se você por um profissional de enfermagem lá, ótimo, eles sabem lidar com remédio, mas se você põe uma cuidadora, quebra mais essa coisa institucionalizada e dá mais cara de uma casa, que é o objetivo, que a casa seja casa.

C __ Mas nem sempre... você tá falando bastante desses pacientes que estão nas moradias, mas a ...o acompanhamento dos ats...tudo ... que está na moradia tem o at?

T __ Tem.

C __ Mas vocês atendem outros sem estarem na moradia?

T __ Também, esse que tá internado, por exemplo, ele mora no centro de BH. Eu pego ele em casa, faço a programação com ele e ele volta pra casa. De volta pra casa... se puder que é o programa do Governo Federal que tá aí pra fazer a desospitalização do SUS que vai ao modo deles, eu até cheguei a participar um pouco, desse programa lá do CRP, mas não fui adiante não, porque eu tava um pouco apertada de horário, não tava tendo tempo, mas essas casas já são comuns aí na cidade. A diferença é que são 10 moradores, pra um coordenador dar conta, muitas vezes, sem acompanhante. Lá na nossa, temos cada morador tem seu acompanhamento terapêutico, tem suas horas definidas limitadas pela CASSI que a gente pode fazer...

C __ quantas horas vocês fazem? Ou depende...

T __ Depende do projeto de cada paciente, tem paciente que são quarenta horas, tem paciente que são sessenta, na medida em que o paciente vai ficando autônomo, vai diminuindo. Entendeu? Ou se precisar vai aumentando, às vezes as 90 horas tem outro at naquele caso, e divide essas horas entre eles. O projeto é monitorado pela Urgentemente através dessas supervisões...

C __ As da 5ª feira, em grupo?

T __ Elas são feitas semanalmente e a gente tá lá pra tá discutindo, a relevância dos casos, às vezes as recaídas, às vezes a gente retorna ao Hospital. É interessante que a gente vai em enterro do familiar que às vezes morre, onde a gente tiver que prestar o serviço de acompanhante a gente tá lá. Mas são situações muito interessantes, a gente às vezes a gente vai dançar também na Camponesa, com quem tá indo, a gente vai ao Paralamas, a gente vai ao Parque Municipal, a gente vai ao zoológico, ou às vezes não vai, o paciente não tá dando conta, você faz um suco, faz um almoço. Eu já fiz um almoço na casa da paciente, porque ela teve um desarranjo intestinal muito grande durante a noite, eu cheguei lá a cuidadora tava pura roupa para lavar e não tinha como fazer o almoço, eu fui pra cozinha fazer o almoço. Então é... o que é isso? É clínica não é, o que é isso? Ficam perguntando pra nós se acompanhamento terapêutico é um dispositivo clínico? Eu não tenho dúvida que seja, não tenho mesmo.

C __ Você falou no início uma coisa...é um familiar, sem ser, dentro de uma tensão...

T __ Familiar sem ser da família, tem funções familiares ao familiar, sem ser o familiar. Então é uma posição muito tênue que a gente toma, então é complicado.

C __ Se se pergunta: onde tá o clínico? Você fala: eu tenho certeza que tem. Se fosse pra falar mais, onde tá então...

T __ Eu penso que tá muito nessa coisa da gente escutar as tensões psíquicas do paciente que às vezes não permite que faça aquilo que foi programado. Tá marcado hoje pra fazer o sacolão. “Ah! Mas eu não tô bem, eu tô na escala de hoje mas eu não vou não”. “Ah! Não vai não quem pode ir por ele porque hoje ele não tá bem”, aí aparece um que vai, ou, você chega na moradia e diz: “hoje é dia de fazer o sacolão, quem tá na escala não tá bem, quem quer ir? “ah, então vocês vão ficar sem verdura a semana inteira, porque ninguém quer ir comprar”, ou, o dinheiro da caixinha é 50 reais por semana, 40 pro sacolão, 20 pra ficar na caixinha pra alguma eventualidade, vai fazer sacolão com 13 reais. Porque vocês gastaram ele com outras coisas, então essa questão da ética da responsabilidade... (fim lado A) o plus a mais que vocês estão querendo. Pode até Ter... fazer uma gracinha de vez em quando...

C __ Fazer essa escuta... é uma tradução que se passa, intervém traduzindo...

T __ É um cotidiano que numa casa de gente neurótica, como nas nossas casas, vamos dizer assim, é. Tá sem sacolão? faça outra coisa. Ninguém tá afim de ir? não tô afim não. Mas existe uma rotina ali que se não acontecer, não acontece nada. Porque a tendência do paciente psiquiátrico o que é? Dormir, comer, deitar e ficar acomodado. Se você não coloca sabe? funções na vida dele ao dia, ele não faz nada, ele não sai de casa. Agora descobrir que tem vida lá fora é muito interessante! Por exemplo, tem uma outra at colega nossa que... acompanha um paciente que hoje ele já tá participando de um campeonato de xadrez, ele não vivia sem internar. Ele ia lá na Urgentemente só pra pedir a internação toda Sexta feira, aí quando a médica falou toda Sexta feira você vai internar, aí ele arrumou outra coisa pra fazer, porque liberou, né. Tá fácil. Então assim, são coisas, contando assim, fica um pouco complexo de você vê o dispositivo clínico atuando ali, mas a escuta é flutuante. Tem horas que tem você ver, é pontual numa determinada coisa. Esse mesmo paciente, o problema da carteira que eu contei o episódio, a primeira vez que eu acompanhei ele, ele é usuário de álcool, ex drogadito de drogas um pouco mais complicadas, e tudo, ele entrou dentro de um bar pra tomar uma água comigo, a gente entrou dentro de um bar pra tomar uma água comigo, a gente tomou uma água, a gente tinha ido a pé, aqui ó (mostra o tênis) a gente tô de tênis, a gente anda muito de tênis, acompanhante de salto não dá. Depende do dia, se for no Marista Hall pra ir no show do Paralamas, até vai arrumadinho, bonitinho, de carro, uma beleza, mas se tiver que transitar na cidade, tem que ser assim, algo que permita a caminhada. E esse paciente entrou nesse bar e falou: “vou tomar um conhaque” No primeiro dia que eu acompanhei ele, eu não conhecia ele direito. Eu falei: “se você tomar este conhaque, eu estou indo embora agora!” Ele nunca mais esqueceu, sempre que ele pode, ele lembra esse episódio,

porque a gente não tá ali para compactuar com o sintoma do sujeito. Você tá mais é pra deslocar, redirecionar, aí tá a função do analista que a Simone escreveu, nosso texto. Onde que é que baliza o at e o analista, nisso aí.

C __ É o texto que você falou que não saiu na Revista?

T __ Não é o texto que vai ser pro congresso do laço social.

C __ Fala mais, onde situa essa... Diferenciação da função.... at analista ...

T __ Na verdade é mais uma aproximação, uma contextualização, onde esses papéis são afins. Nesta pontuações que a gente faz porque tem que fazer, porque se não fizer não há trabalho possível. Outro dia mesmo uma das colegas contando que tava acompanhando essa paciente lá da moradia, que a irmã não gosta muito de liberar as coisas pra ela, e tal, libera o dinheiro e toda vez ela pára pra comprar as bijuterias, bijuterias, bijuterias. Quando ela viu que tava demais, ela falou: fulana, minha compra com você acaba aqui. “Ah! Porque eu vou comprar mais uma.”, não, agora o acompanhante aqui.

C __ Ela interditou mesmo... (riso)

T __ se não vai comprar até o dia amanhecer... isso é o que? A sessão não acaba? O acompanhamento terapêutico também tem um horário pra terminar, não só por causa do horário do relógio, mas o tempo do sujeito que tá colocado ali, o texto do sujeito que vai se fazendo nestas tensões do cotidiano que você coloca, é isso. Nós temos uma responsabilidade muito grande porque quando eu afirmo que há uma clínica aí, não é nem uma afirmação, não, mas um objeto de estudo que tá todo mundo atrás. Pode ser que venham detectar que não seja, mas que a gente tem exemplos claros de que se não houver uma escuta o trabalho não flui, isso é claro pra gente...

C __ ... embora na literatura cada vez mais apareça como modalidade clínica, pelo menos a literatura do at, se intitula mais como modalidade clínica. Tem um site do at, e quando eu fui entrar no site do at, tem outro site que o rapaz faz uma categorização e o at está como uma psicoterapia.

T __ Pois é mas cabe uma discussão aí, como é que um acompanhante terapêutico vai fazer Acompanhamento terapêutico dentro do consultório?

C __ Não que vai dentro do consultório, mas como uma psicoterapia. Como uma das psicoterapias.

T __ Uma modalidade.

C __ Apareceu desse jeito. É eu também fiquei assim, eu não tinha visto ainda. No site foi colocado. Na hora que entra, no link, é como se ele desse uma consertadinha, ele fala uma modalidade de intervenção, como se desse uma consertadinha... Você tava falando 5 anos, você atende aqui no consultório?

T __ Muito pouco, por sinal, porque tem poucos pacientes...

C __ É realmente, tá... a gente tava falando disso,

T __ É porque há uma tendência, né, se eu for olhar, eu trabalho muito mais como at, do que como psicóloga clínica. Tá entendendo

C __ Em termos de carga horária? Demanda?

T __ De demanda mensal, e a gente vai circulando aí...

C __ A que você atribui?

T __ As novas tendências de mercado pra psicologia. Esse modelo de consultório, pelo menos na psicose, ele é cada vez mais raro. Se o at, não for para rua, se o psicólogo não se dá a ver na rua, ele não vai ter espaço de trabalho não. Porque as demandas de consultório é muito mais pra neurótico, que tá a fim, quando consegue vim falar... eu fiz o curso de especialista em Saúde Mental da ESMIG. Na época a gente teve um módulo de epidemiologia, e tem estudos que entre o sujeito precisar de uma psicoterapia, uma análise e buscar, leva uns 5 anos. É pesquisa mesmo comprovada! Então nós vamos ficar 5 anos esperando o paciente

aparecer aqui? Difícil. E sendo que há uma clínica da psicose rolando aí, é uma clínica da psicose o acompanhamento terapêutico.

C __ Esse paciente no caso, ele é... você falou que ele tem uma dependência química?

T __ Teve no passado até de xarope. Hoje é uma coisa mais light, ele não é mais. Ele é do álcool.

C __ Depois ele desenvolveu um quadro psiquiátrico...

T __ Depois não, desde sempre, a coisa vem andando. Só que isso só se esclarece, agora. A pouco tempo...

C __ Com o trabalho...

T __ O trabalho da clínica que foi sendo construído. Tanto no acompanhamento psiquiátrico dele, tanto no at e com atendimento de família que é feito lá na Urgentemente, também é que foi se construindo a história psiquiátrica desse sujeito.

C __ Porque antes, até você me deu um pouco também essa noção, o trabalho foi muito da desospitalização da clínica Urgentemente e você com 5 anos até pode dar essa noção um pouco, você acha que tem modificado essa demanda? Tem chegado mais pacientes que não tem histórico de hospitalização e que vem por esse caminho da desorganização psíquica via dependência química? Ou, você,

T __ Tem. Tem chegado casos que filhos de pacientes está desencadeando caso, sobrinho de paciente está desencadeando o quadro. Aí já sai do rol do Hospital psiquiátrico e já entra dentro das famílias e já entra dentro das novas gerações e os conflitos vão aparecendo e vira um algo mais mesmo!

C __ Porque o papel inicial, até dentro da História mesmo, foi um gancho com as reformas, com a desospitalização, mas agora já,

T __ O psiquiatra mais atento, ele pode ter um excelente recurso de tratamento pro paciente dele, se ele inserir um at. Se ele tiver mais modernizado com as novas técnicas, se ele tiver mais atento a isso, se for uma pessoa mais sensível a isso, ele vai conseguir escutar de maneira bacana o seu paciente, e vai inserir esse profissional aí, de uma maneira muito ética e muito bacana que vai fazer com que o paciente dele tenha ganhos reais com a qualidade de vida. Porque a psicose é a degeneração, a demenciação, a falta de perspectiva, aquela história que eu falei que não acontece nada. Tomar o remédio, dormir o dia inteiro e comer excessivamente, virar aqueles sujeitos imensos. Aí vem os atípicos, os remédios mais novos, que fazem um controle da obesidade, que já diminuem as impregnações, aí um médico bem atento e atualizado ele monitora essa parte e, via acompanhamento terapêutico já dá um suporte melhor pro paciente e a família toda, todo mundo tá nesse balaio, tem que participar. Tem assim, muitas aspas nesse tem que participar, porque eu tenho paciente que eu acompanho que a família vem pagar as contas, só. E tá pago. Tá feita a participação dela, mas se isso que ela dá conta a gente não vai por uma camisa de força, venha participe. É muito singular, né. A gente tem que tomar cuidado pra não ficar um discurso mesquinho. De achar que a família tem que tá ali. Tem nada! Ela não dá conta de tá, como é que ela vai tá! Pra isso existem outros profissionais aí, circulando no social e no mundo, pra gente poder tentar dar conta e ajudar. Tentar dar conta com o que a gente puder. Que é o nosso trabalho, a nossa análise pessoal, as nossas supervisões, a escrita do texto do sujeito.

C __ No caso lá você falou do at e o psiquiatra. Esses pacientes além do at, algumas vezes a gente lê, fala-se do acompanhamento de um psicoterapeuta, no caso pelo que eu tô vendo é o psiquiatra e o at?

T __ E também às vezes, o terapeuta.

C __ Na maioria das vezes você tem percebido que essa rede é mais constituída pelo psiquiatra e pelo at.

T __ Não, na rede cabe todo mundo.

C__ Mas não é algo, obrigatoriamente,

T__ Não, obrigado não é, vai depender muito do psiquiatra que conduz o caso. Se de repente ele perceber, ele vai lá na clínica participar da discussão dos casos, muitas vezes ele é convidado a tá lá, os que aparecem vão, os que não tem um modo particular de trabalhar, porque também a gente não pode impor. Então o que acontece, muitas vezes aparece lá pras discussões: um neurologista, a psicóloga que atende o paciente em psicoterapia, o médico que olha a parte clínica do paciente,

C__ aparece que você fala na reunião?

T__ aparece na reunião na 5ª feira, porque às vezes o caso tá emperrado, às vezes o caso pára, vamos ver o que é isso, vamos reduzir as demandas, as ofertas. Às vezes tem psicoterapeuta, 3 ats, psiquiatra, Centro de convivência, Hospital dia, não sei o que. Tem um leque de coisas que o paciente fala assim, “não vou fazer é nada” ele mesmo se perde, ele mesmo mostra pra nós, porque a oferta tá demais, aí tem que reduzir. Porque não dá conta, é demais pro psicótico. Tudo que é demais é de morte. Ninguém dá conta.

C__ Vai achando...

T__ a justa medida, porque muitas vezes o excesso, peca e põe o caso a perder. Ou às vezes a retirada total, teve família que já falou assim: “deixa do jeito que tá, não vou mexer mais, o paciente volta pra crise, volta de novo, vai , o caso se perde, aí a gente tem que tentar resgatar o caso, resgatar a família, é, olha, exatamente aquela arqueologia do inconsciente, você vai tirando as camadas, vai tirando, vai tirando, chega lá você... encontra alguma coisa, mas você vê que ainda tem que retirar mais camadas, porque você não conseguiu chegar em alguma coisa. Às vezes dá um desbarrancamento, cai a terra em cima de novo, aí você tem que começar a retirada de novo. É assim, tem gente que vira e pergunta: ‘ah, seu trabalho te dá prazer?’ claro que sim, se não eu não tava nele não! Se você não tem a tal da vocação pra circular, se você não se cuida na sua análise pessoal, se você não estuda, não atualiza, se você não descansa... então assim é preciso estar atento, o tempo todo. Se a gente vê que a clínica do consultório dá um certo conforto, né... não tanto, porque as questões daqui são tão difíceis quanto as lá de fora, mas em termos assim de você tá menos exposto ao social... não digo que é tão fácil ou tão difícil assim estar lá não... é preciso Ter a tal da vocação... a nossa área de psicologia ela tem essa permeabilidade que muitas vezes ela, no acompanhamento terapêutico é benéfica. Por exemplo, muitas vezes, tem gente que faz acompanhamento terapêutico que não é psicólogo é terapeuta ocupacional. Às vezes pode ter um pedagogo, um psicopedagogo, vai ser bem vindo, mas...

C__ A Clínica forma...

T__ Psicólogos e TOs, médico não, nunca fez

C__ Mas é aberto aos profissionais de saúde...

T__ é uma permeabilidade que é até rica, porque muitas vezes aquele at traz coisas pra nós muito interessantes pros casos, mas às vezes também traz algum comprometimento quando ele não domina muito a psicopatologia. Ele vai Ter que estudar um pouco mais... a gente já vem com essa bagagem...

C__ Dá um diferencial sim...Muita coisa hein! o nosso horário, acho que na carta eu até coloquei, mais ou menos 1h. eu acho que teria muita coisa ainda pra falar, mas acho que você já trabalhou tanto, certamente, hoje, acho que tenho a agradecer

T__ Eu não sei se consegui o que você tá buscando, aí.

C__ Na verdade, é tudo isso, são esses trânsitos, essas idas e vindas...esses ... da profissão... do papel do at.

T__ É uma coisa que eu queria tá registrando é do papel do at é a psiquiatria estar aberta a receber os profissionais que querem ser ats e tem potencial pra fazê-lo, e a clínica trouxe particularmente pra mim coisas onde eu pude experimentar coisas que como estudante eu não experimentei, que foi a possibilidade de ver os serviços abertos funcionando e participar

deles. Porque na minha época ainda não tinha essa abertura bem estruturada, e depois de formada, depois de 5 anos de formada eu fui entrando pra clínica com essa perspectiva de fazer o curso e a clínica abriu um espaço muito importante não só pra mim, mas pra todos ats que lá circulam

C __ Depois de 5 anos de formada você foi fazer o curso e depois começou a atuar?

T__ como at, se estar distante da área clínica que é uma coisa que eu sempre gostei.

C __ e uma coisa, já que você tocou nisso aí, como que foi, alguém te falou que tinha?

T__ Foi uma amiga minha, foi até interessante, ela me chamou pra participar de um seminário que tava tendo na associação médica, até com a presença do Nelson Carrozo que foi em 98, 97... não foi depois 2000, 2001. Porque em 2002 eu fiz o curso, nessa época ela me levou como curiosa, tinha ouvido falar, vamos lá ver o que é isso, eu trabalhava com a Psicanálise no Hospital, cheguei a fazer vários cursos...

C __ É?

T__ Na área da Psicologia eu só não trabalhei com a psicologia do esporte, o resto tudo eu já passei...

C __ Um leque...

T__ É, até chegar nesse ponto de base aí, de escolha que é a Saúde Mental e acho que tudo foi muito importante e é muito, porque o at se ele tiver essas experiências, ajuda bastante. Mas o que você tava falando? Como eu cheguei?

C __ É

T__ Teve esse seminário na associação médica, essa amiga me levou, eles divulgaram esse curso de formação que hoje não tem mais porque as faculdades hoje já tem essas cadeiras, né. A PUC tem a Newton onde eu me formei tem, A FUMEC também tem, na federal que eu acho que não tem.

C __ No caso o curso não tem mais?

T__ Não, tiveram 3 turmas.

C __ Qual o tempo? Um ano?

T__ Dois, cada turma dois anos. E a gente formava, apresentava

C __ e agora tá interrompido

T__ Tá interrompido desde a época que eu fiz, porque é muita coisa pra elas administrarem porque o curso é um curso com CH de 360, foi muitas horas, tinha que fazer estágio na moradia, tinha que fazer os acompanhamentos, tinha que escrever os textos, tinha que participar das aulas teóricas, tinha que tá escrevendo o tempo todo. Então foi um curso muito bem estruturado. E ele só não se repetiu ainda por razões particulares que eu não sei te dizer.

C __ Será que não tem perspectiva de...

T__ O último, a última situação agora de curso, é um curso que os ats vão dar pros cuidadores. Em vista as dificuldades que a gente percebe na prática deles, no manejo por desconhecer muitas coisas da clínica que pra eles vai ser um diferencial pra eles até.

C __ Os moradores que moram na casa?

T__ Que moram na casa, que prestam serviço na casa, que pode ser a empregada a cuidadora noturna, que o pessoal vai tá indo beber um pouco dessa situação de clínica pra poder saber lidar com os moradores. A gente tem um pouco de cuidado nisso aí, a gente se confunde pra não tá falando pacientes, porque na casa eles não são pacientes. Na casa eles são moradores, e outra coisa também que é muito importante a gente diferenciar, eles não são nossos pacientes, a gente não é psicoterapeuta deles, são nossos acompanhados, quer dizer, uma situação muito atípica que a gente vive, e tendo inclusive de Ter intervenções clínicas nisso aí. É esse o viés do mal estar que dá as vezes...

C __ E em situações do...nomeadamente vocês... eles são os acompanhados...e como você acha que eles sentem, o que o at é deles?

T__ Olha, é interessante sua pergunta porque como a gente circula pela cidade, e eu todo mundo me conhece, eu esbarro com muita gente pela cidade e curiosamente eu não moro em BH, trabalho aqui, estudei aqui, minha vida é toda aqui. E os meus amigos, as pessoas que eu convivo são todos daqui. E eu diuturnamente eu tô esbarrando com psicólogo, marido delas, filho, e tal: “quem é essa pessoa que tá do seu lado?” “minha amiga, fulana”, a gente apresenta como amigo da gente, porque o termo inicial se você pesquisar lá, quando surgiu na Argentina, aquela história lá, amigo qualificado, mas a gente atualmente tá tentando ver se tira essa história de qualificado, porque fica um amigo muito emblemático, a gente quer tá mais no cotidiano deles como alguém que auxilie e viabilize coisas com ele, é uma coisa muito acadêmica, “amigo qualificado” eu não vou apresentar a pessoa que eu tô acompanhando dessa forma... eu vou tá apresentando, o amigo qualificado somos nós, e eles nossos acompanhados. Não, eu não viro e falo: “estou com ela, minha amiga fulana...”

C __ Riso. E quando é com eles, como eles...

T__ Aí eles apresentam como acompanhante, se for um caso meio chapado assim, de muitos anos de manicômio e sabem que a gente é at, ou dependendo de onde eles estão “é a minha amiga”, é um pouco difícil pra eles, também...

C __ é...o at ele ocupa um lugar de...ele é fronteiroço...

T__ e a gente nunca colocam, ah, é um paciente que eu acompanho. Não. É uma pessoa que tá junto comigo, rodando a cidade, resolvendo a vida dele.

C __ Mas então deixa eu ... essa sua amiga te falou do curso você foi, fez, mas você já trabalhou com várias coisas, e trabalhava como psicoterapeuta no caso?

T__ É eu trabalhei com, RH, já trabalhei numa agência de prestação de RH pras indústrias de Betim, Contagem, eu tenho 10 anos de formada, e desde o primeiro período eu faço estágio, faço voluntário, faço coisas na psicologia, dou aula também, num curso de enfermagem. Já fui diretora técnica de um curso de enfermagem, já fiz muita coisa, é o que eu te falo, já trabalhei no Hospital Geral, no Mater Dei, no Santa Rita, eu era psicóloga, já trabalhei como analista de RH nessa agência de empregos já cheguei a atender 300 pessoas ao dia... b (Fim da (fita)

A fita acaba e como já estávamos encerrando, ela comenta que ainda vai ficar para ajeitar uns papéis e comenta que é difícil, fala então que o repassado a ela são 15 reais por consulta, também é muito trabalho pouca remuneração, pois o ônibus custa 1,60, se pegar 2 para vir dois pra ir, dá tanto. Diz que at demanda muito tempo, tem o CRP para pagar, tem o sindicato, que está caro. Fala também que não são registrados, são contratados.

Percebo que essas coisas ela fala por estar o gravador desligado. Parece então que tem um sotaque de reivindicação, dessa condição meio terceirizada lá, na clínica.

Entrevistada: Juliana

Cidade: São Paulo

Duração: 01h00min (média)

Data: 24/09/2005

Local: Entrada de cinema

C __...a idéia é falar mesmo da experiência do que tem sido, como essa história começou, do fazer mesmo cotidiano...

J __ Aberto assim? Sem tópicos?

C __ É...

J __ Então, fui me interessar na verdade, porque no terceiro ano da faculdade eu fui fazer curso de psicose, de acompanhamento terapêutico, eu fui fazer porque eu gostava muito de uma professora da PUC, ela me convidou e eu fui fazer o curso, e adorei assim, a gente começou a estudar psicose, eu fiquei super interessada, aí depois fui fazer outro curso de psicose, no CEP que durava um ano, e nesse curso tinha escuta clínica no Hospital psiquiátrico, toda semana. E eu comecei a me interessar por esse contato com a loucura e, gostava de ir no Hospital psiquiátrico,

C __ Sua graduação foi em?

J __ Isso. E, daí, não sei, a minha formação sempre foi voltada pra essa área da loucura. Na Escola Paulista, no ambulatório de depressão, fiquei lá um tempão, fiz minha iniciação científica lá. Já na faculdade, a partir desse curso que eu fiz no CEP, um professor meu começou a me encaminhar paciente de at, na época da faculdade. Então eu comecei a acompanhar, e já era uma coisa que eu sabia que gostava, eu nunca tive estranhamento, com louco sabe, medo, sabe essa relação assim? Essa relação meio... ali está um outro totalmente desconhecido, perigoso... pra mim é uma coisa tranquila, assim, então eu fui começando a fazer o at por aí, primeiramente esse professor que me encaminhava, fiz a seleção na Casa no ano 2000, passei, e lá pela Casa eu acompanho alguns pacientes mas a maioria dos meus ats são particulares, não é pela instituição. Lá mesmo eu só tenho 2 casos de lá e o resto tudo eu acompanho fora... Ah! Eu não sei o que te falar...

C __ Você falou da maioria ser particular, você começou na casa em 2000, depois surgiram esses pacientes...

J __ Particulares? É junto, é isso que eu tava te falando, antes de eu ir pra casa eu atendia 2 pacientes particulares encaminhados por esse professor meu, e não sei, aparecem umas pessoas que me indicam, gente que eu nem me lembro, psiquiatra que às vezes eu acompanhei um caso há uns 2 anos, aí o cara me indica. Professor da PUC.

C __ A indicação vem mais de

J __ Esse foi o professor do CEP, PUC no quinto ano eu fiz o núcleo de psicose, lá no 5 ano você escolhe o núcleo que você quer fazer. Eu escolhi o de fenomenologia e de psicose. E aí eu adorava, era super envolvida e quando eu me formei um professor do núcleo de psicose me encaminhou dois pacientes de at. Eu não sei, às vezes analista, por exemplo uma mulher, na época que eu fazia atendimento no São João de Deus, que é um Hospital Psiquiátrico que eu comecei a freqüentar, a partir desse grupo de psicose, eu conheci uma psicanalista lá, a gente trocava umas idéias, ela também me indicava paciente...sei lá, você vai formando uma rede, assim, hoje em dia tem uma coisa que eu sou at, até é uma coisa meio ruim que pra consultório você fica você é identificada como um at (riso), a coisa do consultório fica em segundo plano, e a clínica fica voltada pro at mesmo, e...

C __ É ... você não tá só na instituição, tá fora também,

J __ Tô mais fora do que lá, viu. Na verdade A Casa, eu até falo, eu evito pegar paciente, acho que tem muita tutela da instituição, da equipe, eu não concordo muito, às vezes, hoje em dia... com a linha de orientação da supervisão, tem muito atravessamento de lugares. O diretor, o dono do Hospital é ao mesmo tempo diretor da equipe de ats, ao mesmo tempo é psiquiatra de vários pacientes que ele indica pra equipe, ele fica dando ordens se deve ou não deve fazer, e eu não consigo acompanhar assim, dá uma tensão, eu fico super, eu detesto assim, o at é aquele espaço da liberdade, deixar, tipo taoísmo, ta meio esvaziada como uma dança, quando vem uma coisa muito institucionalizada eu não consigo trabalhar.

C __ Interessante isso que você tá trazendo... e aí você sente, nos casos dos pacientes que são encaminhados, que você sente essa atmosfera da tutela, vai criando esses atravessamentos, nesses outros casos que você acompanha, você acha que dá uma diferença, até no seu,

J __ Muita diferença, porque primeiro eu acho que você fica mais livre, todos os pacientes que eu faço um acompanhamento fora, eu faço um trabalho familiar, todos, eu não sei a acompanhar sem fazer esse jogo com a família. Você começa a ver a loucura, a entrar na casa do cara, você vê o lugar que a mãe coloca o cara, o lugar que o pai e a mãe colocam se colocam, qual a função da loucura daquele filho. Então você começa a ver as coisa e aí você vai trabalha com o cara ele volta pra casa e em cinco segundos o cara é colocado naquele lugar e o trabalho é praticamente em vão. Então eu sempre faço trabalho com a família, sabe assim, reunião com os pais, o tempo inteiro eu, a temos que fazer uma reunião. Sabe, tem um paciente meu hoje em dia, que os pais se separaram, a gente tem que fazer umas reuniões os caras se separaram, teve uma revolução, então eu não tenho muita regra, eu vou sentindo e vou fazendo. Lá na casa eu fico mais aflita, porque eu sei que tem uma determinada concepção, eu fico mais tolida, mais apreensiva...

C __ no caso em relação a esse trabalho, é a dois, é com pai, essa mãe, é atuar mais junto a eles, lá tem uma perspectiva que focaliza mais o paciente?

J__ Porque lá é assim, o cara ta lá e tem um terapeuta da instituição que é um terapeuta de família, que aí ele cuida dessa, é tudo compartimentalizado parece uma empresa com a divisão do trabalho, sabe, uma coisa meio “Tempos modernos”. Você fica lá com paciente meio alienadinho, não sabe se o terapeuta ta fazendo aquilo que deveria ser feito, fica uma sensação de que, aí você não pode invadir o espaço do cara, porque tem toda uma ética, você não pode ir lá e começar a fazer umas coisas porque quem deveria fazer é o cara, mas você tá vendo que a coisa tá enrolada... Então, é muito difícil assim pra mim, porque se eu tô trabalhando com uma família e eu sei que tem um terapeuta de família que atende, eu não tenho nada a ver com esse cara. “Aqui não é terapia de família, eu tô trabalhando por esse cara, tô vendo que tá acontecendo isso e eu preciso conversar com vocês”, terapeuta de família, eu não tenho nada a ver com isso, e eu sei que eu não to invadindo espaço de ninguém, fico tranqüila. Lá na casa não, já fica aquela coisa cheia de dedos, não pode ...

C __ Ah... tá ... nesse seu fazer, esse moço que você falou, você começou a dar um exemplo, aí

J__ tem um monte de exemplos, cada loucura!

C __ Então conta! desse ou de outros ...

J __ Esse paciente eu acompanho ele há seis anos, ele veio indicado pela analista da mãe, a mãe sempre falava de um jeito queixoso muito preocupado, cara que não saia do quarto, gordo, gigante, assim. E tava meio pirando, ouvindo vozes, aí indica pra um at, eu vou lá e levei um susto, o cara gordo, um negrão assim, gigante. Deitado na cama, parecia um ogro, o quarto fechado, eu entrei, parecia uma cocotinha, assim, e eu já comecei a abrir a janela. E o cara não conseguia nem falar, parecia um ogro. Pra você ter uma idéia eles davam comida pro cara, ele nem descia, era um monstinho que era cultivado e a queixa da mãe é que ele ouvia música muito alto, também, incomodava. Comecei a trabalhar com ele, toda vez aquele quarto fechado. Aí tinha a questão com a sexualidade, o cara não sabia nem o que era um corpo, super... aí a gente comprava revista de play boy, o se masturbar dele era comigo, a gente ficava os dois na mulher com o dedo na vagina, e aquilo era transar, aí às vezes eu ia com um cuturno, (telefone toca) aí um paciente... Aí eu via que os pais não falavam com ele, era muito estranho, ele parecia um animal, ele não tinha nenhum lugar ali na casa, ele não conseguia chegar nos pais, morria de medo, aí eu comecei a fazer umas reuniões. Era uma casa assim, os pais não se falavam, era assim, o pai ficava na sala, a mãe na cozinha e o monstinho lá trancado, ninguém se falava naquela casa, era muito esquisito. A gente começou a fazer umas reuniões familiares e eu fui mostrando pros pais que não era o fulano que era o louco, o problemático, mas que ali tava rolando alguma coisa que não estava acontecendo, que não se dava, não se dava na família que na verdade ele nunca tinha sido olhado no lugar de um filho, não tinha nenhuma oferenda de amor, nada, o cara era uma tragédia. Falar dos pais que

também a relação deles me chamava atenção porque não existia, ela só existia a partir do problema que era o fulano, então ela só se falava a partir de um problema que era o fulano, não conseguia nunca. Enfim, a gente foi trabalhando, foi muito louco, o fulano começou a se colocar, se colocar, cada vez mais e começou a falar e chegou num dado momento que eu percebi que a mãe e o pai, tavam com alguma coisa que era deles, o fulano tava na reunião como espectador. Aí eu perguntei pra eles se tava precisando, eu fazia reunião com os pais até que chegou num momento que eles decidiram se separar, que o casamento era uma mentira. E depois que se separaram... nisso o fulano tinha arrumado um emprego, trabalhou um ano e meio, eu levei ele pro CAPS Perdizes, ta indo pra lá, ele sai conversa, dá risadas, tem medo é humano assim, um cara gordo. Mas ele se humanizou, então eu fui conversando com a mãe, mostrando o olhar que ela dava pra ele, aí eu conversava com o pai, e comecei a fazer at com o pai, comecei a fazer at com o pai e o fulano, faz uns dois anos, saio com os dois assim. O pai ama ele, de paixão, tem loucura com ele, todo dia liga, quer ver, uma coisa muito louca, mudou muito, ele fica muito feliz. Ele na verdade continua lá com as questões dele, mas o que mudou foi muito essa dinâmica familiar, o lugar dele na família, só isso que mudou, não foi muita coisa. Ele começou a sair de casa, mas isso é tudo, né. Você não precisa fazer muita coisa, por isso que eu acho que você ter um liberdade e ir sentindo, agir, aí você tá na instituição que te boicota esse movimento, você pára de ser at. Você vira um terapeuta que vai na casa da pessoa, que sai, mas at pra mim traz toda essa mobilidade, essa possibilidade de trânsito, ter as diversas relações, instituições, diversos saberes, então você vai no psiquiatra, você ficar com vontade de... poder fazer tudo, eu não conseguiria trabalhar diferente, assim. Esse aqui (que ligou de novo) é um caso super grave, um paciente super obsessivo, fica um, dois, três, um dois, três... eu não sou gay, não sou gay, dá porrada, é super violento, mesmo. Ele tem uma questão com a homossexualidade porque o pai dele, é casado com a mãe, é uma bicha assim, dessas muito loucas, só que não assume que é gay. É casado, então fica uma questão pro cicrano, que ele não consegue formular, quer dizer, hoje em dia ele fala disso, de um ano pra cá eu ...chega de mentira. Eu me reunia com a família sempre com o pai e a mãe, eu tentava conversar, falar, sobre o cicrano, mas é impossível. Um dia liguei pra mãe e falei que o fato é que tem essa questão, vive no corpo, ta o tempo inteiro tentando se haver com essa questão, ritualizando, pra não ter que se haver com a possibilidade de ser gay, ta vivendo a pergunta que o pai não consegue fazer. O pai, na minha opinião é um homossexual, enrustido. Eu falei, sinto muito entrar nesse âmbito com vocês, teve uma época que eu exigi que vocês fizessem terapia de casal, eu vou ter que entrar nesse âmbito com vocês, vou ter que entrar numa coisa que eu não queria, mas não vai ter jeito. Aí ela me contou uma coisa que ele é gay, totalmente assim, o fulano não sabe disso. Então o cara é muito louco. Ele já bateu em várias pessoas que tentaram falar isso com ele, fica muito nervoso, o pai ser gay, mas ele nunca me bateu, tem alguma coisa que faz um breque. Mas ele já ficou muito bravo comigo, assim, já ameaçou, mas nunca encostou um dedo, aí eu to trabalhando, que ele vive a pergunta que o pai não consegue fazer, que ele insiste em absorver, porque a gente não pode de repente perguntar se o pai é gay, ter a dúvida, “fulano, você já responde, você não pode ter a dúvida”. Ele já responde com os rituais, “você vive uma pergunta que talvez nem seja tua... a gente não sabe”. Aí com esse pai, eu ligo, deixo recado, uma época eu exigi, se não for assim (riso) saio do caso. Eu sou meio, quando eu começo a ver que a coisa não tá acontecendo do jeito que tem ser eu não consigo, eu me sinto enrolando as pessoas, fazendo uma coisa que eu não acredito, enrolando os caras pra que...ele morava com o pai e com a mãe, ele tinha um ritual, sempre que ele via o pai, se trancava no banheiro e se batia, se batia muito e vomitava pra descarregar o ódio, e na hora que ele tava se batendo ele colocava uma foto do pai, a camisa aberta, assim, dizendo “eu não sou gay, eu não sou gay!” uma loucura, e o pai ficava enchendo o saco dele, parecendo uma, a casa parecia um bordel, o pai batia na mãe, no fulano que batia, “eu não sou gay, não sou gay!” uma loucura total. Eu falei, se o

fulano não sair de casa eu tô fora. De uns dois anos pra cá ta morando sozinho, bem mais calmo, do jeito que ele era, era desses caras que saia na porrada, ele é um toquinho, assim, pequenininho, bate aqui em mim, mas ele é forte, bravo, se fica nervoso... No Hospital Psiquiátrico na época que foi internado ele dava porrada em todo mundo, tinha que amarrar ele... desesperado.

C __ Esse paciente foi uma indicação da analista da mãe...

J __ Esse quem me indicou foi um professor do CEP. ...Eu gosto muito de fazer at, as pessoas costumam falar, “ah, mas não é muito cansativo”, pra mim não é, te juro, de coração, pra mim é como água, eu fico, às vezes muito triste, dá algum problema, fico chorando uns dois dias, sei lá, ... eu fico super... é uma coisa que mexe muito comigo, eu não sei explicar, eu lido bem, eu gosto, não é um esforço, eu gosto muito.

C __ Sei...É o at que você tem se dedicado mais, ou você tem a experiência paralela?

J __ Tenho. É Eu atendo no consultório o que eu tava te falando, o consultório é uma experiência muito devagar, eu tenho 3 pacientes no consultório, são pacientes que já tá, faz 2 anos, mas eu tenho uma puta insegurança no consultório, aí já é mais difícil pra mim no consultório, mais esse coisa de ter um movimento mais de escuta, sabe? Não tanto de ... posicionamento, você não tem essa liberdade, seu lugar é muito definido. É um lugar de analista, de que analisa. E gosto assim, porque eu gosto de ouvir os outros, mas eu já fico mais insegura, sabe, paciente às vezes que me indicaram paciente pro consultório, eu vejo como desafio, at, não, indica eu falo: “tô em casa”.

C __ É diferente, geralmente é o contrário...

J __ Eu sou muito espontânea, falante, o consultório eu fico mais tolidinha, acho que eu fico assim, um robzinho, dá mais trabalho, eu preciso muito mais de supervisão de consultório do que de at. At eu dou conta dos casos, quando dá um pepino eu faço uma supervisão, às vezes acontece, eu tenho muito mais questão no consultório.

C __ Parece que você experimenta uma liberdade de fazer, criar... tem os da casa e tem os seus e como fica o números de vezes... o número de ats, como você...

J __ Eu vou sentindo, e hoje em dia, na verdade os pacientes que eu acompanho faz muito tempo. Um tem 5 anos, outro faz o mais recente é um que foi encaminhado agora, faz uns 4 meses, nem é psicótico é um menino totalmente perdido, bem, parece que tem 12, o tanto que ele é intelectualmente pobre, mas é um cara super, parou no tempo, totalmente tanto que ele é, um cara assim, parou no tempo. Mas em geral com esses pacientes, hoje em dia eu acompanho uma vez por semana, eu já acompanhei mais, hoje em dia, o fulano eu já acompanhei mais, o beltrano já acompanhei duas, não vou me retirar do caso porque tem muita coisa pra fazer, mas enfim, uma vez por semana

C __ A sua experiência mostra que você fica um bom tempo, cinco anos, seis. Estes tem pacientes da casa ou da sua rede?

J __ Tem uma da Casa que é a fulana que eu tem uns 4 anos e meio, tenho loucura por ela, (riso) é uma paciente antiga, tem o fulano que é um paciente da Casa, uns 3 anos.

C __ E no caso lá a vinculação que tem?

J __ A gente trabalha lá como autônomo, e até ta mudando essa história, eu nem sei, eu sou tão alienada dessas coisas, eu sou pouco indicada pra falar sobre isso. Eu sei que a gente é autônomo, não é de carteira assinada, e agora a gente tá num processo lá, que esse mês a partir de outubro a gente só recebe se emitir uma nota fiscal, a gente tá sendo obrigado a abrir uma empresa, uma pessoa jurídica, por uma questão de imposto ...

C __ Uma empresa?

J __ É você pode ir ao cartório e abrir uma empresa jurídica, só que isso implica em pagar muito mais imposto, você tem que pagar um contador, todo mês... E a gente foi colocado na parede, lá porque a equipe de ats é o departamento que mais movimenta dinheiro lá, por

incrível que pareça, é em torno de uns vinte mil reais por mês. Porque lá ...(fim lado A) eles estão dizendo que não estão podendo arcar...

C __ Porque têm uns outros trabalhos lá...

J __ È a Casa é Instituto de Pesquisa em Saúde Mental e Psicossocial, A Casa.

C __ Quem fundou continua?...

J __ São três diretores, o Nelson Carrozo, psiquiatra psicanalista, Beatriz Aguirre que é uma argentina psicanalista e a Regina Benevides que ela psicanalista mas ela fica mais na administração, ela não cuida muito da Clínica. Dentro desse Instituto pessoa jurídica. Tem a parte de HD, tem o depto de acompanhamento terapêutico, tem o depto de pesquisa, que eles chamam de pesquisa, que na verdade nem existe mais isso aí, seria a parte de pesquisa, escrever, essas coisas, ensino, porque hoje a parte de ensino que tem lá, ela é oferecida pela equipe at, te dentro do depto de at. Porque hoje, os cursos, as jornadas, tudo isso então, entra como...

C __ Quando você entrou você fez algum curso lá?

J __ Não, eu já entrei trabalhando. Teve a seleção, entrei como at...

C __ Das leituras, dos livros de at, como você vê... desses que a gente tem contato onde você busca...

J __ Eu gosto de ler, mas eu não tenho uma vinculação forte com a Psicanálise, eu gosto muito de filosofia, mais do que psicologia (riso) devia ter feito filosofia. Porque eu acho a Psicologia meio balela, coloca o ser humano numa posição muito limitada, acho meio, a própria Psicanálise, acho brilhante, os caras que fizeram a Psicanálise, Winnicott, Freud mas pra mim, do que eu vejo ali, não dá conta assim, eu não tenho muito como te dizer especificamente, mas a minha nutrição, vamos dizer assim é muito mais da filosofia. Gosto muito de Heidegger, de Nietzsche... Também tenho preguiça dessas coisas de trabalho, assim, por exemplo, preguiça por que eu acho... a... burocrático, eu não consigo imaginar uma coisa “ temos que escrever trabalho, produzir”, fica uma coisa pra mim burocrático e artificial. Então você tá num caso, você cria uma questão, escolhe uma teoria pra você bolar alguma coisa pra apresentar pras pessoas...eu acho que... a maioria dos trabalhos que eu leio, às vezes, não me dizem nada, pode parecer meio arrogante, mas não...não é aí que me acho mesmo. O livrinho da Casa, eu gostei muito, faz tempo que eu li, esses dois livros, porque lá eu acho que eles conseguem fazer reflexão sobre o at que transcende essa, “ai, como lidar com questão do corpo!” sabe essas questõezinhas que ta careca de ouvir..., “um caso de obsessivo”, (riso) sei lá essas coisas pra mim, me dão um pouco de preguiça, acho meio balela...

C __ É, até porque os livros são feitos a partir de ocasiões de trocas... gente diferente, é um momento... não tem a ver com aquilo que você tava falando, de tudo...

J __ Compartimentalizado,

C __ Você acha que isso é um jeito de pensar, lá, um modo de pensar a clínica, fulano faz isso, faz aquilo...

J __ É, talvez eu tenha sido um pouco radical, eu sinto isso, mas eu não sei se é isso. Tem isso... o nosso supervisor por exemplo, por isso que eu te falo é muita mistura de coisa, ele é terapeuta de família e muitas vezes trata paciente do HD. É uma coisa super estranha, o cara ta ali, é o meu supervisor, e eu vou lá fazer trabalho com a família, sendo que ele tá dizendo que tá fazendo, então, teoricamente não é o seu lugar, você tem que tá lá com o cara, mas você não vai sentar com a família pra conversar. Então isso existe, ninguém nunca virou pra mim: “ você não pode fazer isso”, mas em movimentos espontâneos, que te fala: “ah, não precisa, ele trata com terapeuta de família”, não existe essa regra, mas existe esse jeito e se você é sensível a isso, já sabe, fala bom... e pra mim que não consigo de forma alguma me ver isso, sem fazer isso, vendo o que tá acontecendo lá, eu sei lá, acho muito difícil...

C __ Então, desses casos que você atendeu fora e dentro... o que você diria que muda, o que é diferente no meu fazer...

J __ Acho que esses exemplos que eu dei mostram que na verdade essa... quando você tá fora da instituição você não presta contas, não tem um terceiro pra ficar prestando contas da tua clínica... Porque o paciente não é da instituição, o paciente é teu. Com você mesmo assim, tem uma certa responsabilidade, se você fizer cagada, você vai arcar com isso, sozinha. Pra mim isso é ótimo, porque eu detesto ter que prestar contas, mesmo que eu faça uma grande cagada e aí fica um pouco pra Casa, eu prefiro assumir a cagada, ficar com a cagada pra mim do que de alguma maneira ter que ficar lá (riso)

C __ riso

J __ com esse paizão assim... eu sempre falo lá que a Casa peca por esse excesso de onipotência, em relação aos pacientes, de cuidado, é psicotizante nesse sentido, ela quer dar conta de tudo, controlar tudo, então se você vai sair de férias lá, os pacientes da Casa é um problema. Meu, as mãe chamam, berram, “aí mas como vai sair de férias?” eu nunca vivi isso com os meus pacientes, to “saindo de férias” então, “boas férias, Juliana querida”, “quando você chegar, então tá marcado”, tem uma castração, a pessoa sabe que é você ali, você é um ser humano, você fica doente, tem dias que não pode ir, na Casa parece que não pode ter essa brecha, da falta, então se você não pode, vai um coleguinha te substituir, “ah você fez alguma coisa, não sei o que, vira a mãe no Hospital Dia e diz assim: “ ah, mas a at não sei o quê e, não sei o quê” fica uma coisa meio infantilizante, assim. (Fone toca, ela interrompe um pouco,) pausa... Eu tô atendendo um paciente agora, vou ter a terceira conversa com a mãe dele semana que vem, primeiro que eu falei pra ela, quando você quiser, me procura, eu fui na casa dela um mês, eu já saquei várias coisas, falei pra ela, de uma dinâmica que rolava com ela e ele, pra ela ficar atenta. O cara foi criado numa grande mentira, o pai se matou quando ele tinha 4 anos e falaram que ele sofreu um acidente, o moleque até hoje não sabe. E o moleque fala, “eu não confio em ninguém”, a mãe virou homossexual e não falou pro moleque, quer dizer, eu falei “que lugar que você dá pro seu filho?” Ela falou, “eu tô esperando ele crescer” por isso que ele é um bebezão, assim, falei “cara, se liga”, o cara não é um bebê sozinho, você cria um bebê dentro de casa, entendeu? Eu fico dando esses toques assim, eu chamo, converso. Lá na Casa teu já teria que ter mais... terapeuta familiar... “você poderia por favor” e as vezes não é a linha do cara, ele não acha o que eu acho, e aí o que eu faço, fico com aquilo engolido, vejo a merda acontecer? Nesse sentido acho que eu sou meio... ver uma coisa que é tão óbvio que a pessoa fala, não, não é assim. Aí eu não consigo assim, achar que a pessoa tá certa, nesse sentido eu sou meio onipotente, é assim, porque é assim, é tão claro que é assim, e eu sempre acho que eu tô certa (riso), mas é ruim por um lado, eu tenho uma dificuldade que eu tenho em trabalhar em equipe, não com os ats, mas quando tem uma hierarquia, tem um cara que você tá vendo que precisa falar e o cara “não, porque eu não tô vendo isso..” aí pra mim o trabalho já morreu, porque aí eu vou tá me sentindo na mentira, porque eu vou tá compactuando com o negócio, eu tô vendo que não é o que deve acontecer, e eu fico lá numa farsa, na mentira, o cara mais doente...

C __ Esses pacientes geralmente são mais graves, psicóticos ou,

J __ O único que não é grave, é esse menino que eu tô te falando que o pai morreu, é um caso que eu nem entendo direito ainda, tô patinando, o moleque é meio bobo, meio chato... Eu não tenho nenhuma ponte verdadeira com o cara, tudo ele, não agüenta, como ele sempre foi poupado da verdade, ele parece que vai destruir, bitolou... mas o resto são casos muito cabeludos...

C __ Nessa sua prática sempre aparece isso, ou... porque antes uma demanda que existia era, vamos reinserir, a historia da desospitalização... embora você conta um pouco disso, de ajudar o moço a circular, transitar mas com as décadas...até pela novas leis, não tem nem onde “internar”, você acha que pode se dizer, novas demandas...

J __ Acho que sim, acho que o at virou uma coisa muito mais plástica, não tá tão voltado pra psicose só psicose . Tem uns casos atuais eles são muito diferentes assim, patologias meio

narcísicas, assim, transtorno alimentar, pânico, depressão. A gente tá recebendo muito caso de idoso, assim, é muito curioso, de uns três meses pra cá a gente recebeu uns 5 casos de idosos, uns 4 casos, então tá tendo uma procura, acho que o at,

C __ Você atende algum?

J __ Eu queria, mas tem uma menina lá na equipe que ela não tá querendo pegar muito caso de psicose, caso de idoso a gente deixa com ela, ela não tem muita loucura, e como eu gosto muito de loucura...

C __ Curioso, o que será que esses idosos tão chegando...

J __ Eles vão perdendo um pouco esse negócio, vão perdendo um pouco, vão ficando nesse lugar tutelado pela família, infantilizado, perdendo autonomia, poder de voz dentro na casa, fica um psicoticozinho, sem ser psicótico, o mesmo lugar assim...

C __ Muita coisa... como tá o horário? Tô vendo que você tá olhando aí preocupada...

J __ É, eu marquei com uma amiga...

C __ Mas é isso. Acho que (olhamos as horas...) tá na hora mesmo... eu agradeço muito, a disponibilidade... (desligo o gravador)

Entrevistado: Marcelo

Cidade: São Paulo

Duração: 50 min (média)

Data: 23/09/2005

Local: residência do entrevistado

C __ Então, a idéia dessa conversa é falar da experiência cotidiana, do fazer, das experiências...

M __ quando eu comecei, até fui procurar também pela Ana Rita: “comecei a ser at, eu sei que você foi, como é que isso?”... uma coisa meio por acaso, nunca tinha feito curso. Na verdade assim, até perguntei pra ela, comecei junto com a Ilda, a gente escreveu isso, saiu numa revista do CRP, contando desse paciente que a gente chamou de Renato. Mas era paciente grave, adolescente ela procurou por nós na Oficina. Não sei se chegou a conhecer a Clínica lá? Na Oficina anterior que tinha montado eu, Marília, a gente fazia trabalho de Oficina Terapêutica, ela procurou a gente pra encaminhar o Renato pra Oficina. Só que aí, a gente começou a conversar, eu me interessei por ele, aí depois a mãe veio, conversou com Marília, combinaram e, deu certo, então: at. Ela me telefonou e “você quer ser at?”, “at?” , “é pensei”, “o que faz?”. É mais ou menos eu tinha feito um rudimento quando a Oficina tava em greve. No período de greve da UFU, pra gente não perder os pacientes, a gente foi em dupla na casa de cada um. Era a única experiência que eu tinha tido. Aí, comecei a ser at dele. Um rapaz de 14 anos, maior que eu, encontrei com ele o ano passado o menino com 16 anos, um gigante. Mas menino, de toda forma, menino. Quando eu comecei, então, um período de crise, violento, tentando... não se matar, mas fazendo coisas que se colocava em risco, um período difícil. Ele com muita demanda, sabe. Coisas do tipo assim, eu ia lá e ele (riso), depois de alguns encontros ele até fala assim: “você não pode vir de bermuda, pra gente jogar bola?”. Espera, mas tá difícil demais, “psicólogo de bermuda não combina?”, até fui conversar com Ana Rita: “eu posso ir de bermuda?” (riso). Ela: “o que você acha? Eu não sei, mas pode ser, se você acha que é importante, vai!”. Muito por uma dificuldade de identidade, entre o psicólogo de consultório, de oficina ou de consultório de terapia individual, essa outra identidade tava começando a ser formar. O que um at faz? Não sei. Então, depois que eu constituí essas identidades de maneira separada, eu não precisava tá de bermuda com ele pra fazer o que fosse preciso. Pra sentar com ele no chão bater figurinha, jogar bola na rua, o que fosse. Nesse momento dessa dúvida, parecia incompatível, essa identidade de psicólogo com a identidade que ele me solicitava, que era diferente do que eu até então tinha feito. E foi muito

bom, um dos casos que eu mais me orgulho... de ter entrado na vida de uma pessoa, de ter feito diferença, de ter conhecido também a Ilda, ter trabalhado junto com ela...

C __ Vocês vão ao mesmo tempo acompanhando ele...

M __ Ela me falou do caso, eu tava justamente pensando no Cassorla, “um impasse necessário” ela tava contando o caso, eu falei isso me lembra isso, isso e isso, justamente... Chegou numa situação de impasse, por conta da condição que ele estava, ameaçar, agredir a Ilda, “sozinha eu não posso mais atender”. Então interrompe o atendimento, reformula a maneira de atendê-lo, acrescenta também o psiquiatra e depois disso, a hora que dá certa estabilizada, ele volta pro consultório. Ele fica com esse tri pé. O artigo é sobre isso, a formação de uma aliança de trabalho, entre at e psicoterapia analítica. Como é que a gente foi constituindo isso, qual a importância de segurar a crise e sair dela. Me ensinou muito. Eu acompanhava ele 3 vezes por semana, uma hora e meia, bastante, aqui, por exemplo, é até uma diferença da constituição do atendimento da Casa. É uma equipe, ninguém atende o mesmo paciente 3 vezes por semana. O paciente tem essa demanda, mais de uma at pra isso, no atendimento ele precisa de transferência, de outras, não de uma só, maciça. Se constitui espontaneamente uma referência, mas ... assim uma pessoa ficar... essa paciente mais antiga aqui, ela tem at 4 vezes por semana, mas são 3 ats, uma no sábado, uma que se repetia terça e quinta e uma na segunda. Não, isso que eu fiz com ... 3 vezes, muito... pra mim. Não que ele não precisasse, talvez precisasse mais até. Pra uma pessoa... é cara assim, de empenho que ele me exigia. De entrar numa família, meio louca, acabo pensando isso agora, que até se não tivesse uma válvula de escape que era o contato com a Ilda, que a gente poder sentar e conversar, isso e ela me falar, muito difícil de ... muito difícil de agüentar... de maneira produtiva. Com esse começo que fui procurar o pessoal do Trilhas que abriu um curso de at, fui fazer o curso com as meninas, também aprendi muito. Já tinha visto coisas da Casa, no curso, vi mais coisas aqui, é que eu fui ter a dimensão como é, é uma profissão, uma prática que tem uma certa teoria, já tem produção. Eu fui entrar em contato com a coisa mais organizada de ser at, contrato, quantas vezes. Até acho que esse contrato que eu fiz de 3 vezes, era muito um contrato de consultório... um contrato talvez de um at desvinculado de uma instituição... Se fosse a Trilhas elas fariam talvez um contrato parecido, mas com mais ats, por ser uma equipe. No começo quando eu entrei, comecei a fazer um curso eu, “mas espera aí, o mesmo paciente com pessoas diferentes?”, mas é uma exigência... Do caso, especificidade do paciente que vai precisar de acompanhamento terapêutico, é realmente uma diferença muito grande, fazer at lá e aqui, se não tivesse lá, não toparia...

C __ Lá... você fala,

M __ De ter experiência de ter atendido tanto tempo, um caso grave...

C __ Você falou assim, da maneira “organizada de ser at”... agora você tem uma experiência pra fazer um contraponto, você acha que funciona mais desse jeito distribuído, em relação a transferência... porque a experiência do Renato parece que foi muito rica... do jeito que foi.

M __ Tem os dois lados. Pra dar conta da entrada, no período de crise, precisava ser aquilo, foi muito exigente. Até essa temática da identidade, fazia supervisão e o supervisor situava bem isso, uma coisa é o trabalho de consultório, de Oficina que você faz e outro que tá se constituindo, paciência. Pra aprender e pra errar. Eu chegava lá e ele falava: “olha o que aconteceu?” ele: “o que você queria?”. Eu tinha que arrumar saídas... de um recurso que você tem, pra dar conta de uma situação inusitada, um pessoa em crise na rua. Uma vez, tava no começo e ele, “vamos andar de bicicleta”, “tá”. Vamos andar de bicicleta. Morava perto da Jacaraíba, sabe aquele primeiro morro da Nicomedes? que começa a descer e vai subir pra UNITRI. A gente vai ali e ele dispara na minha frente. E os carros vindo na contra-mão, sobem e descem, corria atrás e “pára”, não conseguia parar, ele querendo ir na frente, meio transtornado, assim, “então tá. Então agente vai, você vai atrás de mim, do meu lado”, e eu coloquei a bicicleta do lado e coloquei ele no meio fio e eu fui freando ele, pra ficar mais

próximo, não deixar ele romper. Depois que ele fez isso a hora que ele desceu chegando lá em baixo é como se ele tivesse precisado me colocar a prova, e, como se ele me desse o seu cartão: “você vai tá comigo na minha loucura?” e eu respondi: “tô, mas eu te protejo, você não vai fazer o que você quiser, também”, no começo é difícil...Respondi sem saber direito, mas deu certo. Foi bom. Perdurou. Trouxe efeito. Mas assim, o que era difícil: uma família muito complicada, e você estar 3 vezes por semana, isso certamente é a coisa mais... depois disso depois que passa um certo tempo, é mais fácil lidar com ele do que com a mãe. Mais fácil lidar com ele do que com irmão. Irmão mais novo, “espera aí, eu quero um desse, porque tudo é pra ele e nada é pra mim?”. Eu gostava dele, algumas coisas eu tinha que incorporar ele, fazer junto, outras não...a mãe queria que eu atendesse os dois...

C __ Nessa época você fala assim: “eu focalizava ele”, desse trabalho com o Renato, e com a experiência de agora, de acompanhamento, esses contrastes, em relação a trabalhar com o paciente e sua família, é parecido, continua o mesmo foco...

M __ Família é sempre difícil, toda família é complicada, as nossas já são... chega perto, brigas, quem tá de longe: “você tá brigando por causa disso?” você não sabe toda uma história por trás do “disso”, se junta pequenos detalhes e dá outro sentido, toda família é por causa de histórias assim. Essa mais... ou um pouco mais, com intensidades diferentes, também é, pela relação que estabelece, é uma relação de contrato, que te chama e te paga e quer que você faça uma determinada coisa. Que às vezes pra cabeça dela é uma demanda, pro paciente é outra. É uma coisa engraçada, por que esse menino, tinha repetido de ano. Não era porque ele tinha tentado se matar, agredido a terapeuta dele, não era porque ele tava absolutamente impossível. Era porque tinha repetido de ano. Isso era o meio do ano, ele tava indo mal, até então também. E a escola era cara, e no contrato era pra eu estudar matemática. Sim, matemática sim. “Claro, tô aqui pra isso!”, não tá louca, risos, eu nunca sentei pra estudar com ele. Uma vez eu fui conversar com a diretora do colégio, ela me chamava. Era também engraçado assim, chegava nos lugares, “Renato quem é esse?” “é meu amigo”, os meninos todos: “mas um amigo, uma pessoa que joga bola?”, juntava uma meninada.

C __ Ele tinha que idade? Você falou que era,

M __ Grandão, 14. e a demanda que vem de uma família desorganizada, que quer coisas e você vai seguir outras, do paciente. Até que ele passou de ano, mas não que eu estudei com ele, porque a condição racional dele melhorou, ele podia parar ali de estudar. Não fiz nada nesse sentido. Não passou não por minha causa, mas por uma situação que se organizou, eu psiquiatra, terapeuta. A mãe poder ficar um pouco mais longe, pra cuidar, atormentar menos. A mãe muito difícil, principalmente, o pai não morava lá, tinha pouco recurso assim pra ajudar... a diferença é que se fosse hoje, num trabalho de equipe. Primeiro eu tenho supervisão de at, eu tinha supervisão com supervisor que não tinha sido at. Essa diferença é muito grande, tá aqui, um lugar que já tem história, sabe lidar não quer dizer que não tem problema, dão. Mas é diferente estar numa equipe facilita, ter um apoio específico, é como se fosse menos amador. Com toda vontade clínica do mundo, de estar do lado de alguém, como um saber mesmo de como é, a clínica do at, vai aprender no dia a dia, é não, já ter um respaldo que te facilita. Você não precisa mudar de bermuda pra tá junto, ou então, você tá de bermuda não vai mudar seu papel...

C __ Então você vê especificidades, assim, ... em algum momento eu pensei, lá também criou uma equipe... terapeuta, psiquiatra...

M __ Tinha uma equipe no caso, mas não de acompanhamento, todo, essa paciente que eu atendo, uma equipe grande, são 3 ats, um psiquiatra da instituição. Agora, tem uma paciente, tá bem obesa, tem um endócrino, olha pro lado dele, puxa quer que a gente ajude ela a se cuidar melhor. Começa a ter risco de... 40 anos, fumante, obesa, sedentária, uma bomba.

C __ Esse endócrino não é permanente lá na equipe?

M __ Ele é endócrino dela há dez anos, ele já foi lá, a gente troca idéias. A equipe tem, pode ter diferentes configurações, tem pra dar conta de uma certa circunstância, da família que topa que contrata, quer pode pagar. Mas que também dá problema. Tanto a gente entre a equipe, pêra aí, começa a divergir, não larga o psiquiatra, porque ele queria fazer umas coisas, não acho que é por aí, o endócrino queria que a gente fizesse outras coisas, a gente coloca o nosso __ a equipe se organiza, mas a diferença é que pode voltar e remeter a nossa, pra pensar as nossas questões. Como ajudar ela, tal pra se cuidar. Sem ser a questão deles, mas por essa questão dela. Não é a gente que vai tá lá de madrugada, não é agente que vai fazer com que ela emagreça de fato, a gente vai fazer um papel pra problematizar essa questão, sem ser só o spa, que já foi, teve uma semana no spa, emagreceu, emagrece e volta tudo. A diferença de que haja uma equipe é de como pode tratar essas questões específicas, assim, eu tinha uma parceira, a Ilda gente ia discutir o caso, mas não tinha a quem remeter pra falar mais sobre at...
C __ fala um pouco mais dessa idéia de ter a quem remeter.

M __ Acho que as meninas tem ... entre elas, lá do Trilhas, elas tem entre elas, elas tinham um supervisor que é daqui, da Casa, o Maurício. Faziam supervisão por telefone, conferências por telefone... Como diz... você poder falar de consultório, assim, supervisão de consultório, você vai poder falar: “eu disse isso, eu falei aquilo, ai ela mexeu um braço assim, ai me veio não sei porque tal pensamento, eu fiquei calado, ela falou outra coisa, eu disse outra” são sutilezas da relação que quando você conversa com a pessoa que também é desse meio, ela também vai tratar disso, há sutilezas do acompanhamento que não dá pra conversar com a terapeuta. Não é pra conversar supervisor que não é at, ele vai falar mais das angustias do que das sutilezas. Compreende, é como se uma certa história...

C __ Por exemplo, algum... o Renato foi com esse grupo de referência que não tratava tanto das sutilezas e sim da...

M __ da minha angústia.

C __ traz um um exemplo, então... que traz a sutileza.

M __ Ah! Essa mesma que eu contei da bicicleta, dessa cena, “vamos pra lá, andar de bicicleta”, se eu conhecesse um pouco mais... , ah, acho que é difícil conhecer, porque acho que no segundo encontro (riso), também quando a gente ficou lá,

C __ Se conhecesse mais ele, ou mais (riso)

M __ Como ser at, é acho que aconteceria a mesma coisa em qualquer situação, porque é ele. No primeiro encontro a gente ficou num quarto assistindo vídeo game, no segundo, vamos andar de bicicleta, “tá” nunca ia imaginar que ele ia sair enlouquecido, andando de bicicleta. Depois na hora de conversar sobre isso, com supervisor, ele falou muito menos de como poderia ter contornado, de como eu poderia fazer posteriormente, se ele... é assim, “o cara tá em crise faz assim?” ele cuidou muito mais do meu pavor diante do inusitado do que me dar conselho técnico, “você podia... não faz isso, não sai, espera pra sair” “se a pessoa tá em crise, não sai sem tá acompanhado com alguém. Não sai só vocês dois” antes, pergunta pra família se pode, se ele tem saído, se não tem. Como é que você pode fazer, aonde ir. Faz um contrato prévio, “então, tá, vamos dar uma volta no quarteirão”, saindo desses limites você já podia, trazer, “opa! Vamos voltar” maneiras de poder contornar. Dar conta do inusitado? Não. Aquilo aconteceria de qualquer jeito, mas não aconteceria outras coisas, então, não tem esse repertório... de possibilidades, de histórias de at. Talvez as meninas do Trilhas teriam, tenham o pessoal daqui tem. Tá em equipe pra discutir isso especificamente. Eu ia lá pra discutir o caso, ele tá assim, fala de transferência, de procedimento, de... de algo muito menos conhecido... Atuação de consultório tem muito mais literatura, de at tem menos... essa dificuldade, essa diferença, tá remetido à uma equipe, que acontece caso, até na entrevista pra seleção da casa, eu ... “conta uma cena de at”, essa a primeira. Se eu contasse essa história lá “faça isso com meu paciente...” (fim lado A)

M __ não necessariamente que você tenha que estar em equipe... Mas ter uma supervisão mais...

C __ Então hoje, em sua prática, você se sente mais sustentado,

M __ É, pela equipe, e pela minha história, também, eu atender lá há um ano e pouco, um ano e meio, aqui tem dois anos...

C __ Você já começou a trabalhar... Esse caso, por exemplo, tem outros ats...

M __ Tem a supervisora que é a Julia de equipe, e é at dela... Tem uns 8, 9 anos, história bem comprida...

C __ Você dois anos, também, é um bom tempo. Um desses dias, ao telefone, você comentou de concentrar mais no final de semana, o trabalho, até fiquei curiosa o que acontece ...

M __ Lá em Uberlândia, até falaram que estão organizando um evento... um outro at, no final de semana, é muito intenso, sábado à tarde, à noite, domingo, outras pessoas atendem. A história dela... Resolveu sair de casa, fez parte da República. Essa paciente foi uma das primeiras moradoras da República, precisava sair de casa, ... Hoje ela mora sozinha, cuida da vida dela, mas ainda assim, precisa, sabe? A relação dela com a família é muito difícil. Então, acaba que... no final de semana eu entrei pra...na entrevista, eles “você vai entrar pra atender esse caso, no sábado à noite, você topa?” eu “uh! Fim semana, vou adorar!” (riso). Pra tá cobrindo um espaço de tempo, que ela não saia de casa. De sexta a segunda não saia de casa. Entrei pra trabalhar no sábado. Assim, direto, três dias, sem fazer nada. Uma dificuldade de prazeres, assim, vamos dizer... Hoje tá bem melhor, culturais. Antigamente ela nem via novela pra não entender a história, pra não se envolver na história, saber o enredo, que aquela personagem se desenvolve no tempo... Hoje ela até me pergunta, “você assistiu a novela tal, a personagem tal?”. (Riso). Eu “não”, “Você não sabe as notícias?”, ninguém entende que eu não tenha televisão, “como? É de outro mundo?, você não vê notícias, não?!”. Eu vejo internet, eu leio jornais. Nesse começo, nem ela não tinha um certo prazer com televisão, nem com livro, então, foi ... Começou a ficar meio paranóide, assim, então, ela acha que as pessoas estão estragando as coisas delas. Primeiro ela saiu da República e foi pra um apartamento todo badernoso,

C __ Antes da República ela tava...

M __ Com os pais, ela ficou dez anos, ela ficou na República.

C __ A república foi um tempo, né?

M __ Dez anos, ela ficou, depois desativaram, ou doze anos. Fechou e ela foi pra casa dela, mas deu problemas antes, dentro da República, ela só tinha que cuidar do quarto dela, eu conheci ela na República. Eu chegava lá, o quarto tinha armadilhas na porta, derrubavam um maço de cigarro, derrubavam, não sei o que. Sabe? Ela muda pro apartamento dela, tinha que dar conta do apartamento inteiro, então gerou sabe assim, do tipo que sei lá. Esse risquinho aqui, “foram eles que entraram aqui e estragaram?”. Agora, imagina isso no apartamento inteiro. Qualquer coisa. O aparelho de som, o sofá, a dobra no sofá, essas pluminhas aqui... alguém tá puxando, alguém tá desfiando. Ela ficar em casa, criando isso, é terrível, começa a fabular, fabular... “alguém tá fazendo isso porque alguém mandou, porque isso, porque aquilo...”, sempre quando eu chego lá, no sábado, ela vai mostrar, “olha aqui, você acha que foram eles?”. “Deixe eu ver direito” ela “não olha desse lado”, sabe esses risquinhos que dão reflexo na luz, que dá em coisas de alumínio, olha desse lado, tá arranhado... “tá feio? você acha que foram eles?”, “eu acho que não foram eles não”. “Lá em casa também”, “na sua casa também tem isso?”. Tem um certo ritual, sabe, tá bonito, ainda tô inteira, sabe presta pra alguma coisa, ter prazer, sair, passear, jantar. Do costume dela, gosta de comer bem... a gente sai pra isso. E ela fala nossa! Não só eu, mas quem tá ali e chega e tira ela desse terror, desse, pessoas querendo destruir... No começo eu fiquei surpreso “uma esquizofrênica que sai de carro em SP” (riso) C __ Ela dirige...

M __ Dirige muito bem, sabe, paranóica, então, direção defensiva. Uma situação louca no trânsito. Do jeito dela, alguns caminhos se repetem, o mesmo caminho, dá volta, fazer o mesmo caminho, e ai meu Deus...

C __ E lá, você falou desse momento da reunião de equipe, de também, parece ajudar, ser importante...

M __ Tem dois supervisores, eu sou o último entrar na Casa. Os outros que entraram antes de mim, 5 anos, 4 a supervisora tá há 9, os outros 10, 11 anos. Uma diferença, é um conjunto, um substrato de histórias, interna e também para ouvir. Os encontros que a Casa organizou, tem trocas, tem grupo, grupo de estudo, de formação, acaba que isso... Tem uma terra mais fértil, mais trabalhada... Não existem terras férteis, sem serem trabalhadas... Existem, mas tem pedras, tem outras coisas... no meu caso, acho que até foi um bom começo, deu certo estar com o Renato lá, mas acho que se tivesse como, tirado essas pedras... Ainda que o que nasceu foi muito dessa disposição pra... muito grande, 'tô com você pro que der e vier". A crise precisa disso, exige. Não é que eu atendo sempre, paciente de outra colega, que tá em crise, formada em artes, tem uma cultura, quando eu acompanhei ela, sempre muito prazeroso, eu aprendo com ela. Tem uma PMD, mas quando ela tá em crise... fiquei com ela 4, 5 horas, depois pra trocar... com 24 horas, como é que você faz isso sozinho? pra evitar uma internação, tem uma história de internação, não queria ser internada e também não tem como, é caro, não tem como pagar at, 24 horas por dia. Teve um certo tempo, depois foi diminuindo, agora voltou. A Juliana que você vai entrevistar. A Juliana é a referência, quando essa situação da Renata se complica, tem esse pedido meio louco que olha: "quero você o tempo inteiro", a Juliana leva um pouco a disponibilidade dela... ficar com a Renata ... leva as duas. Eu já acompanhei ela algumas vezes...

C __ artes...

M __ Meu trabalho é com arte, falar disso, sempre a gente vai ver exposições. Portinari... me apresentou todas também... é uma relação de troca, porque não dá, no consultório, você fica ali pra ouvir a pessoa, você aprende mas, no at, você não ficar... Muda, não vai ficar na função analítica o tempo todo. Fala de mim, é óbvio, mas é diferente. Isso é uma sacada da Miriam, do dentro e o fora, pacientes que estão fora, são psicóticos, não há contato... Acaba que com ela e com outros aprende... vou, falo...

C __ Lá você trabalhava como at, em Oficina... aqui só como at ...

M __ Lembro de fazer certos ats na Oficina, eu e a Ligia, fazer piquenique, cinema, me orgulho muito de ter trabalhado na Clínica Oficina...

C __ Ricardo, bem acho que é isso... Trouxe suas experiências, de lá, daqui, falou da supervisão, da idéia de... a quem se remeter... Que ajudou...

M __ Não é que haja menos angústia, não, mas depois para além disso, são outros tópicos, até pelo tempo que a gente tem... de nove à uma da manhã,

C __ Riso

M __ à uma da tarde, é longa, é muito longa (riso) Pra falar de at. Não é esse tempo todo de supervisão, mas assim, se não é do grupo, projeto, é o que nos une... no consultório? Não. Falar de at.

C __ Obrigada ... pela disposição geral... é isso.

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de
Catalogação e Classificação / mg / 04/06

A473t Alvarenga, Cérise, 1975-
Trânsitos da clínica do acompanhamento terapêutico (AT):
da via histórica à cotidiana / Cérise Alvarenga. - Uberlândia,
2006.
146f.
Orientador: João Luiz L. Paravidini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uber-
lândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Psicologia aplicada - Teses. 2. Clínica - Teses. I.
Para-
vidini, João Luiz L. II. Universidade Federal de Uberlândia.
Pro-grama de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.99