



Danilo Marques da Silva Godinho

**Clínica em movimento:
cidade e política da amizade no AT**

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2017



Danilo Marques da Silva Godinho

Clínica em movimento: cidade e política da amizade no AT

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Carlos Augusto Peixoto Junior
Orientador
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Esther Maria de Magalhães Arantes
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Marcelo Santana Ferreira
Instituto de Psicologia - UFF

Prof. Luis Antonio dos Santos Baptista
Instituto de Psicologia - UFF

Prof. Carlos Eduardo Estellita-Lins
ICICT - FIOCRUZ

Profa. Monah Winograd
Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 17 de fevereiro de 2017.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Danilo Marques da Silva Godinho

Graduou-se em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2007). Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Área de atuação profissional: clínica particular (consultório e acompanhamento terapêutico) e docência universitária.

Ficha Catalográfica

Godinho, Danilo Marques da Silva

Clínica em movimento: cidade e política da amizade no AT / Danilo Marques da Silva Godinho; orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior. – 2017.

186f. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2017.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Acompanhamento terapêutico. 3. Cidade. 4. Reforma psiquiátrica. 5. Política da amizade. I. Peixoto Junior, Carlos Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Para Cíntia, meu pilar.

Agradecimentos

Ao Carlos Augusto Peixoto Junior, por não doutrinar o meu tempo, sendo companheiro na semeadura deste trabalho.

Ao grande e eterno amigo Felipe Bó Huthmacher, por me inventar acompanhante terapêutico.

À Casa Verde, onde cuidando fui cuidado: todo o meu tributo.

Ao Sérgio, Jean e Diego, por serem inspiração, descoberta e desafio. Por me lançarem a novos diálogos com a vida.

À minha mãe, por habitar em mim mais do que pode imaginar, estrela da vida inteira!

Ao meu pai, pelas caminhadas de mãos dadas nos entardeceres da vida, vivência boa e feliz que carrego comigo; e mais, pelo modo amoroso com que me conduziu até aqui, acompanhando-me em tudo o que faço.

Ao Jonas, presente da vida, melhor amigo! À Laila, amizade gostosa e leve trazida por Jonas, obrigado pelas traduções e revisões.

Aos tios Cristina e Luís, esteio da vida! Gratidão profunda pela leitura atenta e crítica dos meus trabalhos.

À família Godinho, fonte do brincar.

À família goiana, árvore nova de bons frutos: vó Maria, Cida, Erley, Lucas, Samara, Renato, Max e Débora.

À Ana Márcia e Virgulino Lampião, por me acolherem como afilhado.

Aos colegas do Doutorado, especialmente Lucas Nápoli, pelos bons papos durante os cafés.

Aos grandes amigos: André, Antônio, Carlos, Cid, Conrado, Daniel (Paes, Saito e Senos), Denise, Eduardo, Fábio, Fafá, Fátima, Fernando, Gui, Ivo, João, Luciana, Marcelo, Patrick, Paulinho, Pedro, Saulo, Shala, Silvia, Vitória e Yara, por me acompanharem vida afora. Amizades apuradas nos barris do tempo!

À Solange Jobim e Souza por generosamente abrir os caminhos acadêmicos, cultivando em mim o desejo pelo conhecimento.

À Marcelina e Verinha, mais que secretárias, companheiras sempre dispostas a acolher e ajudar.

À Capes, pelos auxílios concedidos para que esta pesquisa fosse realizada.

Resumo

Godinho, Danilo Marques da Silva; Peixoto Junior, Carlos Augusto (Orientador). **Clínica em movimento: cidade e política da amizade no AT**. Rio de Janeiro, 2017. 186p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

No percurso desta tese buscamos analisar a prática do acompanhamento terapêutico, visando investigar as especificidades que compõem este dispositivo clínico. Para tanto, nos empenhamos em refletir acerca da relação estabelecida entre acompanhante e sujeito acompanhado, tendo-se a cidade como cenário. O AT desponta como estratégia de intervenção eminentemente clínico-política, a qual reúne, em uma mesma abordagem, questões relacionadas tanto aos processos de subjetivação, quanto ao domínio mais amplo da cultura. A sua potência interventiva reside em compor novas modalidades relacionais pautadas por uma política da amizade, a partir das possibilidades abertas pelos espaços públicos.

Palavras-chave

Acompanhamento terapêutico; cidade; reforma psiquiátrica; política da amizade.

Abstract

Godinho, Danilo Marques da Silva; Peixoto Junior, Carlos Augusto (Advisor). **Moving Clinic: city and friendship policy in the therapeutic follow-up care.** Rio de Janeiro, 2017. 186p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

In the course of this thesis, we seek to analyze the practice of therapeutic follow-up care, aiming to investigate the specificities that compose this clinical device. For this purpose, we aspire to reflect on the relationship established between the carer and the person being cared, having the city as a scenario. The therapeutic follow-up care emerges as a highly clinical-political strategy of intervention, which gathers, in a single approach, questions related to subjectification processes and to a wider cultural domain. Its interventional potency lies in composing new relationship modalities guided by a friendship policy, originated by the possibilities opened by the public spaces.

Keywords

Therapeutic follow-up care; city; psychiatric reform; friendship policy.

Sumário

1.Introdução	10
2. O acompanhamento terapêutico como dispositivo clínico inserido no âmbito da rede de cuidados em saúde mental	18
2.1. A loucura como doença mental: normatização e práticas de exclusão	20
2.2. A Psiquiatria Democrática italiana e suas repercussões no cenário brasileiro: desafios político-clínicos no âmbito dos saberes e práticas em saúde mental	32
3. A cidade nossa de cada dia: o acompanhamento terapêutico na cena urbana	55
3.1. Industrialização e urbanização: o fenômeno das multidões	56
3.2. Os usos não programados do espaço: inspirações conceituais e metodológicas para o campo do AT	70
4. A clínica do AT: transicionalidade e interjogo na arena sociocultural	102
4.1. A filosofia da linguagem de Mikhail Bakhtin: intersubjetividade em questão	103
4.2. A Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo em Donald Winnicott e suas interfaces com o campo do AT	110
5. Política da amizade na clínica do AT	145
5.1. A importância do vínculo afetivo em Sándor Ferenczi: inovações clínicas em prol da elasticidade da técnica	146
5.2. A amizade como estratégia clínica: o primado da afetividade no AT	161
6.Considerações finais	175
7.Referências bibliográficas	180

O mundo é salvo todos os dias por pequenos gestos. Diminutos, invisíveis. O mundo é salvo pelo avesso da importância. Pelo antônimo da evidência. O mundo é salvo por um olhar. Que envolve e afaga. Abarca. Resgata. Reconhece. Salva. Inclui. (A vida que ninguém vê, Eliane Brum)

1 Introdução

Em casa, ouço repetidas marteladas que vêm não sei de onde. No início, penso que o novo vizinho, alojado no apartamento logo abaixo do meu, pode viver de trabalhos manuais e me dou por satisfeito com a hipótese. Porém, a regularidade do barulho incômodo vindo de sua casa, somado aos gritos e objetos, quebrados com violência, me fazem levantar suspeição. Pausa. Dia desses, acordo com o vizinho berrando e olhando para o alto. Caía uma chuva torrencial. Eu o observo, atônito, pela fresta da janela. Eu o vejo, ele não me vê. Como o vizinho havia brigado com outro condômino na semana anterior, penso que o fato é a continuidade deste episódio. Volto a dormir, satisfeito com minhas elucubrações. Pausa. Encontro o vizinho na rua de nosso prédio. Como havia desenvolvido uma boa relação com ele logo no início de sua chegada (ofereci-lhe até mesmo a senha da internet para facilitar sua vida durante alguns dias), busco saber se está tudo bem. A indagação caminha no sentido de me mostrar solidário, pois efetivamente me preocupa o constante barulho de quebra-quebra vindo de sua casa, além das marteladas, que se intensificaram, inclusive no meio da noite, acordando-me muitas vezes de sobressalto, coração quase saindo pela goela. Neste momento minha dúvida é sincera e preocupada, quase uma oferta de ajuda. Com olhar fuzilante de ódio, o sujeito dispara sua verdade: “eu só martelo como revide ao seu barulho!”. Frente ao meu silêncio perplexo, explica que o barulho que ele faz é uma retaliação, visto que eu e “minha senhora” (minha companheira) não param de fazer barulho um momento sequer ao mover todos os móveis de lugar. Se tivesse uma terceira pessoa com uma câmera na mão, filmando o momento, sem sombra de dúvida ela registraria com um close a minha cara de incredulidade, focando o tamanho da minha boca aberta. Em tom de segredo, o vizinho ainda emenda: “Hein, me diz uma coisa, você tem treta com a Rede Globo e com o WhatsApp, né?”. Desconversei e arrumei um pretexto para ir embora, tudo se tornava mais claro para mim. Pausa. Os meses que se sucederam beiraram o infernal. Os gritos, o quebra-quebra e as marteladas eram script constante. Num outro episódio, no meio da noite o vizinho bate com força em minha janela com um cabo de vassoura, grita, acorda o prédio inteiro. Está indignado com o barulho que eu e minha companheira supostamente fazemos ao arrastar os móveis a todo tempo, não o deixando dormir. Quer chamar a polícia, esbraveja, mas não o faz. Está agressivo e se não é segurado por outro vizinho, quase entra em minha casa e me agride fisicamente. Neste dia quase não dormi. Tentei buscar todas as explicações possíveis para o fato que me acometia. Busquei racionalizar. Busquei entender. Busquei justificar. O que encontrei foi um imenso e profundo silêncio a minha volta. De certo que se eu morasse sozinho, teria a certeza de que estava ficando totalmente louco. Um louco que escreve uma tese sobre a loucura. Daria até um conto! Pausa. Durante este processo, muitos foram os sentimentos que brotaram em mim: ódio, asco, pena. Atravessado por esse emaranhado afetivo, ainda tinha que desenvolver meu trabalho como psicólogo e acompanhante terapêutico, além de escrever a bendita tese, cujo argumento é a urgência de afirmar que todos nós, supostos normais ou supostos anormais, temos o direito de estar uns com os outros, temos o direito à vida pública, temos o direito a ser o que somos, com nossas delícias e dissabores, alegrias e tristezas. Essa era e ainda é a minha aposta mais verdadeira. Mas a loucura nunca havia estado tão perto de mim, adentrando a vida privada sem passaporte. Era mais fácil lidar com a loucura do lugar de profissional. Lá, deste lugar, me sentia mais protegido. O fato é que estive a beira de envolver a polícia, o serviço de saúde mental, qualquer entidade reguladora da vida pública. Mas sabia que havia grandes chances de uma intervenção dura, isolacionista, estigmatizante. Até o momento, lido com o caso tentando manejá-lo da melhor forma possível, no esforço de não alimentar e reforçar negativamente a produção delirante de meu vizinho: frente às suas investidas, pouco me posiciono, limitando ao máximo as trocas com ele, e, quando o faço, é para dizer-lhe que não quero que grite e esmurre a porta de minha casa. Afinal, é uma realidade todos os barulhos escutados por ele, ao menos, faz parte de sua realidade subjetiva. Seria seu endereçamento delirante um apelo ao psicólogo do prédio? Como lidar com esta situação? Ainda atravessado por intensas dúvidas e pouquíssimas respostas, sigo com a hipótese de que estar no convívio público é um convite muitas vezes ácido, desorganizador, perturbante. Porém, é também o meu vizinho que me impulsiona a insights interessantes, me faz entrar em contato com afetos pouco conhecidos, me coloca à prova de meus

próprios argumentos. Sua diferença modula a minha posição, agora mais encarnada do que antes, de que é no espaço de encontro com o outro que os dissensos se apresentam, podendo ser criativamente remodelados. Como efeito dessa cena tragicômica, minha vizinhança, até então um pouco distante, se aproxima de minha casa e de minha vida. Palavras de apoio e solidariedade brotam dos encontros pelos corredores. Os próprios vizinhos se apropriam dos escândalos, pedindo-o para parar, buscando conversar, estão disponíveis para ir fazer o B.O. se eu desejar. Enfim, ensaia-se a formação de uma pequena comunidade – agora não mais indiferente entre si – num prédio de seis apartamentos, em algum lugar da Zona Norte do Rio de Janeiro. A loucura tem destas coisas, pois se pode afastar pelo estranhamento que evoca, também aproxima, fazendo a gente rever os modos de estar em sociedade. É, realmente, essa história daria um conto!

A situação não ficcional acima descrita apresenta a atmosfera psicológica que oxigenou a escrita desta tese. Sem a tentativa de dar um sentido aos fatos, a cena comparece como uma metáfora dos desafios que perpassam os encontros promissores com a alteridade. A loucura, ou aquilo que escapa aos padrões de normalidade mais clássicos, desacomoda, nos faz duvidar e questionar um punhado de obviedades. Esse encontro não pode ser romantizado, pois, sem dúvida, gera uma série de desafios cujas respostas precisam constantemente ser (re)inventadas. Porém, é seguindo uma aposta sustentada na liberdade e na autonomia que estruturei todo meu fazer como acompanhante terapêutico, ofício que busco refletir e sistematizar com a escrita deste texto. Para tanto, valho-me aqui do discurso histórico para apresentar do que estamos falando.

Na era moderna, em especial a partir do século XVIII, todo um domínio da normalidade foi circunscrito a partir de estratégias de identificação, classificação e segregação daqueles que eram tidos como anormais. Considerados alienados pela tradição psiquiátrica asilar, estes indivíduos foram relegados à categoria de doentes mentais, sendo, então, excluídos dos pactos sociais.

A difusão do estigma da alienação mental autorizou uma série de intervenções médico-jurídicas que, em seu conjunto, orquestraram práticas de desumanização. Destituídos da condição de sujeitos, tais indivíduos perderam o direito à autonomia e ao exercício da cidadania.

Dentre as intervenções autorizadas neste período no Brasil, o asilamento hospitalar tornou-se um recurso fundamental. Práticas iatrogênicas realizadas por muitas destas instituições produziram um verdadeiro genocídio (real e simbólico) cometido pelo Estado brasileiro, mas com a anuência da sociedade civil, em especial, se atentarmos para o fato de que mais da metade dos chamados alienados ou loucos sequer tinha o diagnóstico de doença mental.

Isso significa que toda a sorte de pessoas cujos comportamentos eram socialmente desabonados poderia ser confinada: alcoólatras, homossexuais, prostitutas, tímidos, desempregados, esposas questionadoras, meninas solteiras grávidas. Percebemos, portanto, o império de nosologias morais que impuseram a segregação dos corpos e das vidas, em muitos casos, submetidos a condições violadoras dos direitos humanos, com base na aceitação coletiva de que aqueles indivíduos estavam destituídos de sua humanidade.

Das naus errantes aos hospitais-dia, passando pelos asilos, variados lugares foram atribuídos à loucura. Atualmente estamos diante de uma abordagem clínica em saúde mental que pretende evitar ao máximo o confinamento do louco, permitindo-o localizar-se em qualquer geografia, sem destinar-lhe a fixação a um lugar específico.

O acompanhamento terapêutico é um dispositivo inserido neste contexto, despontando como uma modalidade de tratamento clínico. Em seus fundamentos, o AT¹ configura-se como um recurso terapêutico que visa à reabilitação psicossocial de sujeitos considerados loucos, insanos ou desarrazoados, em geral tratados como casos crônicos de doença mental. No entanto, nas últimas décadas o cenário foi alterado, tendo sido ampliada a demanda, incluindo quadros demenciais, espectros autistas, deficiências mentais, dentre outros.

No cenário brasileiro, o AT adquiriu expressão no âmbito do movimento de Reforma Psiquiátrica, iniciado na década de 60, mas interrompido pelo obscurantismo da ditadura civil-militar, período que se prolongou por mais de vinte anos. Com isso, o AT só ganhou força no final da década de 70 e início da década de 80, em função da “abertura política” impulsionada pela derrocada do militarismo.

Desde então temos assistido a um intenso processo de redemocratização colocado em ação no país. O recurso clínico do AT desponta enquanto estratégia de intervenção de suma importância no âmbito desta nova conjuntura, configurando-se como um dispositivo potente, frente aos imperativos propostos pelo Projeto de Reabilitação Psicossocial.

Com a presente tese, pretendemos investigar as especificidades que atravessam o dispositivo clínico denominado acompanhamento terapêutico. Para

¹ Doravante, no decorrer da tese, seguiremos a prática adotada por diversos autores, optando, em alguns momentos, pela abreviação de “acompanhamento terapêutico” sob a forma de AT.

tanto, buscaremos refletir acerca da relação estabelecida entre acompanhante e sujeito acompanhado, tendo-se a cidade como cenário.

Assim, contemplaremos algumas questões relacionadas a estes objetivos, dentre as quais podemos destacar: ao tomarmos a cidade como *ambiência*, qual o tipo de relação desenvolvida entre acompanhante e sujeito acompanhado? Inequivocamente, trata-se de uma atmosfera diversa, em muitos aspectos, daquela que acontece no âmbito dos consultórios e clínicas de atendimento, performando outra qualidade de relação, a qual cumpre investigarmos.

Deste modo, para organizarmos este estudo, estruturamos a tese da seguinte maneira: no capítulo 1, denominado “O acompanhamento terapêutico como dispositivo clínico inserido no âmbito da rede de cuidados em saúde mental”, partiremos de uma contextualização das transformações ocorridas nos modos de compreensão e intervenção acerca da experiência da loucura, ao longo do período que se estendeu da segunda metade do século XVII – iniciado pelo que Michel Foucault designa como “Idade Clássica” –, até a primeira metade do século XX, momento no qual a “Idade de ouro do alienismo”, descrita por Robert Castel, chegou ao seu término.

Em seguida, apresentaremos o contexto de revisionismo crítico acerca dos alicerces do saber médico-psiquiátrico, a partir da segunda metade do século XX, com o questionamento dos critérios utilizados para designar, delimitar e caracterizar os sujeitos alçados à categoria de alienados e doentes mentais. Nessa revisão, foram colocadas em ação medidas de intervenção voltadas para uma política que permitisse ao louco afirmar-se na sua singularidade, podendo exercê-la no laço social. A diferença que a experiência da loucura enuncia, começou então a ser contemplada fora do domínio da anormalidade e do desvio, passando a ser tida como diferença que enseja formas originais de estabelecimento de relação com o outro e com o mundo.

Neste contexto de discussão, na parte final do primeiro capítulo, apresentaremos as principais características da Reforma Psiquiátrica brasileira, situando o AT como um dispositivo inserido na rede de cuidados em saúde mental no contemporâneo. Veremos que este recurso atua dentro da proposta de uma assistência em rede, voltada para a reabilitação psicossocial dos sujeitos que apresentam um acentuado sofrimento psíquico.

No capítulo 2, intitulado “A cidade nossa de cada dia: o acompanhamento terapêutico na cena urbana”, investigaremos o potencial da rua e demais espaços públicos como *meio* terapêutico, descrito aqui no duplo sentido de *ambiência* e ferramenta clínica. O fato de se constituir como um recurso clínico que dialoga com o “fora” dos espaços de sociabilidade, impõe situarmos o AT na interface com o mundo da cultura, visando esquadriñar as implicações clínicas advindas desta abertura ao *socius*. Portanto, neste capítulo desenvolveremos reflexões a partir de autores de diversas áreas, tais como o sociólogo Richard Sennett e o geógrafo David Harvey.

Diante disto, a fim de melhor delinear a função desempenhada por este dispositivo, ainda neste capítulo circunscreveremos os fatores que permeiam o cotidiano de vida nas grandes cidades. Analisaremos, com isso, as implicações advindas da ocupação dos espaços de sociabilidade no âmbito desta modalidade clínica. A aposta, neste caso, reside na micropolítica cotidiana que atravessa os usos não programados da cidade, acentuando a sua dimensão plural e explorando a diversidade de possibilidades que compõe o domínio público.

No entanto, buscaremos também sublinhar a ideia de que a paisagem urbana não existe descolada da dinâmica de forças e tensões que desenham as trocas e intercâmbios socioculturais. Neste contexto, a noção de *território* assume uma importância central, pois aponta para uma relação ambivalente entre loucura e espaço. Assim, analisaremos a alta carga de tensão entre o *dentro* e o *fora* – *interno/externo* – que marca o encontro do sujeito com os ambientes sociais, assinalando a potência de reinvenção dos modos de sociabilidade, aberta pelos espaços públicos.

No capítulo 3, ao qual nomeei “A clínica do AT: transicionalidade e interjogo na arena sociocultural”, articularemos estas reflexões de cunho político à dimensão clínica propriamente dita, entendendo a política como parte inerente à atividade terapêutica. Assim, exploraremos a dinâmica da relação estabelecida entre acompanhante e sujeito acompanhado, tendo-se a cidade como pano de fundo. Para tanto, centraremos as discussões prioritariamente em torno de dois autores, o filósofo Mikhail Bakhtin, e o pediatra e psicanalista Donald Winnicott.

Abordaremos, com isso, a intersubjetividade como uma noção central no âmbito deste dispositivo clínico. Neste contexto, destacaremos ainda neste capítulo a importância das provisões ambientais – primárias e atuais – no processo

de constituição subjetiva. Assim, nos basearemos numa perspectiva teórica que contempla o tratamento como uma tentativa de auxiliar o sujeito na retomada de questões relativas ao seu desenvolvimento emocional primitivo, agora em um novo ambiente.

No capítulo 4, denominado “Política da amizade na clínica do AT”, destacaremos a importância atribuída à afetividade e ao vínculo amistoso na prática clínica do AT, em contraponto aos ideais de neutralidade e objetividade, que impõem um cenário de frieza e distância aos modelos assistenciais tradicionais. Assim, a sensibilidade, o *tato* e a flexibilidade, serão discutidos como atributos indispensáveis aos acompanhantes terapêuticos no âmbito do interjogo relacional. Neste último capítulo, recorreremos a algumas análises críticas em torno da prática clínica, desenvolvidas pelo psicanalista Sándor Ferenczi, a fim de remetê-las ao campo do AT.

Para finalizar este capítulo, será apresentada e defendida a tese de que a política da amizade é a principal marca que caracteriza o dispositivo do AT. Disto resulta a possibilidade de estabelecimento de vínculos afetivos mais horizontais, promulgados em torno de um plano clínico comum.

Antes de encerrar esta introdução, faz-se necessário assinalar algumas considerações de ordem metodológica, que buscam azeitar o argumento das escolhas que esteiam esta tese teórica. Dado o caráter múltiplo que atravessa o campo do AT, situando-o na transversalidade de diversas áreas, o texto é entretido com reflexões oriundas dos mais variados domínios do conhecimento, incluindo desde os saberes predominantemente clínicos – psicologia, psicanálise e psiquiatria –, até as análises históricas, sociológicas e filosóficas, dedicadas a pensar o cotidiano social e cultural. Assim, afirmamos a importância de se fazer uma discussão de teor necessariamente interdisciplinar.

Em função disso, optei pela utilização de diversos autores, com intuito de travar um diálogo com as distintas vozes que me auxiliaram a cotejar este tema. Procurei ainda sistematizar estudos sobre o campo do AT, com vistas a apresentar o estado da arte desta temática, ainda recente nas pesquisas brasileiras.

Faço uso de diversas citações ao longo do texto, a fim de trazer à luz a polifonia que permeia o ainda pouco explorado, porém promissor, campo de reflexões desenvolvidas em torno deste tema. Há nesta opção uma motivação política, que visa chamar atenção para a não estandardização desta modalidade

clínica. A abertura aos mais variados registros discursivos é o fator que lhe confere valor, mantendo-a suficientemente potente frente ao desafio de evitar um empobrecimento teórico-prático, sob o regime de doutrinas ou diretrizes pouco flexíveis. Assim, afirmamos a importância de uma discussão necessariamente marcada pela intertextualidade.

A par da bricolagem dos discursos teórico-conceituais, que juntos concorrem para a conformação desta prática terapêutica, o leitor irá se deparar com excertos extraídos de um *Diário clínico*, que mantive ao longo destes anos em que me dedico ao ofício do AT. Importante mencionar que estes diários, de início, tinham uma intenção estritamente clínica. Porém, foram se impondo em minhas reflexões acerca da tese, ganhando força, forma e espaço.

O fato de a cidade ser matéria de suma importância no âmbito desta clínica torna interessante a apresentação de alguns episódios, sentimentos e impressões, vividos nos acompanhamentos terapêuticos que realizo. Afinal, penso que a apresentação das cenas dotaram de cores e odores as discussões, dando mais vigor à tese.

Trata-se de fragmentos que dão a ver o modo como tais experiências engendram, dialogam e/ou confrontam as discussões teóricas desenvolvidas. Portanto, os *Diários clínicos* integram o texto, despontando como alegorias, ou seja, como forma de apresentação daquilo que está sendo pensado e problematizado, a título de encarnar as questões.

Entendemos com Walter Benjamin (1994) que a alegoria se refere a imagens dialéticas que tensionam, em si, o particular e o universal. Isto é, as cenas tomadas como alegorias são narrativas estéticas que ao dizer de si estarão sempre se remetendo a uma dimensão mais ampla. Assim, ao serem carregadas de uma verdade imanente e transcendente, dotam de sentido e verdade uma dada situação ou acontecimento.

Como a proposta dos *Diários clínicos* não é desenvolver um estudo de caso – em que são apresentados detalhes acerca do histórico de vida dos indivíduos atendidos –, optei por manter o nome verdadeiro dos sujeitos acompanhados. Ademais, por se constituir, em seus fundamentos, como uma modalidade terapêutica aberta à esfera pública, o fazer no AT implode com as categorias de segredo que marcam o *setting* clássico. Com isso, não faz sentido o anonimato,

em se tratando de pessoas as quais justamente, com grande frequência, o direito a serem elas mesmas, em suas singularidades, é renegado.

Sobre este aspecto, Vinciane Despret (2011) tece considerações metodológicas interessantes, ao narrar uma investigação por ela conduzida com pessoas refugiadas. A autora afirma que naturalizar o anonimato pode ser uma prática presunçosa e violenta por parte do pesquisador. Esta suposta proteção pode produzir o seu inverso, caso se constitua como mais uma barreira às identidades já invisibilizadas por processos de exclusão.

O “efeito sem nome”, tal como descrito por Despret, diz respeito à pasteurização produzida pelo anonimato, em que os nomes fictícios podem significar qualquer um ou ninguém. O “efeito sem nome” é um dispositivo que se estrutura sob a lógica do segredo, podendo desvitalizar a singularidade de determinadas narrativas, escondendo-as e silenciando-as:

O risco que pensava dever evitar era apenas um dos riscos possíveis – o de divulgar –, mas ele me impedia de levar em conta outro risco, aquele com o que me confrontei naquele momento com Jahija Smajie, o risco de “separar”, de isolar, e fazer falar e ao mesmo tempo de fazer silenciar, de roubar as palavras ou de retirá-las daquele que fala. O risco de fazer reiniciar o segredo com sua etimologia: *secretus*, separar, isolar. (p. 19)

À luz desta reflexão, relegar os sujeitos tidos como loucos e/ou anormais à condição anônima seria ir, uma vez mais, à contramão da luta antimanicomial. O que a Reforma Psiquiátrica preconiza é justo afirmar o direito à existência, contrapondo-se a modelos que os restringem a siglas e números. Defende-se aqui a possibilidade destes sujeitos atualizarem, no domínio coletivo, as suas diferenças e seus devires singulares. Portanto, penso que a afirmação dos seus nomes no texto é uma posição ético-política, a despeito do que deseja impor a sociedade da norma.

2

O acompanhamento terapêutico como dispositivo clínico inserido no âmbito da rede de cuidados em saúde mental

O que é o acompanhamento terapêutico? 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, do acompanhado e da cidade, clínica na cidade. (Crise e cidade: acompanhamento terapêutico, Nelson Carrozo)

Em seus fundamentos, o AT configura-se como um dispositivo voltado para a reabilitação psicossocial de pessoas acometidas por intenso sofrimento psíquico, sendo, portanto, uma modalidade terapêutica. Sua maior expressão no cenário brasileiro se deu no âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica, intensificado a partir da década de 80 em função da “abertura política” que pôs fim ao período obscuro da ditadura militar.

No princípio, o AT esteve majoritariamente associado aos casos de pacientes graves da saúde mental, ainda que este cenário esteja em permanente mudança, uma vez que o público que busca o serviço hoje é bastante heterogêneo, com aumento progressivo na demanda de trabalho neste campo. Segundo Débora Sereno (1996), com o decorrer do tempo tal demanda se estendeu a casos de usuários de álcool e outras drogas, portadores de deficiência físicas e mentais, idosos, dentre outros.

Mas, afinal, que clínica é essa? Ou, dito de outro modo, a que serve esta modalidade de tratamento clínico? Sem dúvida, esta questão não cessa de se colocar aos que estão envolvidos no ofício desta empreitada, bem como àqueles que se propõem a pensar sobre este dispositivo terapêutico, exercendo-o ou não. De saída, pode-se começar a responder a estas perguntas com a constatação de que o acompanhante terapêutico é convocado a participar de diversos momentos da vida pessoal daqueles os quais acompanha – em meio às refeições familiares, por exemplo –, bem como de situações corriqueiras próprias ao cotidiano urbano, tais como idas a agências bancárias, supermercados, consultas médicas, dentre inúmeras outras possibilidades.

Portanto, em linhas gerais, o acompanhante desempenha a função de mediar o modo como estes indivíduos respondem às exigências impostas pelo viver comunitário, auxiliando-os no cumprimento de tarefas ou mesmo simplesmente

acompanhando-os em saídas no âmbito de passeios culturais. Depreende-se disso, que podemos afirmar a prática do AT como uma clínica em ato, que faz do cotidiano de vida dos sujeitos acompanhados a matéria mesma de sua intervenção.

Visando a contextualizar o dispositivo do AT no tempo e no espaço – histórica e socialmente – a fim de o situarmos no âmbito da rede de cuidados em saúde mental no contemporâneo, faz-se imprescindível, em primeira instância, circunscrever as condições de possibilidade que deram ensejo ao seu surgimento. Em termos de referências históricas, sabe-se que o acompanhamento terapêutico foi inspirado nas comunidades terapêuticas inglesas e francesas do pós-guerra.

De acordo com Raymundo Reis Neto (1995), a prática do AT teve seu início na passagem das décadas de 60/70, tanto na Argentina como no Brasil. Ainda de acordo com o autor, com o tempo os “auxiliares/atendentes” psiquiátricos, ou mesmo os “amigos qualificados” – como eram costumeiramente denominados em Buenos Aires e em São Paulo –, passaram a acompanhar os pacientes não apenas dentro da instituição, mas também fora dos limites institucionais.

Com isso, esta prática ganhou a rua como *locus* privilegiado de atuação, o que levou a uma mudança de nomenclatura, donde o surgimento da designação “acompanhantes terapêuticos”, termo usado para acentuar a dimensão clínica desta função. A mudança de terminologia sinaliza uma alteração no *modus operandi* desta prática, cuja demanda deixa de ser restrita apenas ao evitamento da internação, passando a se aplicar a diversas outras situações.

Dentro do contexto brasileiro, Octávio Serpa e Renata Velozo (2006) destacam a importância das Conferências Nacionais de Saúde (1987, 1992, 2001), responsáveis pela homologação, no ano de 2001, da lei 10.216. Esta lei é considerada um marco regulamentário da luta por uma política de saúde mental digna, capaz de atingir a todos. As diretrizes que orientam o planejamento e as ações desta luta estão presentes no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde. Nele encontra-se instituído o compromisso pela criação e ampliação de estratégias de intervenção substitutivas à internação psiquiátrica, com destaque para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial².

² Para saber mais a respeito do que são e para que servem os CAPS, ver o material publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, intitulado *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Segue um trecho desta publicação: “Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua

Portanto, por meio da lei 10.216, busca-se garantir a prestação de uma assistência integral e de qualidade às pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e àquelas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Foi precisamente no bojo deste cenário que o AT ganhou impulso, configurando-se como um dispositivo clínico potente frente aos imperativos impostos pelo processo de Reforma Psiquiátrica.

O presente capítulo está dividido em duas partes, organizadas da seguinte maneira: na primeira seção, faremos uma incursão pelo modo a partir do qual se desenvolveu, na modernidade, a constituição de todo um campo epistemológico responsável pelos discursos e medidas adotados para abarcar a experiência da loucura sob o estigma de doença mental; na segunda parte, abordaremos o movimento da Psiquiatria Democrática italiana, cuja crítica ao modelo psiquiátrico tradicional – expressa na proposta de desinstitucionalização da lógica manicomial – influenciou diretamente o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira; por fim, encerraremos esta última seção situando o campo do acompanhamento terapêutico como dispositivo clínico-político inserido na rede de cuidados em saúde mental.

2.1

A loucura como doença mental: normatização e práticas de exclusão

Aprendi muito com os loucos e isto vem a atrapalhar um pouco o conceito de razão. Fala-se na fonte da sabedoria e na fonte da loucura. Mas elas não são duas. Não há fontes separadas, está tudo muito próximo. De vez em quando uma pessoa ajuizadíssima comete um ato de loucura que, felizmente, diz muito a ela própria sobre sua forma de viver. (Caminhos de uma psiquiatra rebelde, Nise da Silveira)

História da loucura na Idade Clássica, livro seminal de Michel Foucault (1961 [2013]), se constitui como referência indispensável para uma reflexão crítica acerca do panorama do campo de trabalho voltado para a saúde mental. Em seu texto, o autor dedica-se a elucidar as contingências sócio históricas – bem como os procedimentos epistemológicos – responsáveis pela transformação da loucura na categoria de doença mental.

característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica”.

No início da referida obra, Foucault circunscreve as formas de significação da loucura na Renascença, época que se estende do início do século XV até o final do século XVI, marcando o período de transição entre a Idade Média e a Idade Clássica³.

De acordo com Foucault, no decorrer do século XV a experiência da loucura foi contemplada no bojo de uma visão trágica do mundo. Dentro desta perspectiva, podemos encontrar nas pinturas de artistas tais como Bosch, Brueghel e Dürer, a presença da loucura em estreita proximidade com a atmosfera de mistério que povoava o imaginário da época. Assim, o louco era associado às forças místicas de cunho sobrenatural, refletindo o modo como o homem sentia-se pequeno diante da grandeza imensurável do universo.

A loucura era, portanto, aparentada às figuras imaginárias amplamente presentes nas artes plásticas. Revestido de toda uma “força primitiva de revelação”, o louco era tido como a personificação da morte, e também como o emblema da existência do mundo onírico e da ilusão. Tais figuras simbólicas podem ser exemplificadas pelas imagens do *Gutemensch* – “pássaro do pescoço comprido” – e do *grylle* – formas dementes as quais retratavam “caras grotescas feitas no ventre dos monstros” –, ambas apontando para uma forma híbrida, a meio caminho do homem e do animal.

No século XVI, fase da Renascença caracterizada pelo humanismo, a loucura começou a ser atrelada à razão: neste período, a visão trágica e cósmica cedeu, pouco a pouco, lugar ao desenvolvimento de uma perspectiva discursiva crítica, presente na literatura de autores tais como Brant, Erasmo e Calvino.

Na Idade Clássica, a partir do século XVII, esta visão crítica consolidou-se como forma de significação da experiência da loucura. Foucault (1961 [2013]) caracteriza a Idade Clássica a partir de dois aspectos. O primeiro aspecto diz respeito à construção dos hospitais gerais, constituídos como espaços de exclusão social. Espaços deste tipo foram estabelecidos pela figura do “Rei” a fim de delimitar e segregar do convívio social todo o cortejo daqueles que são designados como marginais, incluindo-se neste grupo os descrentes, os ditos vagabundos e blasfemadores, bem como os loucos.

³ A designação de Idade Clássica – tomada de empréstimo do campo dos historiadores da literatura – foi empregada por Foucault para abarcar o período circunscrito entre os séculos XVII e XVIII.

O segundo aspecto que caracteriza a Idade Clássica, refere-se à emergência da tradição racionalista moderna, preconizada pelo enunciado “Penso, logo existo”, presente na filosofia de René Descartes. No livro: *Meditações metafísicas*, Descartes (1641 [1996]) formula o referido enunciado, axioma que constitui a solução que encontrou para contrapor-se às dúvidas que marcavam profundamente o cenário do século XVII.

Descartes valeu-se das teses elaboradas pela tradição cética grega, para em seguida refutá-las. Assim, o filósofo se apropriou das assertivas relacionadas à impossibilidade de se obter garantias por meio dos sentidos e das impressões sensíveis, a fim de centrar o domínio de suas certezas em uma instância indubitável, qual seja: a racionalidade do indivíduo pensante. O trecho a seguir apresenta uma parte do percurso das ideias trilhadas pelo filósofo:

Nada admito agora que não seja necessariamente verdadeiro: sou, portanto, a me expressar com precisão, apenas uma coisa que pensa, isto é, um espírito, um entendimento ou uma razão, que são termos cuja significação me era antes desconhecida. Ora, eu sou uma coisa verdadeira e verdadeiramente existente. Mas que coisa? Eu o disse: uma coisa que pensa. (...) E o que é uma coisa que pensa? É uma coisa que duvida, que concebe, que afirma, que nega, que quer, que não quer, que também imagina, e que sente. (Descartes, 1641 [1996], p. 44-45)

De acordo com Descartes, diferente da faculdade dos sentidos – com base na qual não há garantias de certezas na busca pelo conhecimento objetivo da realidade –, a atividade do pensar não pode ser combatida pelo ceticismo. Isso porque é incontestável o fato de que o homem possui um intelecto, cabendo ao pensamento racional formar representações as mais fiéis possíveis da realidade. E mesmo assumindo a possibilidade de que sejam representações provenientes de impressões enganosas, a existência do pensamento é em si inegável. É, portanto, através do seu *argumento do cogito*, que Descartes alça o pensamento como critério da existência, forjando como padrão de discurso o modelo cientificista que começa a despontar.

É justamente em torno da noção de *razão* que Foucault (1961 [2013]) desenvolve sua análise crítica acerca da experiência da loucura na Idade Clássica, refletindo sobre as categorias do saber e os dispositivos de poder responsáveis pela constituição da noção de homem eminentemente racional. O autor descreve o

mecanismo dialético por meio do qual razão e desrazão perfazem as duas faces de um mesmo sistema:

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (p. 30)

De acordo com Foucault, é precisamente com base no binômio razão/desrazão que a experiência da loucura passa a ser circunscrita ao polo da não assunção do pensamento. Neste caso, a loucura é considerada como um erro na faculdade da razão, denotando a impossibilidade de o pensamento manifestar-se:

O percurso da dúvida cartesiana parece testemunhar que no século XVII esse perigo está conjurado e que a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada. Se o *homem* pode sempre ser louco, o *pensamento*, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato. Traça-se uma linha divisória que logo tornará impossível a experiência, tão familiar à Renascença, de uma Razão irrazoável, de um razoável Desatino. (Foucault, 1961 [2013], p. 47, grifado no original)

Dentro desta perspectiva, a existência do sujeito é comprovada pela proposição irrefutável do seu pensamento. No entanto, aqueles que passam a ser tidos como desprovidos da faculdade de pensar – isto é, da capacidade de serem racionais – devem passar ao mundo da exclusão, confinados nas grandes casas de internamento, excluídos da esfera pública:

A loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. É lá que a encontraremos ainda ao final do século XVIII. Com respeito a ela, nasceu uma nova sensibilidade: não mais religiosa, porém moral. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de “polícia”, referente à ordem dos indivíduos na cidade. (...) A hospitalidade que o acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. (Foucault, 1961 [2013], p.63)

A ociosidade que o louco enuncia – dado a inutilidade para o trabalho – faz com que deva sofrer a condenação de ser rejeitado e excluído do quadro social.

Portanto, neste contexto, a experiência da loucura é despida das qualificações transcendentais de outrora, e aqueles que são considerados desarrazoados imergem em uma sociedade forjada pelos valores burgueses, delimitada por uma divisão dos indivíduos de acordo com a capacidade de serem produtivos.

Neste sentido, Foucault é categórico ao afirmar que, ao contrário do que se pensa, os séculos XVII e XVIII não legaram ao louco um reconhecimento social. Pelo contrário, neste momento histórico foram borrados os contornos da experiência da loucura, tendo o louco perdido os índices de sua individualidade. No âmbito da doutrina ética imposta pelos “poderes sagrados do labor”, a loucura foi dotada de um estatuto social aparentado ao que era atribuído aos marginais, desvalidos de toda sorte, quais sejam: leprosos, prostitutas, ladrões, vagabundos, dentre outros. Sitiado em meio à gleba dos que constituem uma ameaça à lei e à ordem social, na Idade Clássica o louco apagou-se na paisagem indistinta do confinamento, perdido na “Grande Internação” dos hospitais gerais, sem que houvesse medidas de tratamento médico para a loucura⁴.

De acordo com a análise genealógica realizada por Foucault, em fins do século XVIII, época das grandes revoluções, o estatuto da loucura começa a sofrer uma nova intervenção, mudando de posição uma vez mais. Com isso, a partir da Revolução Francesa, o louco passa a ser alvo de uma série de medidas de caráter médico baseadas na noção de doença mental. Em *A Loucura e a Sociedade*⁵, Foucault (1994 [2011]) delimita bem esta mudança de posição no estatuto da loucura, situando o início do século XIX como o momento no qual a família perdeu o direito de exigir a internação do louco, função que passa, então, a ser exercida pela medicina:

Era, a princípio, a família que excluía os loucos. Ora, a partir do século XIX, essa prerrogativa familiar se perdeu progressivamente e foi concedida aos médicos. Para internar um louco, exigia-se um atestado médico e, uma vez internado, o louco via-se privado de toda responsabilidade e de todo direito como membro da família, ele perdia inclusive sua cidadania, era fulminado pela interdição. (p. 262)

⁴ Cabe assinalar que embora no Antigo Regime os hospitais gerais e as santas casas de misericórdia reunissem a todos sob a base da repressão comum, a indiferenciação que atravessava o grande enclausuramento não era de todo absoluta. No entanto, as diferenciações que ocorriam neste contexto eram mais de caráter administrativo, a título de melhor promover a ordem geral, sem que houvesse uma preocupação com relação à realização de diagnósticos e tratamentos.

⁵ Trata-se de um texto que compõe o livro *Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise, Ditos e Escritos – volume I*. Tal texto foi compilado a partir da participação de Foucault em uma conferência realizada no Instituto Franco-japonês de Quioto, em 1970.

Deste momento em diante, o louco foi subjugado ao estatuto médico-jurídico-administrativo, promulgado pela lei de 1838⁶. Em linhas gerais, esta lei representou a primeira medida legislativa a homologar o reconhecimento e o direito à assistência e à atenção em prol dos indigentes e dos doentes. Foi no bojo dela que pôde ser criado, dentre outros fatores, um novo espaço destinado à loucura, a saber: o asilo psiquiátrico.

No livro *A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*, Robert Castel (1978) é bastante elucidativo com relação a esta torção no modo como a experiência da loucura passou a ser percebida na era moderna. Em seu texto, o autor aponta para a dimensão de alienação à qual o louco fora forçosamente atirado em função da derrocada do Antigo Regime, tendo sido desde então identificado como o emblema da ausência dos predicados que passaram a reger o novo contrato social:

Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. (Castel, 1978, p. 19)

Insensato, irresponsável, incapaz: adjetivos que denotam o avesso de tudo aquilo que irá, doravante, compor o glossário do homem moderno. Assim, o sentido da loucura passa a ser o de assujeitamento com relação ao novo código social. Ademais, longe de ser apenas a consequência de um “erro de julgamento”, falha no “bom uso da razão” ou mesmo a manifestação de um “distúrbio da vontade” – tal como ocorria no período da Idade Clássica –, a idade de ouro do alienismo legou ao louco o estatuto de uma incapacidade para o trabalho, dada a sua inaptidão como força produtiva. Daí, o louco ser destinatário de um tipo de relação que é marcada pela dimensão médico-tutelar, a qual deverá se submeter.

⁶ Importante asseverar – à luz do que nos esclarece Foucault – que a lei de 1838 constituiu um marco de suma importância dentro de todo este contexto. Esta lei homologou o estatuto de *alienado* atribuído ao louco, dotando-o de um *status* jurídico e civil inteiramente novo, e ensejando uma série de medidas de tutela e práticas de assistência. Destarte, o louco passou a ser identificado pela ausência de autonomia e por um estado de minoridade social.

Foucault (1994 [2011]) aponta o quão equivocada é a ideia de que ao desacorrentar os loucos, Philippe Pinel teria operado, com seu gesto, uma profunda liberação da situação anterior; na realidade, quem Pinel liberou foram os enfermos, velhos, ociosos e prostitutas, tendo mantido os loucos dentro dos estabelecimentos. Com isso, Foucault atribui o confinamento dos loucos, na época do alienismo, à emergência de uma sociedade marcada pelo progressivo desenvolvimento industrial, ficando a loucura à margem dos ditames capitalistas de produção:

Se isso se produziu nessa época, é porque a partir do início do século XIX a velocidade do desenvolvimento industrial se acelerou e, como primeiro princípio do capitalismo, as hordas de desempregados proletários eram consideradas como um exército de reserva da força do trabalho. Por essa razão, os que não trabalhavam, sendo capazes de trabalhar, saíram dos estabelecimentos. Porém, ali também, um segundo processo de seleção se operou: não os que não queriam trabalhar, mas os que não tinham a faculdade de trabalhar, a saber os loucos, foram deixados dentro dos estabelecimentos e foram considerados como pacientes cujos distúrbios tinham causas que se referiam ao caráter ou de natureza psicológica. Assim, o que foi até então um estabelecimento de internação tornou-se um hospital psiquiátrico, um organismo de tratamento. (Foucault, 1994 [2011], p.266)

Tendo como base as questões trabalhadas por Foucault e retomadas por Castel, faz-se importante assinalar que antes de constituir-se como uma ruptura, essa reviravolta não ocorreu de forma abrupta, e sim como o clímax de um processo. Isso significa que a elaboração do estatuto da loucura como doença mental só se deu a partir do momento em que as práticas sociais foram conjuradas pelo campo médico e pelo campo jurídico, responsáveis por tratar e legislar, respectivamente. É a isso que Foucault se refere em *História da loucura* ao afirmar que:

O momento em que a jurisprudência da alienação se torna a condição preliminar de todo internamento é também o momento em que, com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano. (...) O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita – porém sem obliterá-la – sua existência jurídica. (Foucault, 1961 [2013], p. 132, grifado no original)

Não devemos esquecer que foi somente quando o Iluminismo do século XVIII sedimentou as estruturas que iriam alavancar, no início do século XIX, a

noção de um Estado responsável por garantir a ordem social – organizada em torno da dinâmica dos deveres e direitos – que a psiquiatria pôde, enfim, triunfar na definição de sua especificidade dentro do campo médico. A condição propícia à medicina mental para exercer o poder de tutelar o louco – passando a dele se apropriar através do internamento em asilos psiquiátricos – foi dada pela necessidade de interditar o “sujeito jurídico”, caso este não correspondesse ao imperativo de constituir-se como um homem capaz de viver em sociedade.

Duplo golpe desferido pela psiquiatria, cujo mandato social responde tanto ao imperativo de preservar a sociedade das fissuras da ordem abertas pelas condutas desviantes, como também oferecer aos que padecem do mal da doença mental alguma possibilidade de cura. Destarte, o papel político da medicina mental não será outro senão aplacar o problema dos desvios, sequestrando os alienados sob a rubrica da necessidade de isolamento terapêutico para fins de tratamento moral, fazendo da ordem asilar a insígnia do poder psiquiátrico.

É deste modo que a loucura cai de vez nas malhas do poder médico, então responsável por agenciá-la. Dito de outro modo, medicalizar a loucura passou a ser a prerrogativa do poder psiquiátrico, medida através da qual este poder exerce a sua positividade. Daí em diante a medicina mental conjugará os poderes jurídico e administrativo a seu favor, concentrando para si o encargo de neutralizar a existência da loucura nos meios sociais. Castel (1978) qualifica o poder psiquiátrico como um “terceiro poder”, o qual serve como mediador entre as instâncias jurídica e administrativa:

A medicina mental pode, inicialmente, deslocar a contradição porque se coloca no terreno de uma das partes e ratifica integralmente sua demanda: ela requer imperiosamente o que o poder administrativo exige absolutamente, a *sequestração* dos alienados. Mas, transforma-lhe o sentido, justificando-o com suas próprias razões. A noção de “isolamento terapêutico” é o maravilhoso operador dessa alquimia. (...) É a primeira medida a ser tomada, e urgentemente (ela deve, portanto, escapar à lentidão do aparelho judiciário) pois constitui uma condição necessária à cura. O isolamento terapêutico não é, portanto, um *sequestro*, ato arbitrário de uma autoridade usurpadora, é uma *internação* requerida pela situação particular do alienado. (p. 188, grifado no original)

A tecnologia hospitalar que se ergue neste momento define as suas intervenções em torno da lógica asilar e os estabelecimentos especiais criados são muito mais do que meros espaços geográficos circunscritos aos muros dos manicômios. Neste sentido, é toda uma arquitetura das condutas que se impõe: a

descrição sintomática dos comportamentos enseja uma racionalidade classificatória que se sustenta com base na noção de *perito*, responsável por dotar a figura do médico de uma competência supostamente inequívoca.

Foucault (1961 [2013]) dá a ver o processo responsável pela operação de translação da loucura em um estatuto de objeto científico, em cuja dinâmica a psiquiatria não faz senão pretender capturar para si – sob a forma de uma ciência positivista – a existência humana. A loucura desponta aqui como uma experiência extrema, insígnia capaz de perfazer a díade do normal e do patológico, uma vez que somente através da delimitação de todo um conjunto de condutas tidas como *anormais* é que pôde ser destilada a concepção de normalidade – categoria tão alvejada pelo positivismo moderno:

E o que vamos encontrar agora é o desdobramento, também este teórico e prático, da verdade da loucura a partir de um ser que é um não-ser, dado que ela não se apresenta em seus signos mais manifestos senão como erro, fantasma, ilusão, linguagem inútil e privada de conteúdo: trata-se agora da constituição da loucura como natureza a partir dessa não-natureza que é o seu ser. (Foucault, 1961 [2013], p. 174)

Neste domínio, o louco é objetificado e estigmatizado como o emblema de uma existência alienada; ele desponta como a condição *sine qua non* de uma ciência positiva do homem, o seu recuo mais recôndito. A loucura é tornada objeto em um movimento centrípeto no qual é a um só tempo paciente e agente, ou seja, uma vez objetificada torna-se o motivo mesmo das formas objetificantes, a condição primeira para que o homem possa *positivar-se* enquanto objeto científico.

O desatino aos poucos ascende até aquilo que o condena, impondo-lhe uma espécie de solidão retrógrada, pois uma sabedoria que acredita instaurar com a loucura uma relação pura de juízo e definição – “esse é *um* louco” – desde logo estabeleceu um relacionamento de posse e obscura dependência: “Esse é *meu* louco”, na medida em que sou suficientemente razoável para reconhecer sua loucura e em que esse reconhecimento é a marca, o sinal, o emblema de minha razão. A razão não pode atestar a existência da loucura sem comprometer-se ela mesma nas relações da loucura. O desatino não está *fora* da razão, mas *nela*, justamente, investido, possuído por ela, e coisificado. (Foucault, 1961 [2013], p. 343, grifado no original)

O saber positivista que se ergue em torno da loucura a inventa sob a égide de doença mental, pois para se legitimar como ciência objetiva é imprescindível que distinga o louco do não-louco, o são do doente. Daí Foucault (1961 [2013])

erigir a hipótese de que será preciso retirar o louco do lugar de exclusão social ao qual fora relegado, para que possa efetivamente exercer a sua liberdade:

Esta possibilidade de dar-se a loucura como conhecida e ao mesmo tempo dominada num único e mesmo ato de consciência é aquela que agora está presente no âmago da experiência positivista da doença mental. Enquanto essa possibilidade não tiver se tornado impossível, numa nova liberação do saber, a loucura permanecerá para nós aquilo que já se anunciava para Pinel e para Tuke; permanecerá prisioneira em sua era de positividade. (p. 456)

É com base na identificação da loucura como doença mental que o louco deve ser isolado a título de ser “tratado”. Ou seja, é em decorrência do fato de não poder ser responsabilizado por aquilo que faz, que o louco deve ser assistido por um domínio específico, domínio este travestido pelo manto do positivismo moderno. Por outro lado, uma vez que opera um furo nos contratos jurídico-sociais, o louco torna-se também um perigo à ordem estabelecida.

Castel (1978), tal como Foucault, enfatiza a dupla percepção que recai sobre o louco: a um só tempo passível de tratamento e ameaça às normas sociais. É, portanto, a sobreposição das noções de doença mental e periculosidade que consagra o pacto estabelecido entre a justiça e a medicina.

Em síntese, a função outorgada à medicina mental dentro desta dinâmica é a de inspecionar as condutas morais dos indivíduos, tendo como referência as categorias nosológicas criadas para referendar um ideal de normalidade. A doença mental é, portanto, uma produção histórico-social e não uma positividade científica de origem, como uma visada apressada pode parecer supor. Compreender isso é fundamental, sobretudo porque este processo de transformação do louco em objeto de análise e discurso científico implicou na produção e difusão dos psicotrópicos, o que levou, por conseguinte, à escalada da medicalização do doente mental na segunda metade do século XX, moto contínuo nos dias atuais.

Cumprе assinalar que Castel (1978) se vale do pensamento de Foucault para enfatizar o quão perigosa é a crença de que, uma vez mitigadas as fronteiras que separam o louco da sociedade mais ampla, seriam derrubados os alicerces do poder psiquiátrico. Castel qualifica essa ideia como enganosa ao lembrar que a idade de ouro do alienismo deu lugar no final do século XIX ao *aggiornamento*. Tal termo foi usado pelo autor para designar as tecnologias brandas de sujeição

normalizadora que acabaram por intensificar e pulverizar ainda mais os processos de medicalização da loucura⁷.

Neste contexto, é de suma importância o exercício crítico-reflexivo a respeito das medidas profiláticas colocadas em ação nos meios sociais. As medidas de predição e controle que dão corpo às práticas preventivas atualizam – de forma ainda mais sofisticada – as tecnologias de tratamento moral, disseminando as estratégias de sujeição moralizadora nos espaços extramuros.

Castel (1978) contrapõe a *concepção segregativa da assistência* – própria à tradição asilar clássica – a uma *concepção participacionista da integração*, esta última atuando por meio de tecnologias de poder que incidem sub-repticiamente nas relações socialmente estabelecidas. Disso resulta uma transformação no âmbito da modalidade de exercício do poder médico-psiquiátrico, o qual reivindica adentrar todos os espaços de decisão da sociedade. Dentro desta dinâmica, o psiquiatra é o *perito* cujos “discursos verdadeiros” – para usar aqui a designação atribuída por Foucault – desencadeiam os seus efeitos de poder por todo o corpo social.

Em estreita relação com as ideias desenvolvidas por Foucault e Castel, na década de 60 um grupo de psiquiatras ingleses, entre os quais David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson, interpuseram uma intensa denúncia ao processo de disseminação do sistema psiquiátrico nos meios sociais mais amplos. Em linhas gerais, estes autores criaram alternativas ao processo gradual de medicalização da sociedade, encetando uma reflexão crítica acerca das técnicas de sujeição normalizadora, disseminadas nos espaços sociais.

Deste modo, a Antipsiquiatria inglesa, designação pela qual ficou conhecida esta corrente, se constituiu como um importante movimento de oposição ao papel social da psiquiatria. De acordo com este movimento, a psiquiatria desempenha a função de uma *psico-tecnologia* alienante, a qual coube, historicamente, investigar e avaliar a saúde mental dos indivíduos, intervindo junto à família e às demais instituições sociais.

⁷ As técnicas de sujeição normalizadora que compõem o *dispositivo disciplinar* foram impetradas pelo poder psiquiátrico a partir da segunda metade do século XIX. Foucault desenvolveu uma série de questões relacionadas à ampliação do domínio da psiquiatria através da delimitação e classificação dos desvios. Estas questões estiveram densamente presentes nos cursos proferidos pelo autor no Colégio de França nos anos 1973-1975, tendo sido organizadas sob a forma de dois livros, a saber: *O poder psiquiátrico* e *Os anormais*. As ideias abordadas nestes cursos se desdobraram ainda no livro *Vigiar e punir*, publicado pela primeira vez em 1974.

No livro *Psiquiatria e antipsiquiatria em debate*, Cooper (1977) denuncia o tecnicismo burocrático que rege a sociedade burguesa, descrevendo-o como sendo o principal responsável por perpetuar as práticas de submissão, conformismo e controle, amplamente disseminadas pelo corpo social. Neste sentido, as demandas de normatização dos comportamentos desviantes são forçadas através da ideia de que as anomalias são individuais, o que leva a crer que seriam, com isso, desvinculadas do contexto macropolítico no qual os sujeitos estão inseridos.

Dentro desta perspectiva de análise crítica, Cooper assinala a importância da própria categoria psiquiátrica, bem como dos demais atores sociais, oporem uma forte resistência a este discurso dominante, desconstruindo com a ideia de que o problema se reduz ao indivíduo isolado, como se nada dissesse respeito ao modo como se dá o processo de “psiquiatrização” das experiências desviantes. É preciso, portanto, responder a este contexto com iniciativas sociais e políticas, que invistam na prestação de assistência em uma dimensão coletiva e não individualizante:

A doença é uma tentativa desesperada para cada um se libertar duma situação micro-social alienante, que descarrega sobre a vítima a alienação da realidade macro-social. Nas condições da sociedade burguesa esta tentativa de libertação é quase sempre abortada. As pessoas são hospitalizadas como doentes. Estão doentes mas tentam ser saudáveis numa situação social doente. A psiquiatria é uma operação de polícia secreta e visa a tortura e o assassinio da experiência original, e a extinção da autonomia pessoal. (Cooper, 1977, p. 36)

De acordo com Cooper, há a necessidade premente do desenvolvimento das estratégias capazes de oferecer saídas concretas para o impasse criado pelo poder alienante das técnicas de sujeição normalizadora. No âmbito desta luta coletiva, a conscientização ideológica não pode ser desvinculada das ações práticas:

As pessoas treinadas, com experiência em psiquiatria, psicologia e sociologia, deveriam escapar ao seu profissionalismo e usar a sua experiência com indivíduos, grupos e redes, complexos de trabalho, de modo a tornarem-se trabalhadores em situações comunitárias concretas, escrevendo as suas experiências micro-sociais mas com a consciência macro-política dos líderes comunitários. Nessa altura, a psiquiatria e os hospitais psiquiátricos deveriam ser abolidos. (...) A doença, no sentido de uma regeneração radical de si mesmo, tornar-se-á uma propriedade social comum. (Cooper, 1977, p.38)

À luz destas reflexões, cabe indagarmos a respeito do que torna a psiquiatria – e os demais saberes *psi* – uma polícia dos comportamentos? Como se dá este processo de estigmatização e exclusão que faz do louco um indivíduo doente e perigoso, digno de um conjunto de medidas supostamente com fins de tratamento, mas que na realidade o mantém dependente e sem autonomia, impedido de exercer plenamente a sua cidadania?

Finalizemos esta seção, imbuídos ainda da seguinte questão que será retomada mais adiante: o processo de dismantelamento dos espaços geograficamente delimitados, efetivamente rompe com as classificações nosográficas dicotômicas que distinguem o normal do patológico? Dito de outro modo, pôr um fim às instituições manicomiais que serviam de alicerce à lógica asilar em sua “idade de ouro”, resolve o problema das práticas de exclusão e segregação? Ou, antes, põe a funcionar estratégias de dominação menos visíveis e por este motivo, ainda mais eficazes e manipuladoras em seus potenciais de intervenção social?

2.2

A Psiquiatria Democrática italiana e suas repercussões no cenário brasileiro: desafios político-clínicos no âmbito dos saberes e práticas em saúde mental

E apesar dos equívocos e acertos na construção de um novo paradigma para a saúde pública, a loucura ainda é usada como justificativa para a manutenção da violência e da medicalização da vida. É como se a existência pudesse ser reduzida à sua dimensão biológica e para todos os sentimentos existisse um remédio capaz de aliviar sintomas e de transformar realidade em fuga. (Holocausto brasileiro, Daniela Arbex)

Ao final da Segunda Grande Guerra Mundial, encerrada em 1945, eclodiu em diversas partes do mundo uma série de movimentos de crítica ao modelo psiquiátrico tradicional, baseado na institucionalização do louco por meio do seu confinamento nos asilos, violentado e privado do convívio social. No período do pós-guerra, psiquiatras de países como França, Inglaterra e Estados Unidos, passaram a denunciar os maus-tratos impetrados contra os loucos no interior das instituições asilares. O paralelismo existente entre os horrores praticados nos campos de concentração e as práticas de violência e exclusão exercidas no âmbito dos manicômios, fez com que alguns atores do campo da saúde mental se

insurgissem na luta em prol de uma reformulação nos saberes e nas práticas de tratamento e assistência.

Neste ponto, faz-se importante assinalar, à luz do que nos esclarecem Joel Birman e Jurandir Freire-Costa (1994), que a crise da psiquiatria tradicional observada a partir dos movimentos de reforma, pode ser dividida em dois períodos, a saber: os movimentos surgidos na década de 40, tais como as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e a Psicoterapia Institucional (França); e num momento seguinte, os movimentos caracterizados por uma extensão das práticas psiquiátricas para o espaço público, com destaque para a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva norte-americana.

Birman e Costa (1994) assinalam esta distinção periódica para erigir a hipótese de que embora se deem em contextos distintos, estes movimentos como um todo acabam por manter a mesma lógica da psiquiatria tradicional, isto é, trabalham a favor da promoção da saúde mental com fins à adaptação social; a diferença entre um momento e o outro se dá pela passagem de uma perspectiva assistencial, voltada para o indivíduo institucionalizado com base na noção de doença mental, para uma intervenção cuja abrangência é mais ampla no domínio de uma terapêutica coletiva, dentro de um viés preventivista. Com isso, os autores destacam o fato de que estas reformas foram feitas no âmbito do modelo psiquiátrico clássico, isto é, constituíram reformulações internas, mas sem operar mudanças nos fundamentos da lógica asilar.

Esta mudança de rota operada pela psiquiatria clássica também é abordada por Paulo Amarante (1995). No texto intitulado “Revisitando os Paradigmas do Saber Psiquiátrico: Tecendo o Percorso do Movimento da Reforma Psiquiátrica”, o autor corrobora a ideia de que estas reformulações acabaram por difundir “um projeto muito mais amplo e ambicioso” no qual se atinge a comunidade em geral, pondo em ação estratégias políticas com grande poder de infiltração social, forjando, com isso, “consequências políticas e ideológicas muito importantes” (p. 22).

Entretanto, na década de 60, surgiram dois movimentos caracterizados por um rompimento efetivo com relação aos elementos constitutivos do saber e da

prática psiquiátrica, quais sejam: a Antipsiquiatria inglesa – brevemente descrita no tópico anterior – e a Psiquiatria Democrática italiana⁸.

Liderado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, o movimento Psiquiatria Democrática levou às últimas consequências o projeto de desinstitucionalização da lógica asilar. Neste sentido, representou um importante passo em prol de uma ruptura com relação aos alicerces da psiquiatria tradicional, criando formas alternativas às práticas de segregação e exclusão da experiência da loucura.

No artigo “A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: Mortificação e liberdade do ‘espaço fechado’”, Basaglia (1964 [2005]) inicia o seu percurso de crítica ao modelo asilar. Neste texto, já podemos constatar o enfrentamento direto do autor com relação às práticas de institucionalização, em que pese a denúncia que faz em relação ao aniquilamento das individualidades dos loucos: destituídos de tudo aquilo que constitui suas singularidades, reduzidos ao estigma de doentes mentais, estes indivíduos são forçosamente obrigados a vivenciar um estado de *alienação induzida*, em uma atmosfera caracterizada por um enorme sentimento de vazio existencial.

Dois anos após escrever o texto referido acima, Basaglia (1966 [2005]) redige “Um problema de psiquiatria institucional: A exclusão como categoria sociopsiquiátrica”⁹. Neste artigo, o autor propõe colocar a doença mental “entre parêntesis” a fim de apontar o fato de que a exclusão que a psiquiatria opera com relação à loucura se dá pela impossibilidade de compreensão de suas manifestações, isto é, uma exclusão feita em função de um não saber, o qual torna inacessível um objeto que justo por este motivo deverá, destarte, ser manipulado e isolado. Dito de outro modo, em se tratando do louco é preciso excluí-lo porque se apresenta como incompreensível, assim como é imperativo mantê-lo recluso dada a não possibilidade de apreensão de sua existência. Duplo movimento de exclusão e reclusão em nome de uma ordem social normatizada:

⁸ Embora o movimento da Antipsiquiatria inglesa seja considerado de suma importância dentro deste contexto de ruptura crítica ao modelo psiquiátrico tradicional – tal como visto acima – optamos por privilegiar a análise e a discussão acerca do movimento da Psiquiatria Democrática italiana. A razão desta escolha se deve ao fato dos pressupostos que compõem a reforma basagliana terem sido determinantes no âmbito do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciando-o diretamente.

⁹ Neste texto, o autor conta com a colaboração de sua esposa Franca Ongaro Basaglia.

A figura do doente mental, como expressão de uma ruptura da norma, é uma imagem que deve ser mantida à distância, para que não venha a perturbar o ritmo de uma sociedade que necessita de áreas de compensação sobre as quais descarregue as forças agressivas que não pode canalizar de outra forma. Mas esta necessidade de dividir, de isolar, de afastar o doente mental, expressa também o estado de debilidade e de amesquinamento de uma sociedade que tende a eliminar o que perturba sua expansão, sem levar em conta a responsabilidade que também lhe cabe nesses processos. O problema do doente mental se apresenta, sim, como um problema social, mas a ser resolvido fora da própria sociedade, sem que ninguém além de suas vítimas, deva pagar por causa de uma doença que – catalogada e definida como incompreensível e, enquanto tal, perigosa – representa uma séria ameaça social. (Basaglia, 1966 [2005], p. 47)

Embora o seu percurso teórico-prático tenha sido iniciado anos antes, é somente no texto “As instituições da violência” que Basaglia (1968 [2005]) condensa as principais ideias que embasam as linhas de atuação com base nas quais direciona as suas intervenções. Neste trabalho, o autor desenvolve uma análise minuciosa acerca dos dispositivos de poder que emprestam corpo à lógica manicomial, dedicando-se mais detidamente a devassar a dinâmica das engrenagens que compõem os saberes e fazeres do escopo psiquiátrico, dando ênfase à relação estabelecida junto aos pacientes:

O diagnóstico já assumiu o valor de um etiquetamento que codifica uma dada passividade como irreversível. Mas essa passividade pode ser de natureza diversa, e não só, ou nem sempre, enferma. No momento em que ela é considerada somente em termos de doença é que se confirma a necessidade de sua separação e exclusão, sem que a mínima dúvida intervenha para reconhecer no diagnóstico um significado discriminatório. Desta forma, a exclusão do doente para fora do mundo dos sãos livra a sociedade dos seus elementos críticos e, ao mesmo tempo, confirma e sanciona a validade do conceito de norma por ela estabelecido. A partir dessas premissas, a relação entre o doente e quem cuida dele só pode ser objetual, pois a comunicação entre um e outro só ocorre através do filtro de uma definição, de um rótulo que não abre possibilidade de apelação. (p. 103)

Podemos compreender este período da trajetória de Basaglia como um momento de inflexão, no qual o autor faz um balanço a respeito do legado de sua experiência à frente do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Tal vivência lhe conferiu autoridade para desvendar a trama da rede psiquiátrica e o fez desenvolver o seu pensamento em torno da ideia de que, de saída, é preciso reconhecer o fato de que os asilos funcionam como *instituições da violência*. Neste sentido, o autor qualifica a relação estabelecida pelos enfermeiros e médicos, junto aos pacientes, como sendo eminentemente violenta, com o uso maciço de práticas que desumanizam e objetificam os loucos.

O que está em questão aqui é a violência inerente à exclusão destes indivíduos, promulgada com base no estigma de doença mental. Dito de outro modo: o rótulo de doente mental estigmatiza e legitima a operação de perda dos direitos e deveres, sendo esta a equação que torna os loucos o avesso da categoria de cidadãos. Destituídos de valor social, resta-lhes somente conformar-se à lógica manicomial criada para enquadrá-los e isolá-los do convívio mais amplo. Trata-se, portanto, de sujeitos desvalidos e despossuídos de poder contratual, subordinados a um tipo de relação alienante que os desautoriza a participarem dos intercâmbios socioculturais.

“As instituições da violência” transformou-se num marco referencial da luta antimanicomial, uma vez que é neste artigo que Basaglia (1968 [2005]) recusa de forma contundente a violência institucional com base na qual o sistema sócio-político mais amplo se sustenta. O psiquiatra italiano atenta para a necessidade de não se negligenciar os dispositivos responsáveis pelas técnicas de sujeição e objetificação que recaem sobre os indivíduos categorizados como doentes mentais. Mais ainda: o autor realiza uma análise precisa a respeito da dinâmica social e econômica que perpassa as diferenças existentes entre a assistência privada e a pública, para com isso demonstrar o fato de que a doença/ineficiência atribuída a determinados grupos de indivíduos varia de acordo com a posição que ocupam no cenário sócio-político.

Assim, a questão deixa de estar circunscrita ao domínio médico-psiquiátrico para ser contemplada em suas dimensões mais amplas, terreno no qual a crise das instituições revela uma crise que é da ordem de uma falência na ética que embasa as relações humanas. Isso pode ser observado, sobretudo, pela forma desumana e extremamente violenta como são (mal) tratados os doentes mentais que possuem menor poder contratual em meio à sociedade. É neste sentido que Basaglia (1968 [2005]) afirma que “para lutar contra os resultados de uma ciência ideológica, é preciso também lutar para mudar o sistema que a sustenta” (p. 122).

Portanto, antes de ser um problema de aperfeiçoamento técnico – no qual a questão se reduziria ao domínio das práticas institucionais e do saber médico-psiquiátrico –, o que pode ser observado é uma crise ética que convoca todos a uma mudança radical nas formas de interação junto aqueles que são tratados como doentes devido à *diferença* que enunciam. Neste sentido, Basaglia conclama a

uma dilatação do campo de atuação e discussão para o âmbito das ações cotidianas mais amplas:

Analisemos então o mundo do terror, o mundo da violência, o mundo da exclusão: se não reconhecermos que esse mundo somos nós, pois somos as instituições, as regras, os princípios, as normas, as disposições e as organizações; se não reconhecermos que fazemos parte do mundo da ameaça e do abuso pelo qual o doente se sente assoberbado, não poderemos compreender que a crise do doente é a nossa crise. (Basaglia, 1968 [2005], p.126)

No intuito de dar continuidade a essas ideias, em 1971 Basaglia aprofunda a questão da produção social e científica dos comportamentos desviantes, em que pese o problema colocado pelo imperativo de normatização das condutas. No texto em questão, denominado “A maioria desviante”¹⁰, o autor assinala que a ineficiência de uns define, por justaposição, a eficiência de outros tantos considerados sujeitos normais. Daí o motivo pelo qual são criadas as classificações nosográficas abstratas, encarregadas de circunscrever as diferenças subjugando-as ao perverso jogo mercadológico, no qual o que impera é a lógica neoliberal de mercado:

O psiquiatra age sempre em sua dupla incumbência de homem de ciência e de tutor da ordem. Mas os dois papéis estão em evidente contradição, uma vez que o homem de ciência deveria visar a salvaguardar e tratar o homem doente, enquanto o tutor da ordem visa a salvaguardar e defender o homem são. Qual dos dois polos contrastantes prevalece no papel do psiquiatra? Como pretender estar cuidando de quem sai da norma, se nossa principal preocupação é a adaptação à norma e a manutenção dos seus limites? (Basaglia, 1971 [2005], p. 202)

Dentro deste contexto, os psiquiatras oscilam entre as funções de “tratar” e “tutelar”. Agem, com isso, em nome da manutenção do *status quo*, isto é, trabalham a favor de uma “democracia capitalista” na qual a doença mental torna-se mais uma mercadoria. Nas malhas da linha de produção da doença mental, a tessitura dos comportamentos desviantes considerados anormais varia de acordo com o *status* social do louco. Ou, acaso, a transmutação da loucura em doença mental não depende dos atributos sociais e econômicos do indivíduo?

É inegável que existe uma grande diferença entre aqueles que possuem algum coeficiente de poder contratual – capaz de garantir o acesso ao mínimo de

¹⁰ Texto também escrito com a colaboração de Franca Ongaro Basaglia.

assistência – e o resto dos indivíduos que são submetidos à face mais obscura e violenta que rege a lógica asilar, sem que lhes sejam devotadas quaisquer medidas de tratamento¹¹. Somos, assim, novamente confrontados pela denúncia da estreita relação existente entre psiquiatria e política, donde podemos constatar que o problema do desvio está necessariamente condicionado a interesses de fundo econômico:

É nesses termos que se pode falar de uma estreita relação entre psiquiatria e política, porque a psiquiatria defende os limites de norma definidos pela organização político-social. (...) O fato de as sanções mais rígidas sempre caírem sobre quem não dispõe de um espaço privado, onde possa expressar – em segurança – o próprio desvio, no momento em que ultrapassa o limite, é a consequência lógica de uma premissa implícita no tipo de organização social em que estamos inseridos. (Basaglia, 1971 [2005], p. 202)

A análise do texto “A utopia da realidade”¹² revela uma nova etapa do pensamento de Basaglia (1974 [2005]), em que nos é assinalado o perigo de as medidas colocadas em ação do lado de fora dos manicômios serem tidas como a panaceia para os problemas levantados pela reforma da assistência e do cuidado em saúde mental. Neste sentido, o autor desconstrói a ideia de que os serviços psiquiátricos preventivos atuam à contramão do modelo científico e econômico, responsável por manter vivos os dispositivos que engendram as práticas de segregação e exclusão. Uma vez que, em grande medida, estes serviços constituem estratégias de intervenção comprometidas com o modelo socioeconômico promulgado pela política neoliberal, os mesmos acabam por dilatar o campo da doença, disseminando a sua lógica por territórios não restritos ao asilo psiquiátrico.

É dentro desta perspectiva de análise crítica que Basaglia (1974 [2005]) defende, com uma contundência tenaz, que a reforma deve ser feita para além do tecnicismo burocrático que rege as estruturas institucionais e que servem à manutenção da ordem instituída e amplamente disseminada. É preciso, pois, atuar ao nível das micropolíticas, pois há a necessidade premente de instauração de um

¹¹ O dispositivo do AT, por exemplo, não chega a ser um recurso exclusivo dos mais abastados, no entanto, faz-se importante acentuar a existência de diferenças entre a prática privada e aquela que é desenvolvida em instituições públicas. Nas classes com relativo poder aquisitivo, os sujeitos acompanhados gozam de assistência privada custeada pela família, ao passo que o poder público fracassa ao não conseguir abarcar de forma devida a enorme demanda por assistência.

¹² Também em parceria com Franca Ongaro Basaglia.

novo *ethos* político capaz de operar mudanças efetivas nos modos de sociabilidade:

O que deve mudar, para que se possam transformar na prática as instituições e os serviços psiquiátricos (como, de resto, todas as instituições sociais), é a relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença. Ou seja, a primeira atitude necessária é que se reconheça que a estratégia, a finalidade primeira de toda ação, é o homem, com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para obter a satisfação dessas necessidades e a realização dessa vida para todos. Aí reside o significado da necessidade de uma tomada de consciência política dentro de toda ação técnica. (p. 231)

À luz do pensamento de Basaglia, Ernesto Venturini (1995) destaca a importância da estratégia de “municipalização das ações de saúde” como modo de estimular a participação ativa da comunidade. No entanto, o autor nos assinala que o conceito de “cidadania” não é uma condição fácil de ser conquistada pelos indivíduos tidos como doentes mentais, até mesmo porque “há o risco de que o hospital psiquiátrico, mais ou menos modernizado e com número reduzido de leitos, continue a desenvolver seu ‘insubstituível’ papel de ‘salvaguarda’ para o controle da ‘periculosidade’ e da ‘cronicidade’ psiquiátrica” (p. 16).

Assim, Venturini (1995) corrobora o alerta acionado por Basaglia de que as noções de “doença” e “cura” atravessam as práticas sociais, infiltrando-se no âmago das trocas cotidianas. Por este motivo, a aposta dos autores recai em estratégias de assistência capazes de extrapolar o domínio médico, atingindo o campo da sociedade civil mais amplo.

Estreitamente relacionada a esta perspectiva de trabalho, surge no pensamento teórico-prático de Basaglia a noção de *território*. Esta noção está densamente presente no texto “O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica”, escrito pelo autor em 1977¹³. Nele, nos defrontamos com uma análise, em retrospectiva, acerca do processo de desmontagem do manicômio de Trieste, capitaneada pelo psiquiatra italiano a partir de 1971.

Sem dúvida, os anos de experiência no Hospital Psiquiátrico de Gorizia foram fundamentais para que, em Trieste, Basaglia operasse uma nova rota em sua crítica ao modelo manicomial. Uma vez que já conhecia de dentro os

¹³ Basaglia redigiu este texto por ocasião do *III Encontro da Rede Internacional de Alternativa à Psiquiatria*, realizado em Trieste. Na escrita deste trabalho, o autor valeu-se da colaboração de M.G. Gianichedda.

meandros do *modus operandi* das instituições asilares, o autor pôde denunciar naqueles anos passados em Trieste, a impossibilidade de as mudanças serem efetivamente operadas caso não fosse colocado em ação – na prática – um processo de socialização dos problemas relacionados à loucura; daí Basaglia ter sido um pioneiro ao inserir a “doença” nos espaços até então designados para serem ocupados somente pela “saúde”.

Portanto, na concepção de Basaglia (1977 [2005]), era imprescindível ir além de uma mudança nos moldes institucionais, de modo a afirmar a potência da existência dos loucos em meio à sociedade mais ampla. Segundo o autor, somente assim pode-se dirimir a enorme divisão social marcada pela atribuição desigual de poder, favorecendo a possibilidade de a loucura habitar os espaços de sociabilidade.

Entretanto, Basaglia tinha plena consciência dos desafios surgidos em decorrência das contradições que entravam em cena, no contexto de um plano de trabalho centrado no *território*. É isso o que podemos constatar em suas profícuas observações concluídas com algumas indagações:

No próprio “território” emergiam, até mais agudamente, as contradições de um mundo da saúde que – embora fossem atravessadas por fermentos de luta e por propostas de uma qualidade de vida diferente – permanecia dentro dos esquemas e dos códigos de funcionalidade da ideologia dominante. Durante aqueles anos, as contradições são-doente, normal-desviante, homem-mulher, velho-jovem vão explodindo e revelando-se cada vez mais entremeadas com a divisão em classes e com a atribuição desigual de poder. Como, então, inserir a doença no espaço da saúde, se afinal é a identificação da saúde como produtividade que constitui essencialmente a improdutividade como doença? Como socializar o desvio e a marginalidade, enquanto sua característica constitutiva continua sendo a privação de bens e a de poder contratual? (Basaglia, 1977 [2005], p. 243)

Neste ponto, Basaglia nos deixa o compromisso de assumirmos um estado de permanente atenção às práticas que estão sendo exercidas no âmbito da assistência à saúde mental, pois as técnicas empregadas estão o tempo todo sujeitas às ingerências dos jogos de poder infiltrados por todo o corpo social. É preciso, pois, destilar as estratégias de controle promulgadas por meio da tutela da ordem pública, para que as atitudes frente à loucura sejam efetivamente modificadas.

É com este espírito que Basaglia (1977 [2005]) nos conclama a assumir o objetivo de trabalhar com afinco pela substituição da relação de tutela por uma

relação de contrato, em que a diferença que o louco enuncia possa ser positivada como um valor em si, a despeito dos ditames produtivistas que permeiam a sociedade contemporânea. Diante disso, vemos o esforço do autor em reativar os intercâmbios socioculturais junto à loucura, em prol da defesa de uma sociedade menos mediada pelas instituições asilares, ou mesmo aquelas alternativas aos manicômios, mas que mantém a mesma lógica opressora e segregativa.

Podemos dizer, em linhas gerais, que o que está em jogo, neste caso, é a exigência de uma completa abolição de quaisquer tentativas de simplificações reducionistas acerca da experiência da loucura. É preciso, pois, atentar para a dinâmica social e científica que erige – sustentando-se, inclusive, sobre bases frágeis – uma delimitação artificial que contrapõe os “sãos” diante daqueles que, por não cessarem de operar um desvio da norma, passam a ocupar a categoria de doentes mentais.

Assim, o projeto italiano de desinstitucionalização propôs uma efetiva dissolução das noções de saúde/doença, normal/patológico, a ponto de desfazer e (re)significar – não somente na teoria, mas especialmente na prática – as relações hierárquicas estabelecidas entre os profissionais *psi* e os pacientes psiquiátricos. Há, neste caso, um legado deixado pelo movimento da Psiquiatria Democrática: a luta pela desmontagem completa do aparato manicomial, propondo-se a sua substituição por *centros de referência*.

Cabe destacar que a noção de *território*, neste contexto, não se limita apenas à dimensão geográfica dos espaços propriamente ditos, mas diz respeito também aos níveis simbólico e cultural. Com isso, o foco recai na distribuição dos referidos centros em áreas geográficas específicas, com o propósito de criar estratégias de circulação da experiência da loucura pelos espaços públicos, que passam a ser tidos como importantes territórios de referência para os loucos. O fato da loucura circular além dos limites institucionais estende o cuidado para os diversos atores sociais, que são então, impelidos ao encontro com o louco; isso faz com que as relações econômicas, políticas e sociais inevitavelmente entrem em cena no âmbito das estratégias de intervenção.

Mas, como toda esta discussão em torno da desinstitucionalização proposta pela Psiquiatria Democrática italiana se relaciona com o contexto brasileiro? Para compreendermos a forma como a luta antimanicomial desenvolvida no Brasil foi influenciada pela reforma capitaneada por Basaglia em Trieste, precisaremos

antes apresentar, em linhas gerais, o que constitui o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Amarante (1995) nos orienta na compreensão do que podemos entender acerca deste movimento:

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um *processo* que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas, também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização. (p.91, grifado no original)

No âmbito da crítica direcionada tanto à política nacional de saúde mental, quanto aos saberes e fazeres psiquiátricos, Amarante (1995) destaca a importância central do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM –, configurando-se enquanto espaço pioneiro de luta. O MTSM propunha o debate coletivo com vistas a pensar alternativas de mudanças na forma burocrática com que a assistência era prestada, em que pese a ausência de recursos básicos nas instituições de atendimento, sendo este um dos fatores responsáveis pela precariedade dos serviços oferecidos aos indivíduos. O alvo das críticas era, portanto, as más condições trabalhistas na qual os profissionais atuavam, e ainda, a situação de cronificação institucional expressa nas práticas de desumanização dos internos, o que pode ser exemplificado pelo uso indiscriminado e abusivo de eletrochoque.

A título de nos oferecer uma síntese cronológica acerca do panorama geral dos principais momentos do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, Amarante (1995) propõe pensarmos em uma periodização, dividida em termos de trajetórias. Deste modo, o autor situa a *trajetória alternativa*, iniciada no final da década de 70 no bojo dos movimentos de abertura político-democrática, caracterizando-a como uma fase marcada pelo cenário de grande insatisfação popular diante do autoritarismo impetrado pelo regime militar. Neste período, surgem as primeiras denúncias das violências e descasos praticados pela política de *psiquiatrização do social*, ecoando no país as análises críticas desenvolvidas por autores tais como Foucault, Castel e Thomas Szasz, dentre outros.

O segundo período da Reforma Psiquiátrica concentra-se no início dos anos 80, sendo descrito pelo autor como a *trajetória sanitarista*. Caracterizado pela

incorporação da reforma sanitária ao aparelho de Estado, este foi o momento no qual ganhou corpo no país os princípios da medicina comunitária – de clara orientação preventivista e com foco na atenção primária –, colocando em cena medidas práticas tais como a universalização, a regionalização e a integralidade. Neste período, observa-se um recuo no viés de crítica ao modelo psiquiátrico institucionalizante, ressurgindo com força a ideia de que a solução para o problema da saúde mental está nas práticas normativas, promulgadas por meio do pacto entre a ciência médica e o aparelho administrativo institucional. Amarante (1995) descreve esta fase da seguinte maneira:

Com certeza, esse é um momento vigorosamente institucionalizante. Os marcos conceituais que estavam na base da origem do pensamento crítico em saúde – como a reflexão sobre a medicina enquanto aparelho ideológico, o questionamento da cientificidade do saber médico ou da neutralidade das ciências, as incursões sobre a determinação social das doenças, o reconhecimento da validade das práticas de saúde não oficiais – dão lugar a uma postura menos crítica em que, aparentemente, se parte do princípio de que a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades. (p. 96)

O terceiro e último período de trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira é apresentado por Amarante (1995) como sendo o da desinstitucionalização. Este momento ocorreu no final da década de 80, sendo marcado por uma participação política mais significativa de importantes atores da sociedade civil, dentre os quais os próprios usuários e familiares. À luz do que propunha Basaglia, foi lançado o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, intensificando a crítica aos saberes e fazeres psiquiatrizantes e implementando um conjunto de medidas que visa à desconstrução, na prática, da lógica manicomial, atuando por meio da criação de uma rede de cuidados e de assistência alternativa aos asilos psiquiátricos.

Dentre as medidas colocadas em ação no país, podemos destacar: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Hospitais-dia, as Residências Terapêuticas, os Acompanhamentos Terapêuticos, as Cooperativas de Trabalho, dentre outros.

Mas, em termos práticos, de que maneira os centros de referência e os demais dispositivos podem se diferenciar dos manicômios psiquiátricos? Como podem efetivamente retirar os usuários do estado de cronicidade ao qual foram relegados pelo poder médico? Como criar condições para que os loucos se

desvencilhem das representações de periculosidade que compõem o imaginário social?

Esses dispositivos se caracterizam pelo funcionamento em rede. Uma vez articulados, propiciam aos usuários a possibilidade de serem acolhidos em espaços de interação psicossocial, nos quais as dimensões simbólica, cultural e afetiva se fazem presentes. Prezamos, com isso, por uma atuação que leva em consideração os eventuais recursos com os quais o indivíduo pode contar, tais como: os locais que têm significação afetiva em sua história de vida pregressa e o investimento nos vínculos relacionais (amigos, familiares...) que podem ser reativados. Deste modo, os dispositivos atuam numa perspectiva integracionista, apostando no aproveitamento e na criação de territórios existenciais, em prol de evitar, na medida do possível, as internações psiquiátricas.

No entanto, faz-se importante compreender, à luz do que esclarece Franco Rotelli (2000), que o imperativo de *desinstitucionalizar* não deve ser reduzido a uma *desospitalização*, uma vez que envolve uma transformação mais profunda nos alicerces teórico-pragmáticos da psiquiatria tradicional, cujo propósito, tal como visto, limita-se a classificar e segregar tudo o que manifesta diferença com relação aos ideais de ordem urbana. Deste modo, o autor destaca a importância da herança adquirida através do movimento Psiquiatria Democrática, sintetizando-a sob a forma da expressão *empresa social*, a qual traduz da seguinte maneira:

Denominamos de empresa social aquela que ‘faz viver’ o social, o que é distinto, portanto, da situação precedente, na qual o social era expropriado de suas contradições, delegado aos psiquiatras, recluso nos muros do manicômio. Empresa social é o processo de desinstitucionalização que, como temos dito tantas vezes, nada tem a ver com a palavra desospitalização. (p.301)

De acordo com Ana Pitta (1996), dentro deste contexto no qual eclodem diversos movimentos antipsiquiátricos como alternativa à lógica manicomial, surge no Brasil o Projeto de Reabilitação Psicossocial, configurando-se como parte fundamental do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, profundamente influenciada pela experiência italiana. O foco, neste caso, recai na luta pela criação de *práticas territoriais* capazes de garantir o fortalecimento dos laços sociais e afetivos com vistas a desobstruir o acesso à via pública.

Segundo Benedetto Saraceno (1996), o Projeto de Reabilitação Psicossocial tem como principal objetivo restituir aos indivíduos assistidos a possibilidade de

reinserção e participação nos pactos sociais. Trata-se, portanto, de fortalecer os intercâmbios afetivos e materiais de modo a garantir o pleno exercício da cidadania àqueles que possuem um baixo coeficiente de contratualidade social. Portanto, a garantia da plena cidadania implica na construção de uma estratégia global de assistência, e pensar em termos de estratégia global significa enxergá-los fora dos estereótipos de doentes mentais, no âmbito de três grandes cenários que permeiam a existência, quais sejam: o habitat, a rede social e o trabalho.

Tem-se aqui a compreensão destes cenários como importantes espaços de troca. Torna-se, neste contexto, menos importante saber quais serão os dispositivos técnicos colocados em operação – sejam estes de ordem artística, cultural, política ou econômica – e sim o modo como se responde à exigência de garantir a estes sujeitos o acesso à cidade, facultando-lhes os meios para exercer nela e a partir dela as suas potencialidades.

Trata-se, portanto, de criar estratégias que estejam de fato reabilitando-os psicossocialmente, tanto no nível micropolítico, afetivo-cognitivo – no campo das relações intersubjetivas junto aos familiares, profissionais da saúde e pessoas do convívio público mais amplo – como no macropolítico, no caso do modo como a rede de cuidados e serviços está sendo pensada e operacionalizada.

Entretanto, não devemos perder de vista o fato de que os princípios que orientam a reforma psiquiátrica estão ainda longe de ser efetivamente consolidados. As ações engendradas encontram, no contexto da sociedade neoliberal contemporânea, enormes dificuldades de cunho estrutural, gerencial e econômico-político mais amplo.

É neste sentido que Saraceno (1996) defende que reabilitar não deve ser confundido com entreter, uma vez que em sua raiz latina a palavra *entreteter* pode denotar tanto “diversão” como “manter dentro” – o que é, tal como visto, tudo aquilo que o processo de reabilitação não quer. O autor aponta, neste caso, para o perigo de se incorrer no erro de reforçar a doença ao invés de promover a saúde, exportando a cultura das práticas psiquiátricas tradicionais para o lado de fora das instituições, tal como visto neste capítulo por meio das reflexões inspiradas pelo movimento da Psiquiatria Democrática. Portanto, não se pode perder de vista o fato de que a contratualidade junto aos principais interessados, ou seja, aqueles para quem as políticas de reabilitação se destinam, deve ser mantida como o principal balizador dos meios colocados em ação.

O dispositivo clínico do acompanhamento terapêutico, objeto da presente tese, desponta no âmbito deste cenário, atuando como um importante vetor de transformação sociopolítica na luta pela construção de uma rede de serviços substitutivos à lógica manicomial. Mas, de que maneira as reflexões tecidas acima se entretecem ao campo do AT? Em outras palavras: como as noções desenvolvidas por estes autores reverberam na prática do AT?

Analice Palombini (2007) situa como uma das principais especificidades da prática do AT o fato de convocar acompanhante e sujeito acompanhado a habitar o cotidiano citadino. Do seu ponto de vista, ocupar o espaço público significa garantir o intercâmbio e a diversidade de experiências a partir do encontro com a heterogeneidade, embaraçando os contornos que demarcam as fronteiras entre a dita normalidade e a anormalidade.

De modo análogo, João Frayze-Pereira (1997) refere-se a uma *poética* do AT, compreendendo a cidade como obra de arte coletiva, espaço esculpido de acordo com as exigências éticas e estéticas de seus habitantes. É no contexto da rua – com toda a sua multiplicidade e diferença – que o acompanhante cria um espaço clínico junto ao sujeito o qual acompanha.

No âmbito deste cenário, a *errância* é descrita pelo autor como condição primeira para que o trabalho do AT se desenvolva, uma vez que ocupar os espaços públicos implica em explorar os usos não programados e inventar uma *psicogeografia urbana e afetiva* na qual o espaço e a subjetividade estão inextricavelmente interligados. No território aberto da cidade, ambos – acompanhante e acompanhado – podem juntos (re)significar a experiência de estar no mundo, inventando novas formas de ação e apropriação do espaço-tempo na *polis* urbana.

Dentro desta mesma perspectiva, Laura Gonçalves e Regina Benevides de Barros (2013) reconhecem esta prática como um importante agente propulsor da desinstitucionalização da lógica manicomial. A função de deslocalização do AT, isto é, sua não formalização, é descrita pelas autoras como a principal característica deste dispositivo. Neste sentido, mais do que um recurso clínico, o AT desponta como vetor de análise crítica acerca do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, uma vez que opera uma desestabilização nas categorias dicotômicas que insistem em contrapor saúde e doença, dentro e fora, sujeito e objeto, clínica e política.

A dimensão coletiva da clínica do AT reside, portanto, neste duplo viés articulador/desestabilizador, o que faz com que se constitua como dispositivo mediador de um trabalho em rede, apostando numa perspectiva assistencial integrativa, centrada nos territórios de vida dos sujeitos acompanhados. Neste caso, o foco do AT é a articulação entre os diferentes atores sociais, o que implica na participação dos usuários e familiares, dos demais dispositivos assistenciais que compõem a rede, e ainda dos elementos presentes nos espaços públicos. No âmbito desta articulação, o AT transversaliza as linhas desta rede, atuando como o agente responsável por mantê-las atreladas ao plano do coletivo, evitando que sejam engessadas em práticas de exclusão e adaptação:

É nesse ponto que se situa a função não formalizada da clínica: circular, disparar, acompanhar intensidades. O AT aciona e acompanha intensidades com o intuito de operar modificações nos mundos constituídos, colocando novas questões, novos problemas para esses mundos. (...) Apresenta-se, então, como um importante dispositivo para fazer funcionar os fluxos de entrada e de saída dos serviços, resistindo ao centripetismo do poder que produz, nos dispositivos substitutivos ao manicômio, um novo dentro absolutizado. O AT exerce, então, uma função de resistência à lógica centrípeta, dando visibilidade à dimensão do movimento como resistência. O AT faz-se analisador do Movimento da Reforma, evidenciando que ela não produz superação, mas sim embates e lutas, num processo em contínua transformação. (Gonçalves & Barros, 2013, p.112)

A aposta do AT está centrada nas possibilidades de trânsito social junto aqueles que são retirados da esfera pública por vivenciarem um intenso sofrimento psíquico. Justo porque estes indivíduos são acometidos por um extremo vazio existencial, deve-se atuar no sentido de dilatar as possibilidades de estarem em comunidade. Com isso, o dispositivo do AT se constitui como um recurso terapêutico que atua em um plano clínico comum, exercido no domínio público. A este respeito Gonçalves e Barros (2013) assinalam que:

Não podemos restringir a deslocalização da clínica a uma diferença espacial. Mais do que deslocalizar o espaço da clínica, há a invenção de uma nova atitude clínica. Não queremos, portanto, evidenciar somente uma alteração de lugar no sentido espacial, topológico (topos), mas sim a convocação de uma nova atitude (ethos). O trabalho na cidade desperta outra sensibilidade clínica, principalmente em função de acontecimentos que não são produzidos nem pelo analista nem pelo analisando, mas que irrompem da/na cidade e que têm a força de reconfigurar o contexto de análise. (...) A clínica deixa de estar referida a um lugar e a uma pessoa. Tais deslocalização e despessoalização significam a afirmação de um plano comum da clínica, de um domínio público resultante de uma operação em rede. (Gonçalves & Barros, 2013, p.113)

E é justo em referência a esta função de publicização da clínica, exercida pelo AT, que Suely Rolnik (1997) situa este ofício como uma prática de intervenção, na medida em que o termo “intervenção” aponta para a ideia de experimentação, muito cara a este dispositivo clínico. Experimentar deve ser compreendido aqui como uma tarefa ético-estética de tecer, junto ao sujeito acompanhado – e em meio ao entorno que circunda o encontro –, redes de sentidos a partir de táticas inexistentes *a priori*.

As ideias de intervenção e experimentação, desenvolvidas por Rolnik (1997), convergem na consideração do AT como uma clínica em ato, na qual a cidade emerge como paisagem, conformando um cenário que não pode ser determinado de antemão. Com isso, a cena que se desenrola no âmbito dos acompanhamentos terapêuticos é marcada por uma dinâmica híbrida, o que torna o enquadre sempre provisório, posto que o *setting* dos espaços públicos encontra-se em permanente processo de mudança.

Referir-se ao AT como uma clínica em ato, implica em reconhecer a dimensão de transformação operada pelos acontecimentos que atravessam o cotidiano de vida dos sujeitos. Os eventos compartilhados no âmbito desta prática clínica faz com que situações corriqueiras – vivenciadas nos mais diversos espaços de sociabilidade – sejam tomadas como matéria de trabalho clínico. Deste modo, o sujeito acompanhado poderá recorrer ao recurso do AT no momento mesmo em que se defronta com os impasses e as dificuldades de estar em comunidade, fazendo parte da tarefa do acompanhante terapêutico dotar de outros significados – menos dolorosos e mais promissores – este encontro com a vida coletiva.

Isso implica em enxergar a natureza experimental dos atos e dos processos, convocando à necessária abdicação dos moldes teóricos preexistentes, a fim de revestir de novidade e plasticidade a matéria de que é feita esta clínica. Somente deste modo, o acompanhante terapêutico afirma a sua potência interventiva junto ao outro e à cidade, mantendo-se suficientemente sensível à singularidade das demandas e anseios daqueles os quais acompanha, ensejando as condições de possibilidade para a emergência de novos territórios subjetivos.

Rolnik (1997) propõe, com isso, a criação permanente de novas cartografias teórico-pragmáticas, a fim de que em sua experimentação a clínica do AT não

deixe de ser em momento algum nômade. Trabalhar com a ideia de *clínica nômade* implica em situar a terapêutica dos acompanhamentos desde os afetos que surgem aos borbotões no cenário dinâmico, mutante e imprevisível da cidade. Referindo-se a um hipotético acompanhante terapêutico, a autora afirma:

Nosso hipotético A.T. lembra como no começo ele se desanimava a cada vez que lhe dava um branco em seu trabalho, pois supunha que isto era um sinal de incompetência ou de falta de formação. Agora pensa que essa condição de falta de parâmetros que marcou o início de seu trabalho foi muito interessante: partir de uma espécie de tela branca, vazia de imagens, é o que o impeliu a explorar o fora para dele extrair figuras, conduzido pelas vozes dos híbridos que foram se engendrando em sua prática experimental. Sem imagem alguma se antepondo ao seu olhar, ele teve de situar seus pacientes desde os afetos de seu encontro. (p.92)

O trecho transcrito acima deixa entrever uma marca fundamental do AT, qual seja: é um dispositivo que exige dos acompanhantes que operem em uma determinada atmosfera de desprendimento, assumindo a posição de um não saber, para que assim o vínculo possa ser estabelecido sobre bases ainda indefinidas e imprevisíveis, aberto a ser performado pelo encontro em *meio* aos espaços públicos. Dito de outro modo, existe na prática do AT um apelo dirigido ao acompanhante para que possa despir-se, em parte, dos saberes já adquiridos em sua formação clínica, para estar efetivamente disponível para o que surge no momento mesmo do encontro com o outro. Existe, em última instância, a exigência de habitar junto ao sujeito acompanhado uma zona de indeterminação onde ocorre uma suspensão dos “discursos competentes”. Luciana Chaui-Berlinck (2012) nos orienta nesta reflexão:

Parece-nos que a indeterminação do AT, que, ontem, se erguia contra o saber psiquiátrico, pode ser, hoje, uma reação à força do discurso competente. O receio de compactuar com esse discurso e sua regra de exclusão e inferiorização do outro levam o AT para a indeterminação, como se ao possuir um conhecimento específico, ao ver-se como especialidade clínica, prática e/ou teórica, pudesse sucumbir ao discurso competente e ao privilégio dos especialistas. (Chaui-Berlinck, 2012, p.160)

Entendemos a partir do diálogo estabelecido com os autores referidos acima, que o que dá o tom híbrido ao dispositivo do AT é o fato de exigir, por parte dos profissionais, uma plasticidade em suas atuações, aceitando o desafio de ocupar uma posição *nômade* de permanente redimensionamento acerca da própria prática.

Devem, com isso, trabalhar no sentido de extrair do “fora” da cidade – com toda a diversidade que a compõe –, os elementos que performam uma clínica polifônica. Em suma, trata-se de reconhecer todos os aspectos que atravessam essa clínica extramuros enquanto agentes de transformação, o que exige que sejam contemplados como atores ativos na produção de diferenças no âmbito das subjetividades.

Não se trata, então, de enquadrar o sujeito em categorias nosológicas que busquem apreendê-lo a partir de uma suposta verdade subjetiva que o constitui, e sim de contemplá-lo no momento mesmo deste encontro com os espaços de sociabilidade, o que possibilita enxergá-lo precisamente no entrecruzamento das fronteiras que não cessam de nos constituir na interface com o mundo exterior. A aposta, neste caso, reside na polifonia presente nos espaços públicos, por apresentarem a possibilidade de criação de novos modos de existência para aqueles que são acompanhados.

Afinal, dentre aquilo que vivenciamos no ambiente da *polis* urbana – em meio ao ruído dos automóveis, ao burburinho alheio, ao concreto dos edifícios –, não selecionamos aquilo que de algum modo nos afeta? Presenciamos, sentimos e dotamos de sentido as nossas experiências, contrapondo aos dados objetivos os percursos subjetivos que perfazem a nossa singularidade. Trata-se, portanto, de acompanhar o outro em suas andanças como companheiro que se coloca ora à frente, ora ao lado, ou mesmo no seu encaço, inventando outras cidades e novas possibilidades de existir nelas.

O AT desponta, neste contexto, como uma clínica irremediavelmente implicada no cotidiano urbano, no qual o acompanhante atua como catalisador das diferenças que não cessam de se apresentar como possibilidades outras de ser e estar na vida. Desta forma, a clínica do acompanhamento pode embasar uma forma de estar com o outro no espaço público que concebe a cidade como o texto e o contexto no qual uma série de sentidos são traçados a partir de uma apropriação do espaço que não o toma como dado, mas antes, enquanto oportunidade de criação no qual habitá-lo significa também deixar-se por ele habitar.

Estas indagações vêm me acompanhando desde que iniciei minha prática de acompanhante terapêutico no Hospital-dia “Casa Verde – Núcleo de Assistência à

Saúde Mental”¹⁴, localizado na zona sul da Cidade do Rio de Janeiro. Há cerca de cinco anos realizo o acompanhamento de um usuário que participa desta instituição. Sérgio é um adulto na faixa-etária de 40/50 anos de idade. Nos locais por onde transita, chama muito a atenção das pessoas, tanto pela sua altura que ultrapassa os 2,0 metros, como também por sua característica de gesticular bastante. Sérgio não pode sair desacompanhado porque se distrai com grande frequência em meio às suas rumações internas. Descrevo a seguir uma cena ocorrida no âmbito de um atendimento feito com ele, registrada em meu *Diário clínico*:

Hoje fui com Sérgio ao “Centro Cultural Justiça Federal” para vermos uma exposição. Ele estava um pouco agitado, andando de um lado para o outro nos corredores da instituição, suando muito. Tentei por vezes fazer com que pudéssemos sentar para conversar, mas estava difícil conter sua agitação. No entanto não falava nada com ninguém, apenas perambulava pelo prédio, eu atrás, tentando acompanhá-lo. Súbito, em uma galeria do edifício em que finalmente consegui sentar-me com Sérgio, vejo uma mulher de meia-idade murmurando com o segurança algo que logo vi tratar-se do incômodo gerado por conta de nossa presença ali. Resolvi aproximar-me a fim de saber qual era exatamente a sua queixa, e então me disse que era um absurdo a presença de Sérgio naquele local, definido por ela como um “lugar fino e de arte”. A mulher finalizou o seu discurso inflamado exigindo do segurança que retirasse Sérgio imediatamente dali, o que por sorte não foi feito. (Diário clínico, 15/07/2013)

Antes de passarmos à análise deste episódio, gostaria de assinalar que Sérgio se caracteriza por uma grande erudição, sendo muito afeito às saídas de cunho cultural, interessando-se em especial por exposições, filmes e peças de teatro. Entretanto, em algumas destas saídas, Sérgio entra em crise. Nestes momentos, sente-se extremamente desamparado, o que o leva, por vezes, a urinar e/ou defecar nas calças. Acredito ser importante acentuar que a despeito de existir o desejo em fazer essas saídas, estar nos meios sociais é algo muito custoso para ele, gerando medo e insegurança.

¹⁴ A título de referência, segue a descrição sobre os trabalhos desenvolvidos pela instituição: “A **Casa Verde – Núcleo de Assistência em Saúde Mental** iniciou suas atividades em 1994. Ao longo desses anos, construímos uma instituição que oferece uma série de dispositivos de tratamento no campo da saúde mental, tratamento este que é caracterizado pelos cuidados singulares no contexto de cada sujeito. Assim, apesar dos diversos dispositivos oferecidos possuírem uma área de atuação específica, eles formam uma rede de cuidados mais ampla. Essa rede, atualmente, é composta pelos serviços de *Espaço Diário de Assistência, Assistência à Dependência Química, Atendimentos e Consultas, Acompanhamento Terapêutico e Lazer Assistido.*” Para saber mais, acesse o site: <http://www.nucleocasaverde.com.br/>.

Agora voltemos à cena apresentada. Somente porque Sérgio circula pelos espaços públicos, aquela mulher pôde defrontar-se com a sua presença, sendo com isso, afetada pela diferença que ele enuncia. Olhando por outra perspectiva, a cena revela na figura do segurança a imagem alegórica de um impasse promissor: ser tutor da ordem, agindo como um burocrata irreflexivo? Ou, afirmar a presença da diferença nos ambientes destinados às trocas socioculturais?

Nos acompanhamentos terapêuticos que realizo, vejo-me, com grande frequência, instado a responder à exigência de assumir uma posição em meio aos acontecimentos imprevisíveis que irrompem na cena do AT. Nestes casos, serei o agente alienante, responsável por promover uma adaptação ao *corpus* social, fundada em violentas formas de apaziguamento da presença “desarrazoada” que a loucura impõe à pretensa ordem urbana “civilizada”? Ou, trabalharei junto aos sujeitos acompanhados de modo a criar as condições de possibilidade para que possam ocupar – sem susto – os espaços de troca intersubjetiva, favorecendo a participação deles nas dinâmicas sociais e no jogo cotidiano das afetações mútuas?

Cabe pensarmos ainda um pouco mais a respeito da seguinte questão: abertos os “portões” dos manicômios, desvenda-se aos olhos dos loucos um mundo não psiquiatrizado e imune às práticas excludentes? Infelizmente, a análise dos autores discutidos, bem como a cena apresentada, aponta para a necessidade de reconhecermos que, em muitos casos, não será este o horizonte existencial que estes indivíduos encontrarão pela frente.

Neste ponto, vale destacar uma vez mais que a destruição do hospital psiquiátrico não garante em si a interrupção nas práticas de “psiquiatrização” do sofrimento. Entretanto, constitui um importante passo, na medida em que retira o encargo do tratamento do louco da antiga situação de exclusivismo médico-psiquiátrico, devolvendo a questão para os demais setores da sociedade, sem que esta possa, como outrora, negligenciar de ocupar-se da parte que lhe cabe.

Com isso, cumpre indagar a respeito das conquistas e dos novos impasses que surgem quando é facultado ao louco o acesso às ruas, praças, avenidas, museus e demais espaços de sociabilidade, nos quais o encontro com a diferença desponta como evento potencialmente transformador. E então, quem seremos nós, ou qual o papel que desempenharemos em meio à dinâmica dos jogos de força que se atualizam nos espaços públicos?

Aqui, permito-me abrir mais um “parêntesis” no texto para expor outro registro feito em meu *Diário clínico*, relacionado a um caso de AT que acompanho há cerca de cinco anos. Nele penso estar condensada boa parte das questões que foram discutidas, especialmente no que tange às noções de *práticas territoriais e psicogeografia urbana e afetiva*:

Jean opera um furo na ordem social: dedo em riste, abre sua boca sem 1 dente sequer e proclama de modo quase inaudível os seus pensamentos peremptórios, repletos de sábias certezas. Em suas andanças solicita água nos restaurantes, mastiga e engole a guimba dos cigarros após fumá-los freneticamente um após o outro. Por vezes, retira sua genitália para fora da calça para urinar em uma movimentada praça localizada num bairro da zona sul da cidade, em plena luz do dia. Jean horroriza os passantes com os gestos que desfere no ar, incompreensíveis aos olhos deles. Afastam-se o quanto podem, sobretudo nos dias em que Jean exala um forte odor, mistura de cheiro de suor, urina e medicação. Tenho conversado com ele sobre o fato de urinar em público, no “meio” da rua, ofertando-lhe a possibilidade de buscarmos algum estabelecimento comercial no qual possa “aliviar-se” nestes momentos. Fato é que, se é verdade que por vezes os seus hábitos chocam pelo muito que destoam com relação aos “manuais” que regem as boas condutas sociais, também é inegável que deflagram outras possibilidades de existência, denotando todo um universo subjetivo muitíssimo particular, o qual possui uma organização que é criativa e autoral. Com o passar do tempo, meu incômodo inicial vai dando lugar à certeza de que o trabalho passa por deixá-lo atuar sua singularidade, intervindo o menos possível em seus processos subjetivos recheados de intensos diálogos internos, às vezes proclamados em murmúrios. Hoje mesmo fui surpreendido em dois momentos por pessoas que me abordaram perguntando por Jean. Respondi-lhes que já o havia deixado em casa, ao que suspiraram por não terem lhe encontrado. Uma destas pessoas é maître em um restaurante próximo à praça que frequentamos, e demonstra gostar muito de Jean, sempre dando-lhe água à vontade e franquiando o uso do banheiro; neste dia ele disse algo como: “Apesar de tudo ele é um homem que sabe ser educado”. O encontro com estas pessoas me faz pensar que existe todo um contingente de fatores positivos presente nos espaços coletivos. A despeito de já termos passado por situações constrangedoras, tais como expulsões de estabelecimentos comerciais, existe um circuito afetivo que sustenta Jean longe do enclausurado em um hospital psiquiátrico. As pessoas que encontrei hoje atestam a relação de pertencimento que ele estabelece com o entorno de sua casa. (Diário clínico, 30/08/2014)

A cena descrita deixa entrever as *práticas territoriais* que Jean desenvolve em meio aos espaços de sociabilidade. Aos poucos no desenrolar do AT fui me dando conta de que faz parte do trabalho com ele acompanhá-lo nos impasses que cria em seus itinerários citadinos. Neste sentido, penso que o mais importante é potencializar as suas cartografias subjetivas, frequentemente avessas ao modelo capitalista neoliberal que rege os códigos econômicos e socioculturais.

Com este intuito, tento atuar de modo a não regular os seus comportamentos, até mesmo no que se refere ao hábito de fazer xixi na rua, bem como ao seu gosto por adentrar estabelecimentos comerciais a fim de pedir água e café gratuitamente. Salvo quando considero imprescindível intermediar o jogo das relações que Jean estabelece com o entorno, em geral me abstenho de incorporar a figura de autoridade subjugadora e policialesca, optando por deixa-lo exercer o seu direito à cidade, nela inscrevendo a sua própria *psicogeografia urbana e afetiva*, rede a partir da qual se afirma no coletivo.

Mas resta uma questão muito importante dentro de todo esse contexto de discussão: afinal, de “que” cidade, está-se falando? Vejamos, então, no próximo capítulo que espaços de sociabilidade são estes, circunscrevendo melhor os fatores externos que atravessam o trabalho do acompanhamento terapêutico.

3

A cidade nossa de cada dia: o acompanhamento terapêutico na cena urbana

É possível ser diferente e viver junto. Pode-se aprender a arte de viver com a diferença, respeitando-a, salvaguardando a diversidade de um e aceitando a diversidade do outro. É possível fazer isso cotidianamente, de modo imperceptível, na cidade. (Confiança e medo na cidade, Zygmunt Bauman)

Finalizamos o capítulo anterior assinalando a importância de caracterizar, mais precisamente, o ambiente urbano que constitui o cenário no qual se desenrola a prática do acompanhamento terapêutico. Na primeira seção do presente capítulo, contextualizaremos os fatores socioeconômicos que perfazem o cotidiano de vida dos habitantes das metrópoles. Assim, o processo de urbanização, promulgado em diversas partes do mundo, será pensado à luz do sistema político global, perpetrado pela lógica neoliberal.

Nesta primeira parte, portanto, daremos ênfase às análises sociológicas desenvolvidas em torno da crítica acerca do fundamentalismo de livre mercado. Dentro desta perspectiva, o individualismo é uma noção-chave para a compreensão da disseminação de um contexto de isolamento e indiferença, no qual o contato com o outro é evitado a todo custo. Do ponto de vista da conformação dos espaços geográficos, este contexto perfaz um cenário em que há um esvaziamento na ocupação dos ambientes públicos, fragmentando o corpo coletivo e enfraquecendo a noção de cidadania, em especial no caso de indivíduos que não são incluídos na trama das trocas econômicas.

Na segunda seção, analisaremos os potenciais das práticas cotidianas, no sentido de exercerem uma micropolítica na qual é possível contrapor resistências à mercantilização dos espaços e à monetarização das relações, colocando em ação usos criativos, fora dos registros da ordem capitalística hegemônica. Neste caso, há a aposta nas apropriações da cidade que acentuam a sua dimensão plural, explorando a diversidade de formas de vida que compõe o domínio público.

Na parte final do capítulo, veremos de que modo o dispositivo do AT pode valer-se da assunção dos ambientes públicos como espaços de sociabilidade, no qual está em jogo a incorporação dos elementos do ambiente urbano como matéria de trabalho no âmbito desta modalidade clínica.

3.1 Industrialização e urbanização: o fenômeno das multidões

A maioria dos que passavam parecia gente satisfeita consigo mesma, e com os dois pés no chão. Pareciam apenas pensar em abrir caminho através da multidão. Franziam o cenho e lançavam olhares para todos os lados. Se recebiam um encontrão de outros transeuntes, não se mostravam mais irritados; ajeitavam a roupa e seguiam apressados. Outros – também esse grupo era numeroso – tinham movimentos desordenados, rostos robicundos, falavam consigo mesmos e gesticulavam, como se se sentissem sozinhos exatamente por causa da incontável multidão ao seu redor. (O homem da multidão, Edgar Allan Poe)

Pensar a cidade hoje requer um recuo até o final da Idade Média, momento histórico no qual os alicerces do fenômeno urbano começaram a ser fundados. Assim, para compreendermos as grandes concentrações demográficas que caracterizam as metrópoles contemporâneas, é preciso fazer este salto para o passado, a fim de melhor circunscrever as condições de possibilidade que deram ensejo ao modo de vida urbano.

Segundo a arquiteta e urbanista Raquel Rolnik (1994), até o final da Idade Média, à existência material da cidade somava-se a sua dimensão política, a qual irrigava as atividades sociais que eram desenvolvidas. O uso dos espaços públicos era apropriado pelos cidadãos sem que houvesse uma distinção efetiva entre vida coletiva e vida privada. Neste contexto, toda a atividade humana se inscrevia no âmbito dos espaços de sociabilidade:

Fruto da imaginação e trabalho articulado de muitos homens, a cidade é uma obra coletiva que desafia a natureza. Ela nasce com o processo de sedentarização e seu aparecimento delimita uma nova relação homem/natureza: para fixar-se em um ponto para plantar é preciso garantir o domínio permanente de um território. Imbricada portanto com a natureza mesma da cidade está a organização da vida social e conseqüentemente a necessidade de gestão da produção coletiva. Indissociável à existência material da cidade está sua existência política. (Rolnik, 1994, p.7-8)

O esvaziamento da dimensão política no uso dos espaços teve início no século XVI, em função do processo de mudança da sociedade feudal para a sociedade moderna. Este processo atravessou os séculos XVI e XVII, alcançando o clímax no século XVIII, momento marcado pelo ocaso da aristocracia e pela ampla ascensão da burguesia, consolidando o declínio da economia de subsistência e a prevalência de uma economia de tipo mercantil.

Ainda de acordo com Rolnik (1994), o Estado Moderno teve início neste período, sendo, portanto, tributário da transformação das cidades em centros de produção e consumo. Neste contexto, os valores burgueses sedimentaram o imperativo de ordem social, fazendo com que o isolamento e a privacidade se tornassem valores a serem cultivados. Entrementes, a família e o Estado desempenharam um importante papel, complementando-se na tarefa de desencadear profundas mudanças nos modos de vida. Daí a autora sublinhar a forma como os ideais de segregação e exclusão foram incorporados ao projeto urbano:

A construção de instituições fechadas e isoladas procura confinar, sob vigilância permanente, uma população marginal que desafia e ameaça a fluidez da máquina-cidade. Por outro lado, a construção desses equipamentos públicos tem a ver com o pacto que se estabelecia entre Estado e família, quando se constitui o “lar” burguês: o poder na família é a garantia local para o cumprimento das leis do Estado. O Estado, por sua vez, fornece à família os meios para conter seus membros não integrados. Assim, ao mesmo tempo que se estrutura o lar – a casa isolada da família burguesa – os loucos, vagabundos e doentes da família são retirados do convívio com a cidade e “cuidados” pelo poder público. (Rolnik, 1994, p.61-62)

A exigência pela delimitação entre público e privado começou a ganhar forma na época da modernidade europeia. Neste período, constituíram-se os primórdios da segregação espacial urbana, posteriormente disseminada para outras partes do mundo. Instaurou-se, com isso, o divórcio entre a sociedade e o indivíduo, em que pese a primazia do individualismo em detrimento da dimensão coletiva.

No entanto, foi somente no século XIX, em função da Revolução Industrial, que o planejamento das cidades sofreu um conjunto de intervenções urbanas sem precedentes, marcando uma nova etapa no âmbito da organização espacial. Rolnik (1994) destaca em que medida a industrialização da produção foi determinante para o processo de urbanização:

O que aconteceu com as cidades quando passaram a abrigar as grandes indústrias foi, sem dúvida, uma revolução que alterou decididamente o caráter e a natureza da aglomeração urbana. Antes de mais nada, com a industrialização da produção assistimos a um processo de urbanização numa escala jamais conhecida. (p. 73)

A partir da segunda metade do século XIX, a *urbe* moderna passou a ser objeto de conhecimento em torno do qual se desenvolveu toda uma logística do

espaço, amplamente arquitetada pelo urbanismo, disciplina que desponta neste período como um novo campo do saber. A este respeito, Françoise Choay (1994) pontua que:

A palavra urbanismo, criada na segunda metade do século XIX, consagra o aparecimento de um discurso específico sobre o urbano e um enfoque radicalmente novo da cidade como objeto: atitude instaurada pela grande ruptura da revolução industrial, onde é preciso reter a repercussão das transformações tecnológicas, econômicas e demográficas, que fizeram surgir uma nova problemática do urbano e, igualmente, a dimensão crítica que doravante afetará as relações da sociedade ocidental com suas produções. (p. 13)

Industrialização e urbanização são fenômenos complementares que suscitam uma série de questionamentos relacionados às condições de vida nas metrópoles, forçando os indivíduos a se ajustarem aos novos modos de sociabilidade então impostos. Dentre as consequências de todo este processo, destaca-se a grande concentração de pessoas atraídas pelas novidades tecnológicas, muitas delas advindas do campo.

Choay (1994) assinala que a multidão que passou a ocupar as ruas das grandes cidades representou uma série de desafios à ordem pública. O rápido avanço tecnológico, promulgado pelo desenvolvimento da indústria, implicou em uma série de problemas, tais como: o aumento no risco de proliferação de doenças transmissíveis por contágio, o desemprego industrial, a falta de moradias e de empregos, as ameaças de revolta e sublevações à ordem instaurada, dentre outras mazelas que passaram a assolar o viver urbano. Portanto, tornou-se necessário repensar o espaço geográfico destinado ao uso comum, a título de evitar ao máximo tanto o risco da existência de ambientes insalubres, quanto a ameaça de desordem e de caos generalizado, insuflada pelas revoltas e insurreições.

De acordo com Robert Pechman (1994), o urbanismo prosperou dentro deste contexto, tendo como base os ideais propalados pelo discurso de que a conformação demográfica das cidades propiciaria a disseminação de inúmeras doenças e vícios comportamentais. Neste sentido, coube ao urbanismo desempenhar, desde o seu início, a tarefa de articular “ordem urbana” e “ordem social”, respondendo pelo planejamento das cidades de modo a esquadrihar o “mapa das intervenções no espaço” (p.31).

A execução das medidas de segregação e controle implicou na incorporação da lógica racionalista ao planejamento dos espaços públicos. Instrumentalizadas, as cidades foram o alvo de uma assepsia com vistas à regulamentação e massificação das formas de vida e de troca sociocultural.

A compleição dos espaços – formada por uma péssima rede de escoamento, ruas demasiado estreitas, dentre outros fatores – demandou a instauração de uma ordem urbana capaz de equacionar os meios para que a disciplina social fosse garantida. Assim, as estratégias de intervenção foram realizadas em nome da saúde coletiva e em prol de uma maior agilidade na circulação de pessoas e mercadorias.

O espaço público deixa de ser o lugar onde se forja a cultura e se transforma em puro espaço de circulação. Esse movimento não passa despercebido às representações, vindas de todos os campos de saber, que dão corpo às imagens da cidade. Público e privado são desenhados pelo imaginário como estando drasticamente separados e passam a definir os novos padrões de conduta na cidade. A rua passou a ser apresentada – agora sem movimentos parasitas, sem superfícies rugosas, sem inércias – como puro espaço de circulação que remete apenas para as esferas de consumo e do trabalho. (Pechman, 1994, p. 33)

A demanda por agilidade no fluxo de pessoas e de mercadorias fez com que a cidade se tornasse o palco privilegiado das transformações engendradas pela lógica capitalista, sendo operadas as medidas necessárias para facilitar a produção e o consumo de bens e serviços. O aumento na velocidade de circulação pode ser constatado na política de abertura das grandes avenidas, notadamente em Paris e Londres, capitais pioneiras no processo de reforma urbana.

O enfraquecimento das relações de sociabilidade é a consequência direta do planejamento e ordenamento dos espaços públicos, uma vez que este processo perfez toda uma estilística de uso da cidade como um ambiente funcional, alinhavado aos imperativos político-econômicos de mercado. É a isso que Pechman (1994) se refere ao enunciar a “morte da cidade por desagregação”:

A territorialização da ordem a partir da inscrição na paisagem urbana de uma geometria, de uma abstração, irá subverter por completo a lógica que estruturava a vida urbana, comprometendo seriamente o destino daqueles nômades urbanos que sempre sobreviveram nas dobras do espaço público. A quebra da densidade histórica da cidade que se apoiava numa rede de relações, desenvolvida ao longo do tempo, a partir das possibilidades de contatos e de vínculos que a cidade permitia, provocará o estilhaçamento de uma cultura que só podia sobreviver fora

das normas, longe das disciplinas. Constitui-se uma ordem urbana que instaura o “urbano” onde antes era a cidade. (p. 32)

Na primeira metade do século XX, autores do campo da sociologia, tais como Georg Simmel e Louis Wirth, dissertaram sobre as implicações deste cenário no campo das individualidades, originadas, especialmente, pelo aumento da ocupação dos grandes centros urbanos na modernidade. Ambos teceram importantes considerações acerca do cotidiano de vida nas metrópoles, tornando-se importantes referências para compreendermos as contingências que marcaram a época em que se deu o *boom* da ocupação destes centros.

Em texto que se tornaria um clássico, *A metrópole e a vida mental*, Simmel (1902 [1973]) traça uma relação entre o “individual” e o que designou como “superindividual”. Tais conceitos são usados pelo autor a fim de apresentar os contrastes entre a vida no campo, própria à lógica rural, e a vida nas metrópoles, organizada em torno da produção em larga escala sitiada nas fábricas.

Em linhas gerais, o autor assinala que desde a época do Iluminismo, no século XVIII, os meios urbanos tornaram-se a sede dos ideais de liberdade e individualidade. Em torno destes ideais se edificou o padrão de racionalidade técnica, responsável por fomentar a especialização nos meios de trabalho industriais.

De acordo com Simmel (1902 [1973]), a aceleração dos meios de produção, possibilitada pelos avanços técnicos no século XIX, imprimiu um ritmo de vida veloz nas grandes cidades. Ademais, a alta densidade demográfica urbana levou a profundas mudanças no campo das sensibilidades: a fim de garantir a sobrevivência em meio à convivência junto a uma multidão de pessoas, fez-se necessária uma reeducação dos sentidos, ensejando uma série de códigos de conduta partilhados pelos indivíduos, então obrigados a desenvolver defesas frente ao excesso de estímulos externos vividos como “choques”.

O contexto generalizado de indiferença no âmbito das sociabilidades é descrito por Simmel (1902 [1973]) como o resultado de todo este processo. É neste sentido que o autor aponta a “atitude blasé” como o principal fenômeno psíquico vivido nas grandes cidades, fenômeno este caracterizado basicamente por uma atitude mental de reserva de uns para com os outros, no intuito de dissimular

os sentimentos de aversão, estranheza e repulsa mútuos, amplamente disseminados:

Com a atitude blasé, a concentração de homens e coisas estimula o sistema nervoso do indivíduo até seu mais alto ponto de realização, de modo que ele atinge seu ápice. Através da mera intensificação quantitativa dos mesmos fatores condicionantes, essa realização é transformada em seu contrário e aparece sob a adaptação peculiar da atitude *blasé*. Nesse fenômeno, os nervos encontram na recusa a reagir a seus estímulos a última possibilidade de acomodar-se ao conteúdo e à forma da vida metropolitana. (p. 17)

Wirth (1938 [1973]), por sua vez, assevera que apesar do cotidiano de vida urbana obrigar os sujeitos a estarem em contato uns com os outros com maior frequência em comparação com a vida no campo, não se verifica, neste caso, um maior aprofundamento das relações. Há, pelo contrário, um contexto de superficialidade nas trocas intersubjetivas.

Richard Sennett (1988) também dissertou sobre o individualismo fomentado pelo fenômeno urbano, investigando suas implicações no campo das sensibilidades e das trocas socioculturais. Em seu livro *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade*, o autor descreve a “visão íntima da sociedade” como sendo a categoria moderna em torno da qual vigora a exigência de isolamento e a necessidade de investigação psicológica do universo interior do indivíduo. Tem-se, com isso, um desequilíbrio entre mundo externo e mundo interno, com um evidente privilégio do segundo com relação ao primeiro, isto é, a vida privada sobrepõe-se, radicalmente, à vida pública:

Não obstante, a psique é tratada como se tivesse uma vida interior própria. Considera-se esta vida psíquica tão preciosa e tão delicada que fenecerá se for exposta às duras realidades do mundo social e que só poderá florescer na medida em que for protegida e isolada. O eu de cada pessoa tornou-se o seu próprio fardo; conhecer-se a si mesmo tornou-se antes uma finalidade do que um meio através do qual se conhece o mundo. (p. 16)

De acordo com Sennett (1988), a “tirania da intimidade” esgarçou os laços sociais, implodindo o equilíbrio entre vida pública e vida privada. À medida que o “eu” do indivíduo isolado tornou-se o princípio regulador do contrato social, houve um retraimento do terreno público como espaço do encontro:

Creio que a frustração que o contato íntimo provoca na sociabilidade é, antes, o resultado de um longo processo histórico, um processo em que os próprios termos da natureza humana foram transformados num fenômeno individual, instável e auto-absorvido, que chamamos “personalidade”. (...) Gradualmente, essa força perigosa, misteriosa, que era o eu, passou a definir as relações sociais. (p. 412-413)

Portanto, o paradoxo vivido nas metrópoles reside na seguinte equação: quanto maior a aglomeração de pessoas, maior é a tendência ao isolamento. De modo análogo, quanto maior a visibilidade pública, mais necessidade de reserva com relação ao(s) outro(s):

Até agora, empregamos o termo “isolamento” em dois sentidos: em primeiro lugar, significa que os habitantes ou os trabalhadores de uma estrutura urbana de alta densidade são inibidos ao sentirem qualquer relacionamento com o meio no qual está colocada essa estrutura. Em segundo lugar, significa que, assim como alguém pode se isolar em um automóvel particular para ter liberdade de movimento, também deixa de acreditar que o que o circunda tenha qualquer significado além de ser um meio para chegar à finalidade da própria locomoção. Existe ainda um terceiro sentido, um sentido um tanto mais brutal de isolamento social em locais públicos, um isolamento produzido diretamente pela nossa visibilidade para os outros. (...) Quando todos estão se vigiando mutuamente, diminui a sociabilidade, e o silêncio é a única forma de proteção. (Sennett, 1988, p. 29)

O isolamento descrito pelo autor aponta para a perversão do laço fraterno na experiência moderna. O vínculo social entre os indivíduos que habitam a cidade atualmente encontra-se fragmentado, isto é, reduzido a grupos cada vez mais restritos, organizados em torno dos iguais. O desejo de viver em contato com o(s) outro(s) diferente(s), isto é, com a alteridade, é esvaziado, resultando em um maior afastamento, ainda que, paradoxalmente, os espaços públicos atraiam um grande fluxo de pessoas:

Forasteiros, desconhecidos, dessemelhantes, tornam-se criaturas a serem evitadas; os traços de personalidade compartilhados pela comunidade tornam-se cada vez mais exclusivos. O próprio ato de compartilhar se torna cada vez mais centralizado nas decisões sobre quem deve e quem não deve pertencer a ela. O abandono da crença na solidariedade de classe nos tempos modernos, em favor de novos tipos de imagens coletivas, baseados na etnicidade, ou no *quartier*, ou na região, é um sinal desse estreitamento do laço fraterno. A fraternidade se tornou empatia para um grupo selecionado de pessoas, aliada à rejeição daqueles que não estão dentro do círculo local. (Sennett, 1988, p. 325, grifado no original)

No livro *Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental*, Sennett (2008) se detém na análise acerca dos avanços no planejamento dos

espaços públicos, com enfoque especial na segunda metade do século XX. O cenário espacial contemporâneo é descrito pelo autor como desdobramento da cena moderna, em que pese o enfraquecimento cada vez maior dos laços que outrora regiam o intercâmbio de experiências no coletivo, configurando a escalada de uma “geografia urbana fragmentada e descontínua” (p.17).

Sennett aponta para uma forma específica de organização social em torno das metrópoles, favorecendo uma circulação dos corpos pouco engajada com a diversidade, isto é, com os jogos de força instaurados nos espaços públicos. O território da cidade, cujo propósito deveria residir no encontro com a variabilidade de experiências, implícita na origem da noção de *polis*, é cada vez mais obstruído por um contexto marcado principalmente pela dispersão, pelo individualismo e pelo isolamento.

Como desdobramento deste cenário, o autor assinala um estado geral de apatia dos sentidos no qual se pode observar uma gestão da percepção e das condutas nos espaços públicos, limitando a capacidade de estabelecer vínculos. Em meio à “selva de concreto” – caracterizada pelo grande número de edifícios, cada vez mais altos e imponentes – a vida nas grandes metrópoles transforma-se vertiginosamente, resultando em um estado de crescente desconexão com o outro, tornado um estranho a ser evitado, o mesmo ocorrendo com os espaços coletivos, esvaziados em seu potencial de troca, tal como anteriormente apontado por Simmel e Wirth.

Hoje em dia ordem significa falta de contato. (...) A massa de corpos que antes aglomerava-se nos centros urbanos hoje está dispersa, reunindo-se em pólos comerciais, mais preocupada em consumir do que com qualquer outro propósito mais complexo, político ou comunitário. Atualmente, em meio à multidão a presença de outros seres humanos é ameaçadora. (Sennett, 2008, p.18-19)

Configuradas como grandes corredores, as vias expressas ocupam cada vez mais espaços que outrora eram destinados ao convívio coletivo. Segundo Sennett, a pouca vinculação com o que está ao nosso redor conforma um movimento de corpos paradoxalmente livres e desinvestidos, isto é, aparentemente autônomos com relação aos percursos a serem trilhados, mas ao mesmo tempo reféns de uma incapacidade de lidar com as presenças alheias. É neste contexto que o autor aponta os automóveis como o símbolo máximo da arquitetura urbana, sendo

destinados a blindar os sujeitos do contato com aquilo que está do lado de fora da “caixa-metálica”, de modo a responder ao imperativo da pressa e da velocidade.

Sennett (2008) assevera ainda que as experiências introduzidas pelos meios de transporte de alta velocidade se constituem como importante vetor sociocultural na afirmação de uma sociedade que evita a todo custo o risco do conflito, mantendo à distância tudo aquilo que manifesta diferença com relação aos ideais dominantes. Em decorrência disso, a cidade perde em relevo, uma vez que a velocidade dos automóveis dissolve os horizontes, comprimindo as experiências espaço-temporais dos sujeitos, espectadores passivos que assistem das janelas a passagem veloz de seus corpos diante das paisagens, tornadas efêmeras.

Sennett (2008) acrescenta que aliado aos avanços operados nos meios de transporte, houve nas últimas três décadas do século XX o *boom* das tecnologias de comunicação midiática. Com isso, as telecomunicações reduziram a necessidade dos deslocamentos, banalizando os percursos geográficos e performando um cenário no qual a supressão das distâncias espaço-temporais implodiu com a outrora indispensável presença física nas relações entre os homens, agilizando e ampliando a capacidade dos intercâmbios socioculturais.

Por outro lado, os meios de comunicação de massa também esvaziaram ainda mais a experiência de ocupação do ambiente urbano por parte dos cidadãos. Este dado permitiu a eclosão de uma existência etérea no qual o importante não é propriamente aquilo que somos capazes de comunicar uns aos outros – nem tampouco a intensidade das trocas intersubjetivas –, e sim o automatismo das trocas, cujo propósito reside nos princípios apregoados pela ordem político-econômica neoliberal.

Neste contexto, o sentido da presença do homem no mundo é alterado em muitos aspectos, centrando-se não mais no “aqui e agora” de seu cheiro, sua respiração e transpiração. Assim, a existência passou a se organizar em torno das telas midiáticas, com um preocupante esvaziamento da dimensão política que atravessava o urbano.

Na esteira destas questões, Milton Santos (2002) desenvolve uma “teoria social crítica”, a fim de discutir acerca das novas apropriações do espaço geográfico, em decorrência das inovações tecnológicas criadas no pós-guerra. No livro *A natureza do espaço*, o autor caracteriza o espaço atual como “meio

técnico-científico-informacional”, sistematicamente submetido ao processo de tecnicização baseado nos dados e arranjos científicos disseminados pela comunicação midiática.

A “tecnociência” desponta como conceito usado por Santos (2002) para aludir à profunda interação existente entre a técnica e a ciência, em prol dos interesses do mercado global. O terceiro eixo que compõe o que o autor designa como “meio técnico-científico-informacional” diz respeito à velocidade da informação. Tudo o que acontece localmente ganha vulto instantâneo em outras partes do mundo, o que faz com que o sistema técnico-científico tenha alcance global, garantindo uma pulverização imediata. Neste contexto, o espaço geográfico fica submetido aos ditames do processo de globalização:

Os espaços assim requalificados atendem sobretudo aos interesses dos atores hegemônicos da economia, da cultura e da política e são incorporados plenamente às novas correntes mundiais. O meio técnico-científico-informacional é a aparência geográfica da globalização. A diferença, ante as formas anteriores do meio geográfico, vem da lógica global que acaba por se impor a todos os territórios e a cada território como um todo. (p. 239)

Santos (2002) assinala que o pensamento tecnocrático, o qual enforma a racionalidade das máquinas, acaba sendo apropriado pelos homens em seus modos de sentir, refletir e agir no mundo. Desta forma, ao instrumentalizarmos o uso dos objetos técnicos criados, estamos também, com frequência, abdicando de viver a vida de outras maneiras, que não apenas aquelas dirigidas pela “razão formalizada”, as quais visam normatizar as ações para melhor dominá-las:

Essas ações racionais são movidas por uma racionalidade obediente à razão do instrumento, ação deliberada por outros, ação insuflada. Para a maior parte da humanidade, elas não são informadas de modo endógeno, mas informadas de fora. (...) A atual divisão do trabalho, entre indivíduos, empresas, instituições, tem como base essa aceitação da alienação. O mundo de hoje marca, assim, o primado da ação racional, como ação instrumental, sobre a ação simbólica. (p. 223-224)

De acordo com a visão crítica apresentada por Santos em sua análise acerca do sistema mercantil global, os objetos técnicos e as ações humanas são orientados pelas estratégias de cálculo e controle, o que faz com que os espaços sociais percam em potencial simbólico de criação. Neste sentido, a cidade fica enrijecida, despojada de sua dimensão plástica diante das normas globais:

O endurecimento da cidade é paralelo à ampliação da intencionalidade na produção dos lugares, atribuindo-lhes valores específicos e mais precisos, diante dos usos preestabelecidos. Esses lugares, que transmitem valor às atividades que aí se localizam, dão margem a uma nova modalidade de criação de escassez e a uma nova segregação. Esse é o resultado final do exercício combinado da ciência e da técnica e do capital e do poder, na reprodução da cidade. (Santos, 2002, p. 251)

Engendrados pelo mercado global, os mecanismos de dominação destilam as estratégias de lucro econômico, intervindo no território – localmente – por meio dos organismos supranacionais, os quais visam modernizar as cidades de acordo com os seus interesses. Santos descreve o modo como o processo de globalização opera no sentido de esvaziar o uso dos espaços públicos pela maioria da população, promovendo o aprofundamento das desigualdades sociais e das práticas de segregação:

O uso dos recursos sociais, a começar pelos bens coletivos, torna-se irracional. A globalização, pois, tem um papel determinante na produção da irracionalidade e no uso irracional da máquina urbana. A cidade já vinha criando os seus excluídos e os seus irracionais. O processo de globalização acelera essa tendência. (Santos, 2002, p. 306)

Dentro desta mesma perspectiva crítica, David Harvey (2014) nos orienta na compreensão da íntima relação existente entre o capitalismo e os processos de urbanização. Segundo o autor, o desenvolvimento urbano das cidades é realizado de acordo com os arranjos do mercado financeiro global:

O capitalismo fundamenta-se, como nos diz Marx, na eterna busca de mais-valia (lucro). Contudo, para produzir mais-valia, os capitalistas têm de produzir excedentes de produção. Isso significa que o capitalismo está eternamente produzindo os excedentes de produção exigidos pela urbanização. A relação inversa também se aplica. O capitalismo precisa da urbanização para absorver o excedente de produção que nunca deixa de produzir. (Harvey, 2014, p. 30)

A política urbana, calcada no fundamentalismo de livre mercado, faz com que a cidade se torne uma mercadoria cujo usufruto se destina a poucas pessoas, notadamente aquelas que possuem acesso ao capital financeiro. A este respeito, Harvey (2014) assevera que:

A tendência pós-moderna a estimular a formação de nichos de mercado, tanto nas escolhas de estilo de vida urbano quanto de hábitos de consumo e formas culturais,

envolve a experiência urbana contemporânea em uma aura de liberdade de escolha no mercado, desde que você tenha dinheiro e possa se proteger da privatização da redistribuição da riqueza por meio da florescente atividade criminosa e das práticas fraudulentas e predatórias (cuja escalada é onipresente). (p. 46)

Os mercados monetários, criados e geridos pelas corporações supranacionais, trabalham no sentido de pré-determinar a finalidade dos centros urbanos, com vistas a modular o uso dos espaços. Assim, a dinâmica mercadológica urbana é organizada de acordo com uma ética neoliberal individualista e insufladora da competição. Dispersas, as pessoas tendem a responder de forma acrítica aos imperativos de consumo impostos pelo excedente de capital enxertado na cidade:

É um mundo em que a ética neoliberal do intenso individualismo, que quer tudo para si, pode transformar-se em um modelo de socialização da personalidade humana. Seu impacto vem aumentando o individualismo isolacionista, a ansiedade e a neurose em meio a uma das maiores realizações sociais (pelo menos a julgar por sua gigantesca escala e pelo fato de ser quase onipresente) já criadas na história humana para a concretização de nossos mais profundos desejos. Contudo, as falhas do sistema também são demasiado evidentes. Vivemos cada vez mais em cidades divididas, fragmentadas e propensas a conflitos. (Harvey, 2014, p. 47)

A “cidade-negócio” neoliberal, descrita por Harvey, é maciçamente investida pela especulação imobiliária, responsável pela disseminação do processo de urbanização mundo afora. A desapropriação das massas urbanas do direito à cidade – evidenciada na prática sistemática de remoção de grupos de pessoas de seus locais de moradia, em curso em diversas partes do mundo – promove o enfraquecimento da cidadania e do sentimento de pertencimento social, fragmentando o corpo coletivo urbano¹⁵. Neste sentido, o autor aponta que:

O recente ressurgimento da ênfase na suposta perda da comunalidade urbana reflete os impactos aparentemente profundos da recente onda de privatizações, cercamentos, controles espaciais, policiamento e vigilância na qualidade da vida urbana em geral e, em particular, na potencialidade de se criar ou inibir novas formas de relações sociais (novos bens comuns) em um processo urbano influenciado, quando não dominado, por interesses de classe dos capitalistas. (Harvey, 2014, p. 134)

¹⁵ A despeito disso, cumpre assinalar que nos últimos anos há um processo de reivindicação do direito à cidade em diversas partes do mundo. Trata-se de redes de indignação que se manifestam através da ocupação política dos espaços públicos. A este respeito, ver o artigo de Carolina Corrêa e Solange Jobim e Souza (2014): “Subjetividade indignada: movimentos em rede e a afirmação da democracia”.

Deste modo, verifica-se a apropriação privativa dos espaços de sociabilidade destinados ao uso comum, os quais deveriam ser compartilhados por todos os cidadãos, sem distinção e/ou exceção. A privatização dos espaços se dá, portanto, pela monetarização e mercantilização dos bens coletivos:

Essa é, sem dúvida, uma maneira bem melhor de explicar a verdadeira tragédia dos comuns urbanos em nossa época. Os que criam um cotidiano comunitário interessante e estimulante acabam por perdê-lo para as práticas predatórias dos agentes imobiliários, dos financistas e dos consumidores de classe alta, que carecem totalmente de qualquer imaginação social urbana. Quanto melhores as qualidades comuns que um grupo social cria, mais provável é que sejam tomadas de assalto e apropriadas por interesses privados de maximização de lucros. (Harvey, 2014, p. 152-153)

Entretanto, Santos (2002) adverte sobre o caráter de imprevisibilidade das ações desempenhadas pelos indivíduos nos ambientes públicos, fazendo “vácuo” no contexto generalizado de dominação e alienação. Há, portanto, uma margem de resistência presente nas apropriações autônomas no uso da cidade. De acordo com o autor, os cenários urbanos são compostos pelos usos locais, ou seja, forjados no aqui e agora das práticas dos habitantes, o que abre para toda uma diversidade de intercâmbios e condutas, impensados pela ordem global. A resistência apontada refere-se, portanto, à gesta cotidiana que escapa aos ideais que visam ao planejamento e ordenamento do espaço, com ênfase nas trocas socioafetivas que nele podem ocorrer. Afinal, são os homens que significam o viver coletivo, dotando de conteúdos sempre renovados as formas existentes na paisagem urbana.

É dentro desta perspectiva que o autor concebe a noção de “forma-conteúdo”, argumentando que cada novo evento transforma a forma antiga, pois “a ação sempre se dá sobre o meio, combinação complexa e dinâmica, que tem o poder de deformar o impacto da ação” (p. 95). A síntese deste encontro entre as ações passadas – paisagens já existentes – e as ações atuais – conformadoras da sociedade no presente, ocorre no espaço geográfico, o qual está em permanente estado de mutação:

É a sociedade, isto é, o homem, que anima as formas espaciais, atribuindo-lhes um conteúdo, uma vida. Só a vida é passível desse processo infinito que vai do passado ao futuro, só ela tem o poder de tudo transformar amplamente. (...) Uma casa vazia ou um terreno baldio, um lago, uma floresta, uma montanha não participam do

processo dialético senão porque lhes são atribuídos determinados valores, isto é, quando são transformados em espaço. O simples fato de existirem como formas, isto é, como paisagem, não basta. A forma utilizada é coisa diferente, pois seu conteúdo é social. Ela se torna espaço, porque forma-conteúdo. (Santos, 2002, p. 95)

A teoria social crítica, desenvolvida por Santos, trabalha no sentido de propor outra globalização, diversa da atualmente hegemônica, notadamente excludente e segregativa. Há, neste caso, a aposta no potencial de uso dos territórios como espaços de “transindividualidade”, ou seja, ambientes nos quais as experiências podem ser compartilhadas de forma horizontal e não hierarquicamente sobredeterminadas pelo capital financeiro. O território é, portanto, o espaço onde as interações sociais ocorrem pela via do que o autor denomina “contrarracionalidade”, para contrapor ao domínio racional do cálculo e da previsibilidade, almejado pelo capitalismo de mercado:

O momento que estamos vivendo – e a racionalização do espaço é esse limite – aponta para essa perda da razão. Mas, ao mesmo tempo, e felizmente, aponta para a possibilidade da construção de um novo sentido, a partir justamente da elaboração das contrarracionalidades que a análise geográfica revela nos comportamentos atuais do campo e da cidade. (Santos, 2002, p. 309-310)

Santos caracteriza o confronto entre a “razão global” e a “razão local” – ou “ordem global” e “ordem local” – como uma tensão permanente que atravessa os meios urbanos, compondo a arena na qual há a superposição entre a macropolítica e a micropolítica. Deste modo, o eixo das escalas superiores é atualizado – materializado – nas formas cotidianas locais, configurando o espaço geográfico como a síntese desta tensão. Daí a aposta do autor no potencial das ações locais, uma vez que é no território que o conflito se resolve:

No lugar – um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições – cooperação e conflito são a base da vida em comum. Porque cada um exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a contiguidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, por meio da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade. (Santos, 2002, p. 322)

Tal como visto nesta seção, há o perigo constante de esvaziamento dos usos coletivos do espaço. No contexto contemporâneo os ambientes públicos são atravessados pelos interesses privados das grandes empresas, e apropriados de forma a alocar o capital gerado pelo mercado corporativista. No entanto, a análise desenvolvida pelos autores acima não se restringe à crítica ao estado atual das cidades; ela permite o vislumbre de alternativas capazes de opor resistência aos mecanismos hegemônicos de intervenção capitalística.

Na próxima seção, o dispositivo clínico do acompanhamento terapêutico será remetido a este contexto de discussão. Veremos de que modo(s) o AT pode ensejar outras formas de apropriação da cidade que escapam aos usos pautados pelos interesses econômicos de mercado.

3.2

Os usos não programados do espaço: inspirações conceituais e metodológicas para o campo do AT

A obscuridade da gramática e da lei! Os dicionários só são considerados fontes fáceis de completo saber pelos que nunca os folhearam. Abri o primeiro, abri o segundo, abri dez, vinte enciclopédias, manuseei in-folios especiais de curiosidade. A rua era para eles apenas um alinhado de fachadas, por onde se anda nas povoações... Ora, a rua é mais do que isso, a rua é um fator da vida das cidades, a rua tem alma! (A alma encantadora das ruas, João do Rio)

Malgrado o contexto generalizado de fragmentação e dispersão no espaço-tempo da *polis* urbana, o filósofo francês Henri Lefebvre (1968 [2008]) conjuga a análise crítica a respeito da cidade com a aposta de que é preciso perscrutar, no cotidiano urbano, as práticas sociais que insistem em reivindicar para a vida em comunidade o estatuto de valor de uso. Assim, ao valor de troca se contrapõem os usos não totalmente codificados pelo poder dominante:

O que traz argumentos para apoiar uma tese: a cidade e a realidade urbana dependem do valor de uso. O valor de troca e a generalização da mercadoria pela industrialização tendem a destruir, ao subordiná-las a si, a cidade e a realidade urbana, refúgios do valor de uso, embriões de uma virtual predominância e de uma revalorização do uso. No sistema urbano que procuramos analisar se exerce a ação desses conflitos específicos: entre valor de uso e valor de troca, entre a mobilização da riqueza (em dinheiro, em papel) e o investimento improdutivo na cidade, entre a acumulação do capital e sua dilapidação nas festas, entre a extensão do território dominado e as exigências de uma organização severa desse território em torno da cidade dominadora. (p.14, grifado no original)

Lefebvre (1968 [2008]) defende o “direito à cidade” como prerrogativa que se opõe à evidente escalada do uso racionalista e utilitarista dos espaços públicos, no qual a mercantilização da vida tornou-se hábito comum, tal como apontado na seção anterior. Daí o autor chamar a atenção para as apropriações dos ambientes urbanos que escapam ao domínio programado, afinal, vista em profundidade, a cidade deixa entrever os jogos de força que perfazem o espetáculo das ruas e ensinam as táticas que ali se insinuem.

Portanto, o que Lefebvre deixou de legado está sintetizado no convite a adensarmos a percepção da cidade como espaço que pode ser apropriado para além do valor de troca, promulgado pelos interesses econômicos de mercado. Neste caso, os meios urbanos são tidos como espaços de intervenção coletiva, cujo valor de uso extrapola as propostas desenvolvidas com fins monetários e/ou materiais.

Desta forma, a cidade é obra a ser associada mais com a obra de arte do que com o simples produto material. Se há uma produção da cidade, e das relações sociais na cidade, é uma produção e reprodução de seres humanos por seres humanos, mais do que uma produção de objetos. (Lefebvre, 1968 [2008], p. 52)

Lefebvre constata o crescente uso da *urbe* como produto mercadológico, destinado ao lucro econômico. Entretanto, o autor não se limita a isso, incitando o leitor a reconhecer na cidade as apropriações feitas sub-repticiamente, em paralelo aos intercâmbios comerciais. Para tanto, traz à tona o exemplo do que havia, no início, daquilo que hoje conhecemos como cidade, o qual remonta à Idade Média:

Assim era a cidade que a idade média ocidental criou. Animada, dominada por mercadores e banqueiros, essa cidade foi a obra deles. Pode o historiador concebê-la como um simples objeto de tráfico, uma simples ocasião de lucro? Absolutamente, de modo algum. Esses mercadores e banqueiros agiam a fim de promover e generalizar a troca, a fim de estender o domínio do valor de troca; e, no entanto, a cidade foi para eles bem mais um valor de uso do que valor de troca. (...) De maneira que, paradoxalmente, a cidade dos mercadores e banqueiros continua a ser para nós o tipo e o modelo de uma realidade urbana onde o *uso* (a fruição, a beleza, o encanto dos locais de encontro) predomina ainda sobre o lucro e o proveito, sobre o valor de troca, sobre os mercados e suas exigências e coações. (Lefebvre, 1968 [2008], p.52-53)

Lefebvre soube diagnosticar, com precisão, a dinâmica do jogo de forças existente entre os interesses do capital financeiro, e as práticas de resistência e

subversão à ordem programada, colocadas em ação pelas táticas cotidianas dos usuários dos espaços públicos. No entanto, o autor subestimou a escalada do valor de troca, em detrimento do valor de uso, intensificada, em especial, a partir das últimas três décadas do século XX. Deste modo, faz-se importante assinalar que Lefebvre não pôde vislumbrar, tendo em vista o momento histórico em que desenvolveu suas ideias, o nível de intervenção a que a política econômica neoliberal conduziria as suas investidas, aprofundando em muito a crise *das e nas* cidades.

Vimos, na seção anterior, como os meios urbanos – em especial as metrópoles – são maciçamente atravessados pelos interesses político-econômicos, responsáveis por subjugar o uso dos locais públicos à lógica do consumo. Neste sentido, há um processo crescente de privatização dos espaços públicos, disseminando os ideais segregacionistas e antidemocráticos.

Reduzidas aos lugares de consumo, ou ainda, ao consumo de lugares, as cidades têm sido alvo indiscriminado do capital global. Com isso, a *urbe* é apropriada como a ocasião propícia de produção e gestão de lucro para um grupo seleto de pessoas, em detrimento das aspirações e necessidades da grande maioria dos indivíduos, desprovidos do acesso à cidade enquanto cidadãos, por serem menos favorecidos do ponto de vista social e econômico.

Portanto, ainda que o pensamento de Lefebvre acerca do fenômeno urbano seja de inestimável valor, é preciso considerar os seus limites, contextualizando-o no espaço-tempo no qual foi desenvolvido. No decorrer dos quase cinquenta anos que nos separam de sua obra mais célebre, *O direito à cidade*, publicada em 1968, profundas mudanças ocorreram na conjuntura político-econômica global, sobretudo em função do avanço no desenvolvimento tecnológico, o qual alterou de vez o sentido da presença do homem no mundo, conforme visto.

Entretanto, a despeito destas mudanças, ainda assim podemos nos beneficiar das possibilidades insuspeitas de encontro com o(s) outro(s), promulgadas pelos espaços coletivos, tal como amplamente positivado nas reflexões de Lefebvre. Neste sentido, a aposta do autor se mantém viva e atual, afinal:

A cidade sempre teve relações com a sociedade no seu conjunto, com sua composição e seu funcionamento, com seus elementos constituintes (campo e agricultura, poder ofensivo e defensivo, poderes políticos, Estado etc.), com sua história. Portanto, ela muda quando muda a sociedade no seu conjunto. Entretanto,

as transformações da cidade não são os resultados passivos da globalidade social, de suas modificações. A cidade depende também e não menos essencialmente das relações de imediatice, das relações diretas entre as pessoas e grupos que compõem a sociedade (famílias, corpos organizados, profissões e corporações etc.). (Lefebvre, 1968 [2008], p.51)

As relações de imediatice, referidas pelo autor, apontam para a visão da cidade como matéria viva, análoga à escrita e leitura de um livro, feita pelos demais atores que compõem a vida coletiva urbana. A analogia é costurada por Lefebvre, ao nos interpelar:

Quem lê esse livro aberto? Quem percorre essa escrita? Não é um “sujeito” bem definido, e no entanto uma sucessão de atos e de encontros constitui sobre esse mesmo plano a vida urbana, ou “o urbano”. Esta vida urbana tenta voltar as mensagens contra elas mesmas, as ordens, as coações vindas do alto. Tenta *apropriar-se* do tempo e do espaço frustrando as dominações, desviando-se de seus objetivos, usando de astúcia. Ela intervém também, mais ou menos, ao nível da cidade e do modo de habitar. O urbano é assim, mais ou menos, a obra dos cidadãos em lugar de se impor a eles como um sistema: como um livro já acabado. (p.71, grifado no original)

Lefebvre (1968 [2008]) nos instiga a percorrer “onde” e “como” o domínio do já dado das formas prescritas é astutamente transformado pelas apropriações que subvertem as formalizações normativas. Os usos cotidianos dos espaços de sociabilidade, feitos no âmbito das relações de imediatice, performam arranjos que corrompem as formas abstratas pré-estabelecidas, vinculando-as plasticamente aos tempos e ritmos sociais da realidade urbana concreta.

O espaço lúdico coexistiu e coexiste ainda com espaços de trocas e de circulação, com o espaço político, com o espaço cultural. Os projetos que perdem estes espaços qualitativos e diferentes no seio de um “espaço social” quantificado, regulado apenas por contagens e pela contabilidade, esses projetos se baseiam numa esquizofrenia que se cobre com os véus do rigor, da cientificidade, da racionalidade. (...) A esses espaços podem ser aplicados princípios formalizados de diferenças e de articulação, de sobreposição nos contrastes. Assim concebidos, os espaços sociais se ligam a tempos e ritmos sociais que passam para o primeiro plano. (p. 132)

A cidade é, no entender de Lefebvre, povoada de acontecimentos imprevistos que moldam, à sua maneira, as normas programadas, fazendo com que a dimensão lúdica passe ao primeiro plano da vida coletiva. A noção do direito à cidade, defendida pelo autor, está vinculada a esta concepção do urbano como arena que comporta o jogo dinâmico estabelecido entre as peças do

conjunto social, ou seja, matéria plástica esculpida como obra de arte, sendo, portanto, irremediavelmente transitória e efêmera:

A cidade ideal comportaria a obsolescência do espaço: transformação acelerada das moradias, dos locais, dos espaços preparados. Seria a cidade *efêmera*, perpétua obra dos habitantes, eles mesmos móveis e mobilizados para/por essa obra. (...) O direito à cidade se manifesta como forma superior dos direitos: direito à liberdade, à individualização na socialização, ao habitat e ao habitar. O direito à *obra* (à atividade participante) e o direito à *apropriação* (bem distinto do direito à propriedade) estão implicados no direito à cidade. (Lefebvre, 1968 [2008], p. 133-134)

No já citado livro, *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade*, Sennett (1988) descreve o jogo como uma atividade estética capaz de performar encontros que subvertem as “tiranias da intimidade”, desenvolvidas em torno da categoria de indivíduo e das noções de isolamento e reserva. O jogo, ao qual o autor se refere, aponta para o investimento em práticas de expressão nas quais o(s) sujeito(s) se desvencilha(m) da busca por definir-se a partir de uma suposta visão acabada e personificada acerca de si mesmo(s). O que está em questão, neste caso, é a possibilidade de viver fora dos territórios existenciais constituídos como categorias identitárias fixas.

Sennett, a exemplo de Lefebvre, acredita no poder transformador das ações sociais, baseadas no intercâmbio de experiências visando o enriquecimento não apenas individual como também coletivo. Isso implica no reconhecimento de tais ações, de forma a potencializá-las como estratégias que escapem aos interesses econômicos neoliberais, os quais visam a ampliar o individualismo em prol do lucro financeiro.

O que Lefebvre chama de “espaço lúdico”, guarda muita proximidade com o que Sennett designa como “jogo coletivo”, em contraponto aos usos personificados e consumistas da cidade, responsáveis pela obstrução do acesso ao ambiente público enquanto habitat da diversidade de experiências. Neste sentido, Sennett (1988) afirma:

A cidade é o instrumento da vida impessoal, o molde em que diversidade e complexidade de pessoas, interesses e gostos tornam-se disponíveis enquanto experiência social. (...) A cidade deveria ser mestra nesse modo de agir, o fórum no qual se torna significativo unir-se a outras pessoas sem a compulsão de conhecê-las enquanto pessoas. Não creio que este seja um sonho inútil; a cidade serviu como foco para a vida social ativa, para o conflito e o jogo de interesses, para a

experiência das possibilidades humanas, durante a maior parte da história do homem civilizado. (p. 414)

Dentro da perspectiva apresentada pelos autores, destaca-se a possibilidade de posituação do fenômeno urbano. A cidade pode ser apreendida como *locus* no qual coabita uma enorme diversidade de interesses e gostos, ensejando formas distintas de existir.

O filósofo e historiador Michel de Certeau (1980 [1994]) pode ser incorporado a esta discussão, pois desenvolve uma importante análise acerca dos usos não programados dos espaços públicos, designados como “táticas dos praticantes” da cidade. Estas têm como efeito a subversão das estratégias de dominação, colocadas em ação pelas normas sociais.

A cidade planejada pelo urbanismo é descrita por Certeau como sendo reduzida a uma imagem-conceito chapada, à semelhança dos mapas. Contemplada a partir do alto, esta visada enseja uma perspectiva de distanciamento, “olhar” externo que divisa a cidade de cima para baixo. Portanto, a “cidade-conceito” baseia-se na racionalidade urbanística, desconsiderando em seu conjunto teórico as práticas ordinárias promulgadas ao rés do chão.

Sob este ponto de vista, há uma articulação dos elementos urbanos em torno de um discurso hegemônico e homogêneo, de modo a conjurar em uma visão uniforme o que é tido como anormal e desviante. Tem-se aqui o que o autor denomina “fato urbano”, constituído por operações classificatórias e organizado sob a forma de uma visão panorâmica, a qual atua em prol da gestão da ordem.

Em contraponto ao planejamento urbano, Certeau (1980 [1994]) ressalta as “mil maneiras de *caça não autorizada*” (p. 38), táticas dos usuários reveladoras de uma estilística das astúcias no uso dos espaços. Neste sentido, de acordo com o autor, a cidade ordinária é habitada e preenchida no aqui-e- agora das apropriações cotidianas, revelando a dimensão imanente que enforma as práticas socioculturais:

Mas “embaixo” (*down*), a partir dos limiares onde cessa a visibilidade, vivem os praticantes ordinários da cidade. Forma elementar dessa experiência, eles são caminhantes, pedestres, *Wandersmänner*, cujo corpo obedece aos cheios e vazios de um “texto” urbano que escrevem sem poder lê-lo. (...) Essas práticas do espaço remetem a uma forma específica de “operações” (“maneiras de fazer”), a “uma outra espacialidade” (uma experiência “antropológica”, poética e mítica do espaço) e a uma mobilidade *opaca* e *cega* da cidade habitada. Uma cidade *transumante*, ou metafórica, insinua-se assim no texto claro da cidade planejada e visível. (Certeau, 1980 [1994], p. 171-172, grifado no original)

O viver urbano cotidiano é dinâmico, ou seja, desregulamenta constantemente os avatares da ordem dominante, operando um metamorfosar que faz dos espaços um *meio* – e aqui se está falando na dupla acepção de instrumento e ambiente. É *no e a partir do* espaço que são criadas as condições práticas da vida social, encenando usos sempre renovados, “práticas microbianas, singulares e plurais” (p. 175):

A vida urbana deixa sempre mais remontar àquilo que o projeto urbanístico dela excluía. A linguagem do poder “se urbaniza”, mas a cidade se vê entregue a movimentos contraditórios que se compensam e se combinam fora do poder panóptico. A Cidade se torna o tema dominante dos legendários políticos, mas não é mais um campo de operações programadas e controladas. Sob os discursos que a ideologizam, proliferam as astúcias e as combinações de poderes sem identidade, legível, sem tomadas apreensíveis, sem transparência racional – impossíveis de gerir. (Certeau, 1980 [1994], p. 174)

Dentro desta perspectiva, o uso dos espaços desponta como invenção, pois o “ato de caminhar está para o sistema urbano como a enunciação (o *speech act*) está para a língua ou para os enunciados proferidos” (p.177). Compreendendo o ato do caminhar como metáfora de retóricas ambulatórias ou enunciações pedestres – isto é, como linguagem – Certeau enxerga na “deambulação cidadina” a escrita de um texto:

As caminhadas dos pedestres apresentam uma série de percursos variáveis assimiláveis a “torneios” ou “figuras de estilo”. Existe uma retórica da caminhada. A arte de “moldar” frases tem como equivalente uma arte de moldar percursos. Tal como a linguagem ordinária, esta arte implica e combina estilos e usos. (Certeau, 1980 [1994], p. 179)

Certeau reconhece a possibilidade inesgotável de criação de novos sentidos no qual praticar o espaço significa “no lugar, ser *outro* e passar ao *outro*” (p.191). As retóricas ambulatórias remetem, no âmbito do pensamento do autor, a figuras de estilo, ou seja, manipulações nos usos previamente programados pela norma.

Ao aproximar o espaço geométrico dos urbanistas ao sistema normativo e prefigurado da língua – desenvolvido pelos gramáticos e linguistas –, Certeau torna evidente a tentativa de arregimentação do desvio pela norma, tanto num caso quanto no outro. Entretanto, o autor sublinha o que resta desta equação normativa,

apontando para as brechas criadas sub-repticiamente nos discursos dominantes vigentes:

A gesta ambulatória joga com as organizações espaciais, por mais panópticas que sejam: ela não lhes é nem estranha (não se passa alhures) nem conforme (não recebe delas a sua identidade). Aí ela cria algo sombrio e equívoco. Ela aí insinua a multidão de suas referências e citações (modelos sociais, usos culturais, coeficientes pessoais). Aí ela mesma é o efeito de encontros de ocasiões sucessivas que não cessam de alterá-la e de usá-la como o brasão de outra, ou seja, o que carrega aquilo que surpreende, atravessa ou seduz seus percursos. Esses vários aspectos instauram uma retórica. Chegam mesmo a defini-la. (Certeau, 1980 [1994], p. 180)

A “deambulação cidadina” apontada por Certeau remete à figura do *flâneur*, personagem central no âmbito das reflexões desenvolvidas pelo filósofo alemão Walter Benjamin (1989) acerca da cidade moderna, tipicamente representada pela Paris do século XIX. O *flâneur* desponta no pensamento do autor como uma imagem alegórica de resistência frente à noção de progresso, difundida pelo sistema capitalista industrial.

É do campo da literatura, em especial a partir da obra de Charles Baudelaire, que Benjamin extrai a sua análise crítica a respeito da vida moderna nas grandes cidades. Assim, a poesia de Baudelaire é inspiradora de um olhar alegórico para o viver urbano, retratando a experiência de “choque” decorrente do encontro com as multidões nas ruas e demais espaços públicos.

A “flânerie” descrita por Benjamin é uma atividade avessa ao projeto racionalista. O discurso moderno, propalado pelos urbanistas, pretendeu tornar hegemônica e uniforme a visão da cidade como mera entidade topográfica, como que a não admitir a incontável diversidade de perspectivas possíveis, as incoerências e/ou os acasos que marcam o uso coletivo do espaço público. Situando-se à contramão do uso utilitarista e mercantilista dos meios urbanos, Benjamin (1989) assim caracteriza a apropriação dos espaços públicos feita pelo *flâneur*:

Uma embriaguez acomete aquele que longamente vagou sem rumo pelas ruas. A cada passo, o andar ganha uma potência crescente; sempre menor se torna a sedução das lojas, dos bistrôs, das mulheres sorridentes e sempre mais irresistível o magnetismo da próxima esquina, de uma massa de folhas distantes, de um nome de rua. (...) Paisagem – eis no que se transforma a cidade para o *flâneur*. (p. 186, grifado no original)

Detentor de um olhar aguçado, capaz de transfigurar a cidade em paisagem, Benjamin descreve o *flâneur* como uma personagem que exerce a sua “flânerie” inspirando-se na “categoria da visão ilustrativa fundamental”, com base na qual “escreve seus sonhos a guisa de texto para as imagens” (1989, p.189). Assim, o *flâneur* é aquele que estabelece com as ruas uma relação em nada interesseira, posto que aspira somente apropriar-se dos espaços a fim de extrair deles alguma experiência; interessa-lhe antes de tudo caminhar sem uma direção definida à priori, andar sem rumo afeito ao efêmero e transitório que emerge dos espaços de sociabilidade:

Ocioso, caminha como uma personalidade, protestando assim contra a divisão do trabalho que transforma as pessoas em especialistas. Protesta igualmente contra a sua industriiosidade. Por algum tempo, em torno de 1840, foi de bom-tom levar tartarugas a passear pelas galerias. De bom grado, o *flâneur* deixava que elas lhe prescrevessem o ritmo de caminhar. Se o tivesse seguido, o progresso deveria ter aprendido esse passo. Não foi ele, contudo, a dar a última palavra, mas sim Taylor, ao transformar em lema o “Abaixo a *flânerie!*”. (Benjamin, 1989, p.50, grifado no original)

De acordo com Jeanne Marie Gagnebin (2005), dentro da discussão proposta por Benjamin, não importa propriamente como são os lugares reais, e sim as formas que estes assumem quando transfigurados pelo olhar do *flâneur*. Mas, a que qualidade está referida a potência deste olhar? É um olhar dotado da capacidade de, por meio da atenção distraída – algo similar à atenção flutuante psicanalítica –, percorrer os espaços como se procede à escrita de um texto, isto é, criando sentidos que os preenchem com paisagens sempre renovadas. Isto implica em tecer por meio da “deambulação cidadina” – para retomar aqui a expressão proposta por Certeau – tessituras espaço-temporais inventoras de novos horizontes existenciais, dotando o ordinário do cotidiano de propriedades extraordinárias.

Talvez seja por isso que Benjamin considere a típica irresolução do *flâneur* a marca inexequível de sua “flânerie”. A dúvida o acompanha porque é a condição para que possa se manter sensível ao que acontece no entorno, atento aos detalhes mais banais, às minúcias que frequentemente passam despercebidas para aqueles cujos olhos estão esmaecidos pela pressa imposta pelo correr cotidiano.

O *flâneur* é em Benjamin uma figura próxima ao cronista ou ao detetive, pois se detêm nos acontecimentos triviais, valorizando os momentos fugidios.

Para isso, é preciso que em sua “flânerie” estabeleça uma relação de longitude espacial e temporal com relação à cidade, colocando-se a uma distância suficiente para poder estranhar as aparentes obviedades. Deste modo, o espaço-tempo é adensado pela “flânerie”, tal como nos mostra Sérgio Paulo Rouanet (1992):

Senhor da cidade em sua dimensão espacial e temporal, o *flâneur* sabe farejar rastros, descobrir correspondências, identificar criminosos a partir dos indícios mais microscópicos, como um apache, que lê num galho quebrado coisas e ações invisíveis à percepção civilizada. Ele é o detetive da cidade, como o moicano é o detetive da savana. Sua ociosidade é aparente, ele se dedica à atividade mais antiga da humanidade, a caça, e nenhuma presa escapa a seus olhos de lince. (...) A cidade é tão imanente ao *flâneur* que ele pode vê-la como se a visse de longe – longe espacial, que faz de Paris uma cidade estrangeira, longe temporal, que faz da cidade moderna uma cidade antiga. (p. 50, grifado no original)

O *flâneur* deixa-se conduzir – e mais do que isso: atravessar! – pela errância de suas práticas andarilhas. Essa errância, aliás, é o que embaralha as fronteiras entre mundo interno e mundo externo. A este respeito, Gagnebin (2005) assinala que:

Entendemos agora o valor insubstituível da errância e do erro nesse itinerário na cidade e no pensamento. Somente a experiência do errar, em todos os seus sentidos, nos faz apalpar, como que pelo avesso, a experiência de uma verdade que não seria, primeiramente, a coerência de nosso pensamento, mas sim o movimento mesmo de sua produção: hesitante, avançando “aos solavancos e aos pedaços” (Adorno), abrupto, atravessado por ritmos diversos. Errar é, simultaneamente, perda das referências conhecidas e aprendizagem do desconhecido, apavorante e apaixonante. (...) Avançamos aqui mais um patamar nessa pequena metaforologia urbana: a cidade é imagem do pensamento, imagem também do inconsciente e, como o pensamento ou o inconsciente, deve ser lida e interpretada. A cidade se torna escrita a ser decifrada e o texto – em particular o texto sobre a cidade! – se transforma, por sua vez, numa paisagem a ser percorrida. (p. 155; 158, grifado no original)

Conforme visto, a cidade é para o *flâneur* o espaço da pluralidade de vozes e sentidos a serem perseguidos. Esta abertura para formas inusitadas de tecer o viver na cidade é o fator responsável por entorpecer o domínio das certezas, violando o acesso – exclusivo – às verdades já conhecidas. Assim, a “flânerie” exercita um uso renovado *do* e *no* espaço, sabendo explorar a diversidade de possibilidades abertas pelo urbano.

O campo do acompanhamento terapêutico pode extrair da “flânerie” valiosas contribuições metodológicas. Entretanto, é importante fazer uma

ressalva: não se está aqui pretendendo defender o acompanhante terapêutico e/ou o sujeito acompanhado como personagens análogos ao *flâneur*, no intuito de estabelecer uma relação simetricamente identitária entre ambos. Neste ponto, nos apoiamos nas reflexões de Palombini (2009), que nos fala acerca das aproximações que podem ser feitas entre a figura do *flâneur* e o trabalho do AT, acentuando também as especificidades que marcam as devidas diferenças entre uma prática e a outra:

A figura do *flâneur*, que Benjamin nos apresenta como alegoria do século XIX e de sua modernidade, ilustra um certo modo de relação com a cidade que podemos aproximar da perspectiva que liga o AT ao espaço urbano: a dissolução dos limites entre interior e exterior (ou entre interioridade psíquica e realidade objetiva); a estrangeiridade com que se experimenta o que é familiar; o passeio por tempos desaparecidos, corroídos pela história, e que são retomados, no agora, para compor novos futuros, sempre inacabados; o andar distraído, à deriva, que se deixa levar pelo acaso mas que, ao mesmo tempo, dedica, aos detalhes que se revelam em seu percurso, às suas minúcias, toda a agudeza e sagacidade de que pode o olhar. (...) Contudo, tanto o *flâneur* como o trapeiro entregam-se a uma experiência em geral solitária, o que não é absolutamente o caso na relação do AT com a cidade. (p. 301, grifado no original)

De acordo com a autora, a “flânerie” consiste em vagar sozinho em meio à multidão de transeuntes, enquanto que no AT trata-se justamente do contrário, ou seja, perambular pela rua e demais espaços públicos tem por finalidade valer-se da dimensão coletiva, engrossando os fios que tecem as redes de sociabilidade. Contudo, a despeito destas diferenças, os acompanhantes terapêuticos podem se beneficiar da “flânerie” como inspiração que aponta para um modo de estar com outro despreocupado e esvaziado de premissas, sublinhando a dimensão clínica presente no simples ato de deixar-se *ser* e *estar* no(s) espaço(s) público(s).

Quais seriam, então, os desdobramentos decorrentes da adoção da “deambulação cidadina” e da “flânerie” como fundamentos metodológicos para a clínica do AT? Ou ainda: de que modo, tais noções podem ser encarnadas, sob a forma de estratégias de intervenção, à prática do AT?

Trabalhar a partir das categorias conceituais presentes no pensamento de Certeau e de Benjamin implica em considerar a errância como parte do processo, sabendo extrair os componentes terapêuticos que habitam a atividade de deambular e flandar pela cidade. Trata-se de um tipo de andar afeito ao efêmero dos espaços, atento àquilo que passa despercebido pelo afã da pressa cotidiana.

Em última instância, consiste em deixar-se guiar pela atmosfera de movimento que compõe os ambientes coletivos.

Será apresentada a seguir, uma cena ocorrida durante o acompanhamento terapêutico realizado com Jean, o qual já foi mencionado no primeiro capítulo. Jean vive em um apartamento alugado na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, sob os auspícios de uma cuidadora que administra o seu cotidiano há cerca de 20 anos. Ele tem pouco contato com a própria família, e sobrevive por meio da pensão dos pais já falecidos.

Antes de passarmos à cena, cabe assinalar que o AT foi indicado pela equipe multidisciplinar de profissionais do Instituto Philippe Pinel. A demanda foi feita no intuito de Jean ser acompanhado nos finais de semana, dias em que na maior parte do tempo fica enclausurado em casa.

Hoje acompanhei Jean mais cedo do que de costume. Constato uma vez mais o quão melhor é acompanhá-lo nas primeiras horas do dia, por volta das 8 da manhã, horário em que a cidade está espreguiçando, ainda sem ser povoada pelas longas filas de carro e ônibus disputando espaço no trânsito. Tudo é mais calmo, no espírito do “deixa estar para ver como fica”, bem diferente da atmosfera de ânsia coletiva que domina a cena quando as horas esparramam pelo andar do dia, momento em que os ideais produtivistas já dominam as ruas fazendo com que “correr” seja o verbo a enformar todas as ações. Curtimos esse clima de calma. Caminhamos lentamente, no passo despreocupado e não utilitarista do espaço, o qual é uma marca característica de Jean: nas suas andanças, ele não se apressa para chegar a qualquer destino, o caminho não é um meio inócuo e vazio, ponte a ser atravessada, e sim a proposta mesma do passeio, estar e deixar-se flunar, bem ao estilo das práticas andarilhas exemplarmente descritas por Walter Benjamin. Após marcharmos lentamente por uma boa extensão da orla, paramos nas pedras da Praia do Arpoador, ponto de fricção visual dos bairros de Ipanema e Copacabana. Daquele ponto, basta girar o corpo em 180 graus para inverter a vista e divisar, alternadamente, a paisagem exuberante de uma e de outra praia. Após olhar fixamente as ondas que batem sobre as pedras, Jean senta-se em um banco. Neste momento distrai-me a cena protagonizada por ele e um homem maltrapilho que se senta ao seu lado, pedindo-lhe um cigarro. O mendigo, descalço, ri sem dentes, sem qualquer motivo evidente. Jean o acompanha na gargalhada, em uma ascense coletiva. Neste momento, em pé de frente para os dois, também sorrio frouxo, percebendo a beleza da cena: é o encontro de dois homens desdentados que parecem tranquilos, não querendo mais do que meditar a paisagem e o vai-e-vem de pessoas. Algumas dessas pessoas são detidas pela cena pitoresca, espectadoras com olhos de incompreensão, aturdidas pelo riso sem causa aparente. (Diário clínico, 10/05/2014)

Vê-se, por meio da cena descrita, como as andanças pelo espaço aberto e plural da cidade podem contribuir para o AT, favorecendo um tipo de encontro singular, promulgado por sujeitos que destilam formas *sui generis* de ocupar o

território público – um mendigo e o outro diagnosticado como louco –, acentuando a sua dimensão coletiva. Ademais, a cena ilustra o modo como sou instruído por Jean na arte de deixar-se guiar pelas práticas andarilhas enunciadoras de um uso imprevisto do espaço. Neste caso, o uso imprevisto está relacionado à ideia de errância, tal como vimos no primeiro capítulo à luz de Frayse-Pereira (1997), ao se referir a uma *psicogeografia urbana e afetiva* entabulada pelos habitantes da cidade.

A errância encontra eco nas reflexões de Fábio Araújo (2007). O autor define a clínica do AT como sendo “peripatética”, isto é, uma clínica que acontece em movimento, valendo-se da experiência de estar à deriva. Mas, a errância que enforma a prática do AT é avessa a uma hipotética falta de rigor, pois “esse passeio, essa deriva adquire sentido. O sentido que surge das passagens faz com que esses passeios façam diferença.” (p.51).

A experiência de circular pelos espaços em busca de criar sentidos é inventora de deslocamentos de suma importância, em especial no caso de indivíduos aprisionados em circuitos subjetivos repetitivos e limitados. A deriva é, portanto, o fator responsável por renovar os cenários à medida que os percursos são trilhados. Esta dinâmica de trânsito pelo domínio público faz com que haja um estado de abertura *pelo* – e *para o* – desvio.

A cena apresentada algumas linhas acima remete, ainda, às tartarugas que Benjamin cita no trecho transcrito anteriormente. Tal como o autor nos lembra, houve em Paris um tempo em que era habitual levar consigo tartarugas nos passeios, sublinhando que o sincronismo da “passada” respeitava o tempo extremamente lento que estas levavam para atravessar as galerias.

Nos acompanhamentos de Jean, sinto-me como que acompanhando o ritmo lento de uma tartaruga, marchando sem a pressa de chegar, e mais, não sabendo, em vários momentos, sequer aonde vamos chegar! Desta forma, sou instado a habitar outro espaço-tempo, avesso ao modo como costumeiramente vivemos nas grandes cidades nos dias de hoje, premidos pelas horas do relógio a demarcar com precisão o ritmo da passada. Estar com Jean, significa esvair-se deste tempo hegemônico que caracteriza os afazeres cotidianos. Com grande frequência, é ele quem conduz o passeio, praticando o seu andar despreocupado.

Neste ponto, cumpre destacar que habitar outro tempo junto a Jean, não é uma tarefa fácil, longe disso. No início do AT, eu ficava incomodado diante da

lentidão dele para caminhar e de sua mania de beber água em abundância nos quiosques da praia, não querendo voltar para casa no horário previsto. Nesses momentos, não raro uma atmosfera de tensão se instaurava entre nós, afinal, existia também o meu espaço-tempo a ser colocado em jogo.

Neste contexto, foi preciso muito diálogo até que conseguíssemos minimamente afinar nossas temporalidades. Busquei, aos poucos, adotar uma postura que não fosse impositiva, invasiva e pedagógica. Tratava-se de trabalhar a minha flexibilidade, no sentido de não doutrinar o tempo dele, mas sem abrir mão de me posicionar, convocando-o a ceder também de seu lado, isto é, fazendo-o negociar com os limites contratados.

O tempo é um aspecto de suma importância no âmbito dos acompanhamentos terapêuticos, uma vez que não pode ser estipulado com absoluta precisão. Ainda que possa ser pactuada uma duração média, é importante que essa estipulação seja flexível, passível de ser modulada de acordo com as contingências e exigências do momento, considerando-se as situações inusitadas que se interpõem à cena.

A dimensão de imprevisibilidade – nos acontecimentos, no uso do tempo e dos espaços, nas trocas que serão estabelecidas – faz com que se torne imprescindível, na formação do acompanhante terapêutico, um aperfeiçoamento constante em sua prática. Susana Kuras de Mauer e Silvia Resnizky (2009) atentam para este aspecto, sublinhando o fato da formação dos acompanhantes ser marcada pela atuação em uma zona transitória e provisória, aberta a ser transformada pelas contingências do “fora”:

Acreditamos que o acompanhamento é sempre uma escala onde não há sedentarismo possível. É transitório, topograficamente falando, e provisional se o pensamos temporalmente. Para concebê-lo não há nenhuma matriz que possa explicitar seu desenho e muito menos seu funcionamento. (p. 12)

Uma parte importante do aperfeiçoamento do acompanhante terapêutico diz respeito ao trabalho de tornar-se plástico e poroso: plástico na capacidade de deixar-se modular pelo outro e pelas contingências do ambiente externo; poroso, no sentido de acolher estas nuances que atravessam os espaços públicos, tomando-as como matéria-prima para as intervenções clínicas. Araújo (2007) e Palombini (2009) nos ajudam a refinar o entendimento acerca destes aspectos:

Creemos que os profissionais de saúde mental são pessoas que, em suas práticas, buscam – ou ao menos deveriam buscar – esse momento ou essa experiência de acontecimento que estamos atribuindo à clínica e, mais ainda, que acompanhar e experimentar esses acontecimentos ao molde de um acompanhante terapêutico é a sua arte. (...) O que estamos afirmando é uma abertura para as forças do fora, para o que é incalculável, para o que é irremediavelmente novo. Essa abertura é o que vai nos permitir unir novamente técnica e acontecimento como uma coisa só, como a arte de saber-fazer no próprio movimento de tornar-se. (Araújo, 2007, p. 25)

Na experiência do AT, na medida em que se desbravam ruas, cantos, quartos, a cidade adquire um outro vulto, revelando-se a potência contida na incorporação, pela clínica, de cada um dos gestos e objetos que compõem o cotidiano urbano. A cidade, os seus espaços e tempos, restos e monumentos, em sua rica variabilidade, passam a ser concebidos como “matéria constitutiva” e primeira dessa clínica. (Palombini, 2009, p. 300)

A “abertura para as forças do fora”, descrita por Araújo, tem o mesmo sentido do que Palombini define como sendo um trabalho de “incorporação do cotidiano urbano”. Para tanto, é preciso apostar no encontro com o outro da diferença, despindo-se da compulsão a encerrá-lo em categorias subjetivas que acabam por reduzi-lo a um estranho, passível de tornar-se objeto de indiferença. Cabe à clínica do AT, portanto, investir nas potencialidades do(s) uso(s) da(s) cidade(s) como fórum da vida social e coletiva, no qual o encontro com a alteridade pode se dar sem que isso represente uma ameaça tão grande a ponto de fazer com que o isolamento prevaleça sobre o intercâmbio de experiências.

O que está em jogo, neste caso, é a ideia de que os acontecimentos ordinários, sociais e culturais, exercem um grande protagonismo no AT. Por isso, há que se atribuir especial atenção para os eventos que despontam como possibilidade de trabalho no âmbito do cenário urbano:

Para que possamos começar a falar de tais questões usaremos a noção de abertura intensiva. A abertura intensiva corresponde ao que vínhamos chamando de clínica-acontecimento. E abertura tem esse sentido: uma desestabilização que dá a ver, falar e sentir coisas novas. Abertura intensiva é então um acontecimento, uma instância de trânsito ou de passagem entre dois pontos determinados, é um meio entre caminhos. Uma abertura é então algo que, como desestabilização das formas, ainda não tem forma, por isso diremos que a abertura se coloca em uma dimensão u-tópica do espaço, ou que toda abertura se abre em uma utopia. (Araújo, 2007, p. 55)

Conforme visto no primeiro capítulo, o AT é um recurso clínico que explora o(s) uso(s) da cidade, em contraponto ao confinamento e isolamento dos

indivíduos que são considerados “anormais” pelos ideais de ordem urbana. Assim, podemos pensá-lo como uma clínica ampliada, ou seja, clínica que intervém nos ambientes públicos com o intuito de expandir os intercâmbios socioculturais. Trata-se, em última instância, de restituir o direito à cidade àqueles que possuem um baixo poder contratual na sociedade.

A inclusão dos aspectos espaciais, territoriais e contextuais na constituição do AT faz com este dispositivo seja, para além da dimensão clínica, uma modalidade de intervenção social. Nunca é demais lembrar que o trabalho do AT está inserido no Projeto de Reabilitação Psicossocial, o que por si só aponta para as condições de possibilidade que deram ensejo ao seu surgimento no âmbito da rede de assistência à saúde mental. À medida que os atendimentos ambulatoriais fracassam no objetivo de evitar ou dirimir as internações psiquiátricas, a atenção volta-se para o cotidiano de vida dos sujeitos que apresentam intenso sofrimento psíquico, sendo o cuidado pensado em torno de uma assistência que possa intervir nas dificuldades concretas constatadas no dia-a-dia. Serpa e Velozo (2006) sublinham a filiação do AT às diretrizes e aos preceitos que embasam o Sistema Único de Saúde:

Na travessia de uma caminhada se constitui uma clínica tecida por um entremeado de percursos em um deslocamento entre um mapa e outro. A nosso ver, esta clínica atende às diretrizes do Sistema Único de Saúde Brasileiro e possibilita a real execução das políticas que buscam integralidade da assistência a partir do conceito de cobertura no território. Os acompanhantes são aqueles que promovem encontros e agenciamentos de desejos, durante o percurso de diferentes caminhos. Este personagem está “em cena”, “em ação”, no momento em que o mundo toma contorno. (p. 330)

Tributário do movimento da Reforma Psiquiátrica, o AT atua no combate às práticas de institucionalização, investindo no potencial das ruas e demais espaços públicos como possibilidade de tessitura de uma rede centrada no território de vida do sujeito acompanhado. Tanto Chauí-Berlinck (2012) quanto Serpa e Velozo (2006) acentuam a dimensão micropolítica presente nas intervenções dos acompanhantes terapêuticos, nos alertando acerca do *leitmotiv* deste recurso, em que pese o seu papel no âmbito da construção da rede psicossocial do indivíduo:

Desta maneira, vemos a função das redes como complementar à função do at e vice-versa. As redes sociais compartilham informações, conhecimentos, interesses e esforços em busca de objetivos comuns. Interessam-nos aqui as chamadas redes

comunitárias, aquelas redes sociais em bairros ou cidades, e as redes de atenção psicossocial. Entretanto, essas redes, de maneira geral, não são coisa dada, mas precisam ser construídas, e entendemos que seja papel do at ajudar nessa construção. É pela criação dos projetos de vida elaborados com os pacientes, projetos estes que, por sua vez, surgem da escuta atenta dos desejos, que o at contribuirá para a formação das redes. Cada sujeito terá de formar sua própria rede, mas seu entorno social nem sempre está preparado e disposto a acolhê-lo; é aí que, a nosso ver, entra o at. O at busca a criação de vínculos entre o paciente e seu entorno. (Chaui-Berlinck, 2012, p. 163)

O acompanhante, em uma intervenção clínica, busca descobrir o que faz sentido para aquele sujeito singular e o que pode ser considerado dispositivo a ser recortado daquele social para auxiliar o sujeito na construção de sua rede. Esta construção se torna possível na medida em que é possível acompanhar o paciente em seus pontos discursivos, entre um espaço e/ou outro, nesta articulação dinâmica, clínica, política e social deste entorno que se move e que a todo o momento produz novas realidades. (Serpa & Velozo, 2006, p. 335)

O caso de Jean é um exemplo do que os autores defendem como construção da rede psicossocial, a partir de uma micropolítica feita no cotidiano de vida dos sujeitos acompanhados. Graças ao processo de luta antimanicomial, Jean parou de ir a um hospital psiquiátrico, passando a frequentar um Centro de Atenção Psicossocial. Atualmente, ele é usuário do CAPS Franco Basaglia, criado no primeiro semestre de 2016 com o objetivo de substituir, gradativamente, o Instituto Philippe Pinel¹⁶.

No entanto, não podemos esquecer que há no contexto da Reforma Psiquiátrica, o perigo constante dos asilos serem substituídos por um novo assujeitamento, perpetrado pelos dispositivos criados como alternativa à lógica manicomial. Neste sentido, é digno de nota o fato de que a própria localização do referido CAPS – entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro e o Instituto Philippe Pinel –, aponta para a dificuldade de se operar uma efetiva desinstitucionalização da lógica asilar. Afinal, o Instituto permanece ativo nas vizinhanças do CAPS. Assim, vê-se de que modo este é um longo processo de transição do modelo asilar para a política de assistência centrada no domínio público.

Não é por outro motivo que Basaglia (1968 [2005]) insiste na importância de dilatar o campo de intervenção da saúde mental, por meio da atuação nas ações

¹⁶ É importante assinalar que embora anteriormente Jean frequentasse o Instituto Philippe Pinel, permanecia ali somente no período diurno, de segunda a sexta-feira, indo para casa à noite. Jean foi internado nesta instituição somente em situações extremas, isto é, nos momentos em que passou por crises intensas.

cotidianas mais simples. De acordo com o autor, somente através da implementação desta micropolítica centrada no território coletivo, torna-se possível conjurar o contexto de violência e exclusão social que recai sobre o louco.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS –, os Hospitais-dia, as Residências Terapêuticas, dentre outros, são recursos que não garantem por si só a abolição das práticas de discriminação e segregação que ainda insistem em se fazer presentes em nossa sociedade. Afinal, a afirmação efetiva e irrestrita da cidadania depende de um processo de desinstitucionalização mais amplo, capaz de retirar os loucos e demais desajustados sociais da posição de doentes e de abjetos a que frequentemente estão submetidos.

Neste sentido, não basta arrumar-lhes Oficinas Terapêuticas destinadas a mantê-los ocupados, para que passem o tempo combatendo o ócio e o tédio, no âmbito dos Hospitais-dia. Tampouco, trata-se apenas de alojá-los em Residências Terapêuticas, destinadas a lhes acolher ao final da jornada diária, para que possam pernoitar acompanhados de cuidadores durante a noite.

Neste contexto, somente conseguiremos combater as violências perpetradas junto a estes indivíduos por meio da apropriação dos espaços de sociabilidade, isto é, no cotidiano de vida que acontece no território público, destinado ao uso comum. É preciso, portanto, atuar no sentido de contrapor às práticas de discriminação e exclusão, estratégias de inclusão que os permitam afirmar suas diferenças no domínio público.

O AT objetiva auxiliar na criação destes espaços de vida e de expressão, fora dos estigmas de preconceito pautados pelas categorias de doença e/ou deficiência, responsáveis por manter os indivíduos considerados doentes mentais, encerrados nas categorias de insanos, incapazes e perigosos. Deste modo, a tarefa que os acompanhantes se dispõem a realizar cotidianamente consiste em esquadrihar, precisamente, os espaços – tanto no sentido simbólico quanto físico – que podem ser apropriados junto a estas pessoas, a fim de que possam recuperar a autonomia necessária para participar dos intercâmbios socioculturais. É neste sentido que Serpa e Velozo (2006) destacam:

Um evento novo produz uma resposta nova, acompanhantes caminham juntos aos acompanhados e juntos suam suas camisas. Experiências diversificadas oferecem ao sujeito a possibilidade de sentir-se parte de uma tarefa que lhe indica sua própria

importância. Nestes movimentos espontâneos, flexíveis e geradores de identidades, negociações particulares, trocas e laços sociais podem se criar. Pensamos que só a partir daí poderemos efetivamente, enfrentar a desqualificação de que são vítimas nossos usuários. A partir da possibilidade de construção de novas modalidades de relação entre aqueles que coabitam um território na promoção de um processo de reconstrução de laços solidários entre os pares. (p. 333)

Nas publicações acadêmicas relativas ao AT, abundam relatos clínicos relacionados a pessoas que experimentam um cotidiano de vida assaz empobrecido, marcado pela falta de perspectivas capazes de romper com um padrão de relacionamentos estreito. Santiago Kovadloff (2009) destaca a importância do AT para estes indivíduos, considerando a criação de zonas alternativas como uma meta a ser almejada por este dispositivo clínico:

A procura de tais zonas alternativas responde à necessidade de promover novas modalidades de relação operativa com o paciente. Trata-se, em suma, de gerar intervenções terapêuticamente eficazes ali onde a subjetividade mostra suas fragilidades mais acentuadas, reconstituindo ao mesmo tempo o tecido sócio-cultural de forma tal que possibilite ao paciente outra qualidade de inserção vincular e um protagonismo inovador e duradouro. “Territórios” é, pois, uma noção que remete, fundamentalmente, a critérios, perspectivas e modos de relação interpessoal de profundo valor terapêutico. (p. 10)

A cena abaixo ilustra o que nos diz o autor acerca da possibilidade de assunção de outras modalidades relacionais abertas pela ocupação dos espaços de sociabilidade. Dentro deste contexto, poder relacionar-se com os eventos que constituem o cenário urbano é de suma importância no âmbito dos acompanhamentos terapêuticos:

Na praça, enquanto Jean traga o seu cigarro, distrai-me a cena de uma criança vestida como adulto, a distribuir panfletos relativos a alguma ordem evangélica. Quando retorno a atenção para Jean, não o encontro onde estava sentado. Logo, o vejo prostrado em um posto de vacinação improvisado na saída da estação de metrô. Manga da camisa suspensa até a altura do ombro, Jean escancara um largo sorriso, à espera de tomar uma vacina. Aproximo-me e, quando chego, constato que os agentes de saúde estão dando muitas risadas com ele, em uma intensa interação: Jean, que tem mais de 50 anos de idade, dizia a todos ter 27 anos. Diante do cenário de incredulidade geral, afirmava estar parado no tempo. (Diário clínico, 10/05/2014)

No dia em que ocorreu o episódio descrito acima, fiquei me indagando acerca da razão pela qual o posto de vacinação atraiu a atenção de Jean. Em meio aos interlocutores presentes, ele estava atônito de alegria, rindo alto e

murmurando em tom baixo algumas palavras relacionadas à salvação e à cura da humanidade. O vocabulário médico habita amplamente o discurso de Jean. Ele frequentemente está às voltas com a crença de que desenvolveu o remédio contra a disseminação de algum vírus nefasto:

Hoje Jean estava irritado e agitado. Mostrou-se determinado a ir até o Pinel, alegando ter que combater a proliferação de um vírus grave capaz de dizimar a humanidade, provocando uma enorme catástrofe: “Preciso ir ao hospital evitar uma epidemia, preciso imunologizar o ar senão todos vão morrer!”. Tratava-se nada mais, nada menos, do que a responsabilidade pela vida humana na terra, que naquele momento recaía sobre seus ombros, arqueados pelo peso do mundo. No caminho para o hospital, disse-me com intensa raiva: “Você não sabe o que é ser irmão da rainha da Inglaterra e ter que viver preso em um cubículo.” (Diário clínico, 08/03/2014)

A queixa de Jean acerca do modo como vive – em suas palavras, “preso em um cubículo” –, não é despropositada. De fato, ele habita um quarto exíguo e sem janela na casa em que mora. Durante o final de semana, nos dias em que não frequenta o CAPS, passa boa parte do seu tempo enclausurado neste espaço. Em seu aposento, não há possibilidade de fazer nada além de dormir. Tampouco estabelece contato com o “fora”, uma vez que o quarto dá para a área interna do prédio.

Acredito que os acompanhamentos que realizo com Jean representam a possibilidade dele compor itinerários que o retiram – ao menos em parte – do circuito repetitivo no qual vive imerso em casa, em especial nos finais de semana. Assim, Jean circula pelos espaços que deseja, sem que necessariamente eu tenha que acompanhá-lo *pari passo*. Caminha pela Praça General Osório ou vai até as pedras do Arpoador, enquanto o aguardo sentado em algum quiosque ou assento público. Penso que estar ao lado dele desempenhando a função de mediador das suas andanças, pode ser terapêutico no sentido de ajudá-lo a exercer sua cidadania. Trata-se da possibilidade de conquista de alguma autonomia, na qual Jean sai da clausura do apartamento em que vive, para então respirar outros ares e interagir com os mais variados atores sociais.

Os acompanhantes terapêuticos atuam, portanto, nas frestas abertas pelo encontro entre a dita normalidade e a doença, isto é, no embate alteritário que faz colidirem as diferenças nos ambientes coletivos. Assim sendo, podemos considerar estes profissionais como ambulantes que apostam em uma zona de

tensão capaz de promulgar a inscrição do desvio no pretense mundo da norma. Kuras de Mauer e Resnizky (2009) definem o acompanhante terapêutico como um agente de saúde que garante a possibilidade de ocupação do ambiente público, por parte daqueles que são socialmente relegados à desconfiança e ao déficit:

Alguém com uma presença implicada, comprometida; que apoie, anime e enfrente. Alguém disposto a se ocupar do vínculo daquelas zonas inabitáveis para o paciente. Alguém que aloje em si alguma esperança e a preserve – ou pelo menos tente – de tanta impotência. Alguém que suporte a vertigem psíquica que acossa, ameaça e debilita ainda mais a subjetividade já machucada pela dor psíquica. (p. 12)

A capacidade de assunção dos lugares públicos como espaços de tratamento, é descrita também por Alessandra Ribeiro (2009). A autora define os acompanhantes terapêuticos como especialistas da “clínica do fora”:

Os acompanhantes terapêuticos tornam-se os *experts* dessa clínica do fora, clínica da rua, clínica do mundo. Seu trabalho consiste em estar junto de seus pacientes, fazer coisas que nunca foram feitas, superar algumas limitações, desenvolver potencialidades, garimpar autonomias, servir de modelo, estar presente. Aproveitam qualquer lugar como espaço de tratamento. Parece-me uma clínica de tentar o inédito com o objetivo de que o sujeito seja, cada vez mais, inteiro e autônomo. (p. 80, grifado no original)

Do ponto de vista do acompanhante terapêutico, é importante que esteja disponível para embarcar nas aventuras abertas pelos espaços de encontro. Para tanto, há que valer-se das possibilidades de ocupação da cidade, acompanhando os percursos trilhados, bem como perscrutando os laços que podem ser criados pelo sujeito acompanhado, respeitando a sua singularidade e o seu ritmo.

Contudo, se as grandes cidades consistem em espaços públicos, os quais são cada vez mais esvaziados em sua dimensão coletiva de troca intersubjetiva – tal como visto em especial na primeira seção deste capítulo –, o que nos autoriza a advogar para este dispositivo clínico a capacidade de potencializar estes espaços, dotando-os de outros sentidos?

No livro *Confiança e medo na cidade*, Zygmunt Bauman (2009) aborda as consequências da valorização extrema do individualismo no cotidiano das cidades contemporâneas, chamando a atenção para a condição de fragilidade e vulnerabilidade que assola o viver urbano. De acordo com o autor, a dissolução dos vínculos de solidariedade que outrora marcavam as trocas humanas, fez com

que o medo se tornasse um sentimento constante, o qual informa as ações desempenhadas nos ambientes públicos:

O medo do desconhecido – no qual, mesmo que subliminarmente, estamos envolvidos – busca desesperadamente algum tipo de alívio. As ânsias acumuladas tendem a se descarregar sobre aquela categoria de “forasteiros” escolhida para encarnar a “estrangeiridade”, a não-familiaridade, a opacidade do ambiente em que se vive e a indeterminação dos perigos e ameaças. (Bauman, 2009, p.36)

O cenário de desconfiança, estranheza e medo crônico para com todos aqueles que apresentam desvios aos padrões de conduta impostos pelas normas sociais, aumenta a distância com relação aos “não-assimiláveis”. Neste contexto, a diferença é tida como perigo e ameaça a ser confinada em uma zona de exclusão preliminar permanente. Os “estrangeiros” são esses indivíduos diante dos quais é preciso evitar quaisquer possibilidades de contato:

As novas classes perigosas são, ao contrário, aquelas consideradas incapacitadas para a reintegração e classificadas como *não-assimiláveis*, porque não saberiam se tornar úteis nem depois de uma “reabilitação”. Não é correto dizer que estejam “em excesso”: são *supérfluas* e excluídas *de modo permanente* (trata-se de um dos poucos casos permitidos de “permanência” e também dos mais ativamente encorajados pela sociedade “líquida”). (Bauman, 2009, p. 22, grifado no original)

Neste ponto, cabe indagar o quanto as questões levantadas por Bauman acerca dos mecanismos de exclusão colocados em ação nas cidades é válido para o caso dos indivíduos acometidos por um intenso sofrimento psíquico. Dentre os “não-assimiláveis”, descritos pelo autor, inequivocamente podemos pensar em todos aqueles que sofrem algum tipo de discriminação por serem considerados dispensáveis dentro de um sistema capitalista neoliberal que os enxerga como *supérfluos*, incluindo-se neste grupo os doentes mentais, os deficientes físicos, dentre outros.

Dentro deste contexto, estes indivíduos são tidos como dispensáveis porque não plenamente aproveitáveis dentro dos interesses produtivistas pautados pela lógica do consumo. Trata-se, portanto, de pessoas que não são efetivamente incluídas nos intercâmbios socioculturais, ficando à margem do mercado de trabalho, donde a condição de “superfluidade” a que estão submetidas.

A exclusão do trabalho é vivida mais como uma condição de “superfluidade” que como a condição de alguém que está “des-empregado” (termo que implica um desvio da regra, um inconveniente temporário que se pode – e se poderá – remediar); equivale a ser recusado, marcado como supérfluo, inútil, inábil para o trabalho e condenado a permanecer “economicamente inativo”. (Bauman, 2009, p. 23)

No âmbito do AT que realizo junto a Sérgio¹⁷, a questão relacionada às dificuldades de inserção no mercado do trabalho é muito presente. Ele se aflige por sentir-se desvalorizado. Não é raro Sérgio dizer: “Puxa, Danilo, por que não me deixam trabalhar?”.

Ultimamente Sérgio tem problematizado a possibilidade de obter autonomia, pleiteando poder voltar a andar sozinho na rua, ou mesmo desempenhar algum trabalho, mas este é um processo longo e lento. No entanto, a despeito das dificuldades que por vezes se apresentam em nossas andanças pela cidade, Sérgio não se priva de estar nos espaços públicos, algo de que gosta muito, em especial no caso da ida aos eventos culturais, tal como descrito no primeiro capítulo. Segue abaixo uma saída nossa registrada no *Diário clínico*:

“Cada vez mais vou conseguir andar sozinho, não é?! Daqui a pouco não vou precisar nem pagar você para sair comigo!”. Neste dia, Sérgio está especialmente meditativo sobre sua condição: “Ainda bem que não sou um bicho, senão não poderia entrar aqui na livraria e nem ir a lugar nenhum”. A diretora da biblioteca municipal Machado de Assis nos chama quando já estamos deixando o local e dirige-se a mim informando com um tom preocupado que Sérgio esteve lá sozinho no dia anterior. E então, ele se coloca à minha frente e fala enfaticamente: “Não moça, eu já estou conquistando minha autonomia, começando a andar sozinho!”. Depois, caminhamos até a livraria da Fundação Getúlio Vargas, onde me disse afirmativamente que o nosso tratamento está dando certo porque ele não tem mais “se preocupado com o cocô” e está conseguindo “viver como um adulto”. (Diário clínico, 11/05/2016)

Cabe destacar que, ao longo de cinco anos de AT, esta foi a primeira vez que o ouvi falar com tanta propriedade a respeito de si mesmo. Com frequência ele tem o hábito de indagar acerca do seu estado apresentando uma enorme insegurança: “Estou bem hoje, Danilo?”, “Depende só de mim ficar bem, né?”, “Estou tranquilo?”, “Minhas irmãs veem que sou um adulto e sei me comportar?”. Sérgio repete o seu arsenal de perguntas, a fim de atestar, constantemente, que tem condições de estar em sociedade. Precisa que o(s) outro(s) o ajude(m) a

¹⁷ Dados relacionados ao Sérgio já foram apresentados no primeiro capítulo. Aqui, vale acrescentar que mora numa Residência Terapêutica, convivendo com mais cinco moradores em um bairro da zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Seus familiares mantêm contato frequente com ele.

dirimir o atroz sentimento de fragmentação que faz com que não se sinta adaptado à vida coletiva.

Sérgio denuncia o furo em nossa construção cívica, uma vez que rompe com todos os acordos contratuais de civilidade, não se inserindo plenamente neles. Nos lugares nos quais se esperam condutas polidas – o recato e o respeito às normas estabelecidas – Sérgio, apresenta o seu mal-estar, perambulando sujo de cocô pelo saguão de instituições suntuosas, ou ainda, se autoflagelando em meio à multidão de transeuntes que passam assustados por nós dois nas ruas da cidade.

Entretanto, Sérgio tem feito um esforço muito grande para “estar melhor”, o que fica evidenciado na cena apresentada acima, na qual se apropria de sua condição a partir de outra perspectiva, assumindo-se de forma mais autônoma. Vale assinalar que “estar melhor” – termo por ele frequentemente utilizado –, implica em poder apropriar-se do trabalho de cultivar uma vida com menos mal-estar, dialogando de outra forma com as intempéries que atravessam o viver.

Entretanto, esta construção de um maior bem-estar em sua vida é gradativa. Somente de uns anos para cá tem conseguido estar no coletivo com um pouco mais de segurança, enfrentando o temor de não ser aceito em sua diferença. Aos poucos, Sérgio vem se dando conta da importância de não recuar frente ao desamparo que frequentemente o assola nos momentos em que está em meio aos espaços de sociabilidade. Neste sentido, no âmbito de sua assistência, é muito significativo para nós dois atravessar as dificuldades que ele apresenta em nossas saídas, bem como administrar os contratemplos que por vezes assolam os programas que planejamos fazer.

Um exemplo disso ocorre quando repentinamente Sérgio sente uma vontade premente de usar o banheiro, o que o faz sair correndo – literalmente –, mas nem sempre dá tempo de encontrar um lugar. Nestas circunstâncias, ele urina e defeca na própria calça, sem conseguir conter o impulso. A vivência destas situações, o desestabiliza, fazendo com que seja tomado por uma angústia extrema que o leva a se bater e morder a si próprio, ficando praticamente incomunicável por um tempo. Estas ocorrências são comumente vividas por Sérgio como fonte estressora, na qual se culpa por não conseguir conter suas necessidades fisiológicas.

No âmbito dos ATs com Sérgio, ele costuma tecer algum comentário relacionado ao medo de não ser gente, tal como presente na cena apresentada na

qual diz que só está na livraria em meio às outras pessoas porque não é um bicho. Penso que ele precisa afirmar isso para encontrar em mim um testemunho de sua condição humana, como que a atestar a sua inserção no âmbito das trocas sociais.

O pertencimento à cultura na qual vive depende do reconhecimento deste outro que possa retificar a ele uma identidade, fora do registro da inadaptação e da doença. Por este motivo, uma direção clínica que está presente desde o início do AT reside na aposta de explorarmos, juntos, o gosto de Sérgio pelos livros e programas culturais, o que tem sido muito profícuo, pois as crises agudas têm sido cada vez menos frequentes em sua vida.

Dentro desta perspectiva, Sérgio tem se encorajado na busca por construir, à sua maneira, os seus territórios existenciais, investindo em atividades que lhe conferem prazer, mesmo em face de suas dores e agruras cotidianas. Penso que os espaços de sociabilidade são de suma importância neste contexto, uma vez que o inserem no espaço-tempo da cidade, criando uma *ambiência* na qual pode inscrever o seu apreço por peças de teatro, filmes e exposições.

A título de aprofundar ainda mais a análise acerca da importância que os ambientes públicos assumem na clínica do AT, apresentarei mais algumas cenas, relativas ao acompanhamento terapêutico realizado com um jovem de aproximadamente 20 anos. Para os desígnios aqui pretendidos, basta assinalar que Diego apresenta dificuldades motoras em decorrência de uma paralisia cerebral ocorrida aos 10 meses de idade, e que apresenta, do ponto de vista psicológico, múltiplos prejuízos cognitivos, tais como um leve atraso mental, falta de atenção e dificuldades em estabelecer vínculos no âmbito social. O AT foi sugerido aos pais do jovem pelo seu psicólogo, visando à expansão de sua capacidade de interação psicossocial, de modo a habilitá-lo para as trocas inerentes ao cotidiano público. Vamos às cenas:

Caminhávamos por uma via e em determinado momento deparamos com uma senhora, que vinha no sentido contrário ao nosso. Não se contendo em sua indiscrição, a senhora pôs-se a olhar insistentemente para Diego, especialmente em direção às botas usadas para auxiliá-lo em sua marcha. Constrangido pela cena, voltei meus olhos para ele e verifiquei que tinha em seu semblante uma expressão de desconforto, tentando não encarar a senhora, mas visivelmente atingido por aquele olhar intrusivo. Súbito, Diego tropeça e cai bruscamente no chão. Cabe assinalar que esta foi a primeira e única vez que Diego caiu durante uma saída de AT. (Diário clínico, 28/08/2013)

Atrasados para assistir a um filme, encontramos o saguão da bilheteria do cinema lotado de pessoas, muitas das quais perfiladas para a compra de ingressos, o que nos desanimou profundamente, pois estávamos sem os bilhetes de entrada. Naquela mesma semana havia conversado com o pai de Diego, ocasião em que me alertou a respeito da dificuldade do filho em aceitar a própria condição, frequentemente referindo-se a si mesmo, de um modo pejorativo, como “deficiente físico”. Esta informação, somada ao fato de àquela altura estar começando o trabalho de AT com Diego, deixou-me atônito sem saber como agir diante do dilema de sugerir ou não nos encaminharmos para a fila destinada a “pessoas portadoras de necessidades especiais”, que estava bem mais vazia. Enquanto pensava, Diego repetia: “não vai dar pra ver, não vai dar tempo”. De repente, foi ele mesmo quem dissipou minhas dúvidas, indagando de forma enfática: “por que não vamos para a fila exclusiva?”. (Diário clínico, 20/11/2013)

As duas cenas descritas acima são emblemáticas do modo como os espaços públicos desempenham na clínica do AT diversas possibilidades de atuação. A primeira cena aponta o quanto o contato com a diferença pode intensificar atitudes discriminatórias, marcadas pela estranheza e repulsa. Afinal, o olhar vidrado da senhora em direção a Diego era preenchido de preconceito, denotando irresoluta aversão, o que nos leva a pensar, sobretudo, que teve tamanha força a ponto de fazê-lo tombar ao chão. Sobre este aspecto, não é demais acrescentar que no momento da queda de Diego, a atitude de sua observadora passou longe de qualquer menção de ajudá-lo; nem ao menos se dignou a deter-se na cena, ocupando-se de dali retirar-se o mais rápido que pôde.

A segunda cena aponta outro aspecto a ser analisado. Neste caso, a “troca de fila” efetuada por Diego no momento da compra de ingressos para o filme, denota o quanto o espaço público engendrou a possibilidade dele se afirmar em sua diferença, bem como o quanto a presença do acompanhante, neste contexto, fez-se importante. Afinal, estar junto a um outro, testemunho desta operação de assunção da própria condição, foi fundamental para que ele pudesse assumir-se no coletivo.

Vale ilustrar mais duas saídas com Diego. Ambas apontam as implicações positivas relacionadas a esta apropriação dos ambientes públicos, no processo de subjetivação de pessoas que necessitam ampliar as trocas psicossociais:

A caminho do Maracanã, onde intencionávamos fazer uma visita-guiada pelo estádio, entramos em um ônibus e nos sentamos próximo ao motorista, o qual travou um diálogo conosco. No caminho, o assunto em torno do futebol despertou o interesse de Diego, que interagiu com entusiasmo, a despeito de sua inibição característica. Chegando ao estádio, fomos surpreendidos pela necessidade prévia de termos adquirido as entradas para a visitação. Desolados pelo passeio frustrado, já atravessando a rua, o mesmo funcionário que havia nos barrado

assoviou chamando a nossa atenção: ele havia conseguido abrir uma exceção junto à direção do estádio, pleiteando a entrada na visitação, mas somente para Diego, eu não poderia acompanhá-lo. Diego hesitou em ir sozinho. Pude constatar, naquele momento, o quanto   difícil para ele ver-se em ambientes públicos sem a intermedia o de alguém de sua confiança. Felizmente Diego decidiu entrar, o que fez com que vivesse uma experiência única que rendeu muito assunto no regresso à sua casa. Até mesmo um flerte parece ter vivido l  dentro, pois na saída, uma menina chamou-o quando ele já vinha em minha dire o, mandando-lhe um beijo matreiro e pedindo o seu contato. Diego enrubesceu. (Diário clínico, 18/12/2013)

Hoje consegui não submergir a letargia de Diego, vencendo sua preguiça ao convencê-lo a visitar o Museu da Sele o Brasileira, recém-inaugurado na Barra da Tijuca. Dedicamos 1 hora debatendo os “prós” e “contras” do passeio. Argumentei o quanto ele deixava de fazer coisas por conta de seu comodismo, querendo ficar sempre protegido naquilo que já conhece. Obtido o êxito da proposta, colocamo-nos a caminho do Museu. O traslado foi um tanto tortuoso: espera longa do ônibus; duas horas de viagem em um coletivo lotado; calor de verão às 14 horas da tarde. A esta altura já se pode imaginar o humor de Diego! Assim que descemos do ônibus e fomos procurar a rua que constava do endereço disponível na internet, nos vimos perdidos em meio   “selva de concreto” que é o bairro da Barra da Tijuca. Diego então ficou agressivo, me insultando e negando-se a continuar nossa peregrina o. Tive que deixá-lo sentado em um ponto de ônibus até encontrar o Museu. Uma vez l , enquanto fazíamos um lanche, conversamos sobre o destempero e o tom hostil frequentemente colocado em a o por ele. Durante a visita o, Diego foi pouco a pouco mudando o semblante. Na volta, mais trânsito e aperto no ônibus, mas agora ele já ria da “aventura” que vivíamos. A noite caça e Diego não parava de falar animadamente, narrando estórias vividas junto aos seus familiares. (Diário clínico, 05/02/2014)

A última cena apresentada narra a ida ao bairro da Barra da Tijuca – cuja proje o foi, na prática, exclusivamente voltada para o trânsito de carros e ônibus –, o que nos impôs enormes desafios, dado a sua localiza o geográfica e as dificuldades de locomo o pedestre. No entanto, diferentemente de outras ocasiões em que  ramos “vencidos” por um misto de inibi o social e comodismo por parte de Diego, desta vez julguei importante insistir um pouco mais, valendo-me de argumentos que acentuavam o quanto ele provavelmente curtiria o passeio, dado o seu enorme interesse por futebol. Neste caso, foi por pouco que não desisti, desestimulado pela distância e pela certeza do trânsito que iríamos enfrentar, isso somado ao humor de Diego, frequentemente irritadi o.

No AT as decisões precisam ser tomadas “ao vivo”, no momento mesmo em que surgem os empecilhos e os dissensos tanto entre acompanhante e acompanhado, como também na rela o com os outros atores que compõem o entorno. Há todo um sem-número de eventos e intempéries que podem eclodir a cada instante. Sobre isso, Araújo assinala que:

A abertura ao *socius* faz com que as conexões se multipliquem e englobem não só o indivíduo, mas os muitos que falam em cada um, assim como os muitos que falam nos outros, nos espaços sociais e no meio ambiente. Pode-se dizer isso quando experimentamos os tipos de intervenção que se realizam nessa prática, tanto intervenções do meio ambiente, como as produzidas pelas relações sociais e subjetivas. É o céu que de repente se fecha e arma um temporal, um ônibus cheio ou pessoas correndo para baixo da marquise, um medo que surge, a ajuda de terceiros, o contato com outros, a articulação subjetiva de um corpo em plena afetação – tudo isso ao mesmo tempo e em relação atenta, criativa e intuitiva. As intervenções se tornam múltiplas e imprevistas, não vão unicamente do acompanhante ao acompanhado, e sim surgem de todos os lugares (2007, p. 30, grifado no original)

No âmbito dos acompanhamentos, não nos é dado prever o que nos aguarda na sequência de cada lance vivido. É neste sentido, que Jacqueline Moreira (2003) define o AT como uma “clínica em ato, onde o *setting* é a cidade: a rua, a praça, a casa, o clube. Uma clínica onde a palavra, mas também o corpo, os gestos, as atitudes contam” (p. 50). Afinal, é mesmo de ato que se está falando ao pensarmos a clínica do AT, pois é dos acontecimentos que extraímos as intervenções que podem ser encenadas nos ambientes públicos:

Um novo acontecimento, que foge à monotonia mortífera do cotidiano, obriga o animal humano a inventar uma nova maneira de ser e de agir dentro da situação. O acontecimento é uma situação de ruptura que exige um novo posicionamento e uma fidelidade à nova ordem criada. (...) Qualquer evento pode ter densidade de acontecimento e exigir um sujeito inventivo que crie uma nova modalidade de subjetivação que ecoe as vozes por diferentes cantos, convidando outros para a mudança. (Moreira, 2003, p. 58)

A respeito da dimensão de acontecimento que atravessa o AT, Araújo (2007) assevera que este dispositivo se configura como a “bricolagem de fragmentos que ora se conectam produzindo uma figura, ora se desconectam desestabilizando figuras já constituídas” (p. 21). Neste sentido, o AT é uma modalidade clínica cuja função reside no movimento de fiar e desfilar os traçados subjetivos, desenhando os percursos existenciais, matéria usada para compor paisagens renovadas.

Assim, no AT o enquadre é circunstancial, composto pelo arranjo do momento, constituindo a ocasião para novas montagens. Neste ponto, vale trazer ao texto mais uma cena, a qual ilustra o quanto este dispositivo é tributário do encontro entre acompanhante e sujeito acompanhado em meio aos ambientes

públicos, o que faz com que em tal experiência clínica, as contingências do entorno sejam determinantes:

Chego à casa de Diego e ele insiste em irmos jogar futebol num complexo de quadras esportivas. Dada a sua dificuldade motora, fico um pouco desconcertado com a ideia, sentindo medo de que Diego viesse a se machucar no jogo. Mas resolvo bancar a nossa ida. Afinal, se trabalho na perspectiva de auxiliar os sujeitos que acompanho, no sentido de ampliar suas possibilidades de intercâmbio psicossocial, então não há porque deixar de anuir ao pedido de Diego. Aliás, é muito significativo para o nosso trabalho o fato dele fazer esta demanda, vencendo os seus próprios medos de estar em ambientes públicos. Quando lá chegamos, já havia alguns meninos na quadra, os quais nos convidaram a entrar na brincadeira. Logo no início, os outros meninos se dão conta da condição de Diego, e passam a dividir a bola com cuidado especial; mas, passam também a rir do modo descoordenado como corre, o que provoca nele um estado de enorme irritação, levando-o a agredir os outros em meio às disputas pela bola. Chamo a sua atenção para o modo como está “entrando nas divididas de bola” e os outros meninos começam a se irritar e a reclamar de suas investidas. Precisamos sair da quadra, por uns 15 minutos, para conversarmos sobre o que estava ocorrendo. (Diário clínico, 10/11/14)

Com relação à cena apresentada acima, cabe pensar no quanto fui preconceituoso no momento em que hesitei em jogar futebol com Diego, tendo duvidado de que ele pudesse praticar um esporte que exige coordenação motora. Também fiquei temeroso – devido a um excesso de zelo – pelo fato de que estaríamos junto a pessoas desconhecidas que poderiam vir a zombar dele, ou até mesmo machucá-lo involuntariamente. Mas a situação exigiu que eu ultrapassasse esse pré-conceito para que pudesse estar ao lado dele, acompanhando-o e até mesmo encorajando-o no seu desejo.

Ainda inspirados pela cena em questão, ela nos permite analisar os impasses que atravessam o dispositivo clínico do AT, pois a exposição nos espaços públicos coloca a dupla diante de situações difíceis, fazendo das incursões árduos percursos. Estar em meio a outros adolescentes fez com que Diego vivenciasse uma situação que acabou sendo para ele estressora, pois evidenciou as suas dificuldades motoras. Isso o levou a ficar agressivo naquele contexto. A despeito disso, foi importante que pudesse entrar em contato com a sua agressividade, pois isso ensejou a oportunidade para que colocasse as suas diferenças em jogo, podendo criar espaços de expressão no âmbito das trocas intersubjetivas. Neste sentido, cabe assinalar que após a partida disputada, já estava à vontade junto aos

outros meninos, não querendo ir embora e participando ativamente dos diálogos estabelecidos.

Os exemplos, trazidos pelas cenas, ilustram o modo como a clínica do AT finca suas raízes nos espaços coletivos, trabalhando a partir da aposta de que ao colocarmos em ato as diferenças que nos constituem, poderemos construir uma sociedade que seja, de fato, inclusiva. Moreira (2003) destaca essa característica do AT enquanto dispositivo clínico que atua com foco na mudança no âmbito dos processos subjetivos e sociais do sujeito acompanhado, no intuito de “criar marcas, tecer fios que permitam enlaçá-lo, com sua estrutura psíquica peculiar, ao tecido social” (p. 49). A posição do acompanhante terapêutico desponta, neste contexto, como mediador do sujeito acompanhado, intervindo “como ponte entre o seu mundo interno e o mundo externo, ajudando-o a compor a sua história pessoal” (p. 49).

É precisamente dentro desta perspectiva, na qual há a premência de uma revitalização no valor de uso da cidade, que o trabalho de AT se insere. Neste caso, tanto acompanhante como o sujeito acompanhado aceitam o desafio de juntos viver a experiência da itinerância pelos espaços coletivos. Somente assim pode-se reafirmar a diversidade no território, de modo a investir na dimensão política inerente às trocas socioculturais.

A análise das cenas apresentadas neste capítulo nos permite erigir a hipótese de que tomar a cidade como matéria do AT não consiste em uma tarefa simples. Isso ocorre porque, em suas andanças, acompanhante e sujeito acompanhado terão que lidar o tempo todo com os desafios impostos por uma série de contingências, tal como ilustrado nos exemplos acima.

Neste sentido, o AT é um dispositivo que não pode ser inteiramente abarcado pelas categorias nosológicas e/ou pelas classificações diagnósticas, comumente colocadas em ação nas áreas da psiquiatria, psicologia e psicanálise. No conjunto teórico-prático que lhe empresta forma devem ser incluídos os fatores externos que compõem os espaços de sociabilidade, sendo estes primordiais no âmbito desta modalidade clínica.

Deste modo, tal como visto, é preciso considerar os aspectos cotidianos, sociais e culturais como sendo a base sobre a qual repousam as estratégias de intervenção promulgadas pelo AT. Afinal, este recurso clínico é transversalizado por saberes e fazeres diversos:

Nesta assistência plural coexistem saberes científicos, dentre eles, médicos, psicológicos, sociais, e também leigos, etnográficos, culturais, que refletem diferentes modos de cuidar, de pensar o sofrimento psíquico, o homem e o mundo. Portanto, neste campo de assistência não são apenas os modelos teóricos e técnicos que prevalecem, mas também as premissas éticas que visam o cuidado e a não-exclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais. (...) Este tratar é micropolítico e artesanal, caracterizado pela delicadeza e sensibilidade, onde o *risco* é uma constante. (Serpa & Velozo, 2006, p. 325, grifado no original)

No âmbito deste capítulo apresentamos algumas situações registradas no *Diário clínico*, a fim de ilustrar o modo como o campo do AT é tributário da ocupação dos espaços públicos. Com isso, pretendemos também chamar a atenção para o quanto esta relação entre clínica e cidade não é simples, sendo, pelo contrário, cercada por ambivalências e tensões.

Para finalizar, gostaria de expor mais uma cena, a qual traduz de forma contundente o fato de que nem sempre a cidade apresenta-se como abertura para a dimensão terapêutica. Ao revés disso, em muitos casos, a *urbe* impõe a vivência de situações extremamente difíceis, ensejando o medo e situando a dupla acompanhante e sujeito acompanhado no espaço-tempo contemporâneo, marcado pela violência e pelo não reconhecimento do outro em sua alteridade:

Eu e Sérgio caminhávamos pela praia de Botafogo. Não passava das 15 horas. Ao pararmos em um sinal, vejo um grupo de adolescentes, com idades em torno de 13 a 18 anos. Percebo que zombam dele, o qual não se dá conta de que estão o olhando fixamente, pois está voltado para mim, gesticulando e balançando a cabeça em um movimento pendular que lhe é característico. Quando o sinal abre, os jovens atravessam rapidamente e, enquanto nós dois começávamos a pôr os pés na rua, um deles desferiu um forte soco no braço de Sérgio, que grita de dor e de pronto agarra a minha mão tremendo. Eles, então, fazem menção de se deter ali, como que a nos cercar, ensaiando uma surra coletiva; por sorte isso não acontece, pois neste momento chegam alguns transeuntes que berram alguma coisa, espantando-os dali. Quando mais adiante conseguimos entrar em uma estação de cinema e comprar água para tentar relaxar, Sérgio diz: “Por isso que não posso andar sozinho, né?”. Fico pensando, triste, que ninguém está a salvo em uma cidade como o Rio de Janeiro, com tantas mazelas, diferenças sociais e violências cotidianas. (Diário clínico, 30/01/2016)

Vê-se que os espaços públicos nem sempre são acolhedores, sendo, em muitas ocasiões, o palco de discriminações e violências de todas as ordens, tal como apontado por Bauman (2009) ao sublinhar o contexto de medo e vulnerabilidade a que estamos expostos nos grandes centros urbanos. Deste modo, a cidade, com seus becos e vielas sem saída, suas ruas e praças mal iluminadas,

seus parques e grandes avenidas, é somente um ponto de partida para as andanças no âmbito dos acompanhamentos terapêuticos.

Com isso, atualmente estamos diante do desafio de investir em uma apropriação dos territórios públicos como espaços de “transindividualidade”, no sentido atribuído por Santos (2002). Tal como apontado pelo autor, a cidade não é matéria dada e acabada, pois são os homens que a significam cotidianamente, emprestando-lhe sentidos sempre renovados.

Assim, deparamo-nos frente à exigência premente de luta em prol do investimento no valor de uso da cidade, em contraponto ao valor de troca, pautado pela monetarização das relações humanas (Lefebvre, 1968 [2008]). Para tanto, é preciso apostar na polifonia de sentidos que podem ser criados em *meio* aos espaços de sociabilidade, a despeito das agruras que atravessam o viver urbano.

Vimos neste capítulo que ao tomar a cidade como matéria da clínica, o AT se constitui como um recurso que intervém ao nível de uma micropolítica cotidiana, atuando como um dispositivo terapêutico que coloca em xeque a dinâmica individualista e segregacionista imposta pela lógica dominante. Neste sentido, o AT se vale dos espaços públicos a fim de, por *meio* deles, explorar a criação de territórios existenciais para aqueles que necessitam ampliar as possibilidades de intercâmbio sociocultural.

Veremos, a seguir, que tipo de relação pode ser estabelecido entre o par acompanhante e acompanhado, tendo-se a cidade como pano de fundo. Ou seja, investigaremos, do ponto de vista da clínica, quais as potencialidades terapêuticas abertas pelos espaços de sociabilidade.

4

A clínica do AT: transicionalidade e interjogo na arena sociocultural

O maior apetite do homem é desejar ser. Se os olhos veem com amor o que não é, tem ser.
(Paixões humanas, Padre Antônio Vieira)

No primeiro e segundo capítulos, vimos, respectivamente, o(s) modo(s) como o AT se insere na rede de assistência à saúde mental e as implicações advindas da ocupação dos espaços de sociabilidade no âmbito deste recurso clínico. Chegamos agora ao ponto de indagarmos: ao tomarmos a cidade como *ambiência*, que atmosfera relacional pode se constituir entre o par acompanhante e acompanhado? Em outras palavras, qual a qualidade dessa relação que dota de especificidades esta modalidade de tratamento? Por fim, quais são as implicações clínicas deste trabalho?

Inequivocamente, trata-se de uma atmosfera diversa, em muitos aspectos, daquela que permeia os consultórios e clínicas de atendimento, dando ensejo à outra qualidade de relação. Motivados por esta questão, no presente capítulo vamos investigar quais são, então, os principais aspectos que enformam a relação estabelecida entre acompanhante terapêutico e sujeito acompanhado.

O fato do AT se constituir como uma modalidade clínica que acontece em estreito diálogo com o “fora” dos espaços de sociabilidade, impõe pensarmos a sua dimensão clínica na interface com o mundo da cultura, visando esquadrihar as implicações terapêuticas desta abertura ao *socius*. Com isso, optamos em transitar por um domínio teórico-conceitual que privilegia a ideia de que a constituição de si e do outro só pode ser pensada à luz de uma perspectiva compreensiva que contemple a dimensão intersubjetiva, em detrimento das concepções de subjetividade tradicionais, pautadas pelos pressupostos positivistas modernos.

Desta forma, julgamos ser interessante percorrer, na primeira seção, algumas noções desenvolvidas pelo filósofo russo Mikhail Bakhtin, em especial no que concerne ao modo como este autor concebe importância à dinâmica das interações socioculturais, em especial a partir dos conceitos de *dialogismo*, *exotopia*, *alteridade* e *empatia simpática*. Estamos, portanto, trabalhando com a ideia de que a subjetividade é plasmada na relação que o sujeito estabelece com

o(s) outro(s) e com o mundo da cultura como um todo, não havendo a possibilidade da existência de uma interioridade isolada do coletivo humano do qual é parte.

No âmbito da segunda seção, abordaremos a relação entre acompanhante e sujeito acompanhado à luz do pensamento teórico-clínico do pediatra e psicanalista Donald Winnicott. Com base na sua teoria acerca do desenvolvimento emocional primitivo, privilegiaremos a análise das intervenções clínicas realizadas junto a pessoas consideradas como casos graves da saúde mental. Com isso, exploraremos as seguintes noções e conceitos desenvolvidos pelo autor: *mãe suficientemente boa; espaço potencial; experiência de ilusão; holding; handling; regressão à dependência.*

Ao longo de toda a sua obra, Winnicott se dedicou a pensar os processos de maturação associando-os às provisões ambientais primárias, sendo estas tidas como determinantes para a constituição da subjetividade. Neste caso, o foco recai nos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do bebê, os quais remontam ao domínio do pré-verbal e às primeiras relações objetais. Assim, os ambientes primários participam ativamente do processo de amadurecimento emocional. Conforme veremos, de acordo com esta perspectiva teórica o tratamento visa a auxiliar o sujeito na retomada deste processo, agora em um novo ambiente.

O uso neste capítulo de ambos os autores mencionados, visa a circunscrever a intersubjetividade como noção central para pensarmos a clínica do AT, na interface com os espaços de sociabilidade. Com isso, chamaremos a atenção para o processo de interação que acompanha o indivíduo desde o momento em que desperta para a vida, estendendo-se ao longo de todo o seu desenvolvimento.

4.1

A filosofia da linguagem de Mikhail Bakhtin: intersubjetividade em questão

Os diversos atos de atenção, amor e reconhecimento do meu valor a mim dispensados por outras pessoas e disseminados em minha vida como que esculpiram para mim o valor plástico do meu corpo exterior. De fato, mal a pessoa começa a vivenciar a si mesma de dentro, depara imediatamente com atos de reconhecimento e amor de pessoas íntimas, da mãe, que partem de fora ao encontro dela: dos lábios da mãe e de pessoas íntimas a criança recebe todas as definições iniciais de si mesma. (Estética da criação verbal, Mikhail Bakhtin)

Em sua crítica à linguística do século XIX, Mikhail Bakhtin (1992)¹⁸ diz que esta não dá conta do que se passa na comunicação discursiva, pois negligencia justamente a função comunicativa e a dimensão sociocultural de todo ato enunciativo, seja ele oral ou escrito. Segundo o autor, a ênfase dos linguistas recai apenas na capacidade expressiva do indivíduo, tido enquanto falante que exterioriza conteúdos internos numa forma ou estilo que prescinde do ouvinte para o qual se endereça.

A língua é deduzida da necessidade do homem de auto-expressar-se, de objetivar-se. A essência da linguagem nessa ou naquela forma, por esse ou aquele caminho se reduz à criação espiritual do indivíduo. Propunham-se e ainda se propõem variações um tanto diferentes das funções da linguagem, mas permanece característico, senão o pleno desconhecimento, ao menos a subestimação da função comunicativa da linguagem; a linguagem é considerada do ponto de vista do falante, como que de um falante sem a relação necessária com outros participantes da comunicação discursiva. Se era levado em conta o papel do outro, era apenas como papel de ouvinte que apenas compreende passivamente o falante. (Bakhtin, 1992, p. 270)

Bakhtin divide a linguística em dois grandes modelos, a saber: o objetivismo abstrato e o subjetivismo idealista. No primeiro caso, a língua é concebida numa perspectiva normativa, sendo compreendida, portanto, a partir de um sistema abstrato de formas a serem registradas passivamente pelos indivíduos. No segundo, o fenômeno linguístico é tido como ato de criação individual, estando mais voltado para a concepção da língua numa dimensão interiorista, essencialmente intrapsíquica.

Na contramão destas perspectivas compreensivas, compartilhadas pelos linguistas, Bakhtin concebe a linguagem enquanto fenômeno sociocultural. Ao lançar luz sobre a interação verbal, diálogo vivo compartilhado pelos indivíduos, o autor enfatiza o conteúdo ideológico e vivencial dos discursos, apontando para a importância de um estudo da linguagem que leve em conta o contexto em que os atos enunciativos se dão.

¹⁸ O livro: *Estética da criação verbal* é uma coletânea de textos escritos por Bakhtin (1895-1975), organizada e publicada postumamente, por seus editores, em 1979. No domínio de que tratamos aqui, foram utilizados como referência os textos: “O autor e a personagem”, “Os gêneros do discurso” e “Apontamentos”.

Deste modo, Bakhtin argumenta que a significação de todo discurso verbal se dá na vida, o que aponta para a necessidade de um estudo da linguagem que leve em consideração o lugar ocupado pelo outro, interlocutor que participa ativamente da construção de todo e qualquer discurso. Dentro dessa perspectiva, os enunciados são constituídos no âmbito da interação cultural e a comunicação discursiva se torna possível a partir do *dialogismo* e da *alteridade*:

Eis por que a experiência discursiva individual de qualquer pessoa se forma e se desenvolve em uma interação constante e contínua com os enunciados individuais dos outros. Em certo sentido, essa experiência pode ser caracterizada como processo de assimilação – mais ou menos criador – das palavras do outro (e não das palavras da língua). Nosso discurso, isto é, todos os nossos enunciados (inclusive as obras criadas) é pleno de palavras dos outros, de um grau vário de alteridade ou de assimilabilidade, de um grau vário de aperceptibilidade e de relevância. Essas palavras dos outros trazem consigo a sua expressão, o seu tom valorativo que assimilamos, reelaboramos, e reacentuamos. (Bakhtin, 1992, p. 294).

Os conceitos de *dialogismo* e *alteridade* são centrais no pensamento de Bakhtin e se desenvolvem em torno da noção de que nos constituímos através do contato estabelecido com o outro. Assim, ao sermos introduzidos no mundo da cultura, deparamos com um universo pleno em significados. É por meio da e pela linguagem que dialogamos com estes significados, atribuindo sentido àquilo que se nos apresenta; isso implica no fato de que a nossa inscrição no mundo da cultura é marcada por uma singularidade em processo, ou seja, necessariamente inacabada. Destarte, tomamos consciência do que somos ao compartilharmos nosso olhar com o olhar do outro, criando uma linguagem que permite decifrar mutuamente a consciência de si e do outro no contexto das relações socioculturais.

Eu vivo em um mundo de palavras do outro. E toda a minha vida é uma orientação nesse mundo; é reação às palavras do outro (uma reação infinitamente diversificada), a começar pela assimilação delas (no processo de domínio inicial do discurso) e terminando na assimilação das riquezas da cultura humana (expressas em palavras ou em outros materiais semióticos). (Bakhtin, 1992, p. 379)

Nada se esgota em si mesmo; tudo o que por aí vai, atuando e se expressando no mundo, complementa a história humana transbordando-a em vida. Isto porque precisamos trocar com o mundo, buscar o outro para encontrar algo de

nós mesmos e com isso criar nossa própria identidade, formada tanto pela diferença, como pelo que há de comum entre nós.

Dentro deste contexto, o sentido é produzido de modo compartilhado, levando em consideração a tensão presente na comunicação discursiva entre falante e ouvinte. Neste caso, todo discurso se constrói no bojo da linguagem, no fluxo da inter-relação, em suma, na arena em que os valores entram em jogo e são negociados a fim de que novas constelações subjetivas sejam formadas. Portanto, é justo a partir da distância alteritária que o diálogo se constitui e o enriquecimento recíproco se torna possível.

Neste contexto, o *dialogismo* e a *alteridade* denotam a possibilidade de abertura a outras formas de existência. E isso só pode se dar a partir do embate com a diferença. Assim, quanto maior a consciência acerca do lugar que se ocupa na relação com o outro, mais aberto o encontro se torna para que ambos os lados se transformem, trabalhando elementos impensados de antemão e permitindo, em última instância, a emergência do novo. Isso ocorre porque o confronto com a *alteridade* traz consigo a possibilidade de ressignificação de si e do outro, ativando caminhos que se abrem.

Mas, qual é a aposta de Bakhtin ao afirmar essa relação de interdependência do eu com o outro? A intersubjetividade defendida pelo autor remete à ideia de que uma consciência, sozinha, não pode conhecer-se totalmente. Assim, uma vida somente ganha contorno ou sentido se for vista do exterior, como um todo; ou seja, o sentido de uma vida depende de ela ser contemplada desde o horizonte existencial de alguma outra pessoa, pois o olhar alteritário é fundamental para complementar a visão precária e parcial que o sujeito tem sobre si mesmo.

O excedente de visão que é outorgado pela relação com o outro é descrito por Bakhtin (1992) como *exotopia*. O conceito *exotopia* nos remete ao fato de que embora as consciências sejam complementares, não são coincidentes, posto que o olhar de cada um é inevitavelmente repleto de anseios, convicções e visões, inerentes ao lugar que ocupamos na vida – o que aponta para a unicidade de cada sujeito.

Seguindo os apontamentos aqui apresentados, nos damos conta de que não existe criação que parta de uma interioridade isolada, pois nos encontramos permanentemente implicados com os sentidos que vamos tecendo para as nossas vidas, e conseqüentemente, para a vida daqueles que nos cercam. Com isso, o

autor desenvolve a noção de que somos partícipes da vida dos outros, o que aponta para o compromisso dos homens uns para com os outros.

Deste modo, não há alibi para a existência, de modo que cada um de nós é convocado a responder pelo lugar único que ocupa no mundo. A questão ética e estética que se impõe, diz respeito àquilo que fazemos da experiência do encontro com os outros, ou seja, a forma que damos ao que compartilhamos no curso de nossas vidas. Em última instância, trata-se de apostarmos no fortalecimento das experiências e práticas coletivas vividas no âmbito da sociedade.

Portanto, na concepção filosófica de mundo proposta por Bakhtin, não há espaço para a ideia de uma pretensa verdade última – calcada em um objetivismo abstrato ou em um subjetivismo idealista – a ser alcançada. O que se observa no viver coletivo é a confecção de uma obra conjunta e aberta, cuja densidade repousa na diversidade de sentidos presentes no domínio público. Tal diversidade oferece a cada indivíduo uma imensa rede de tessituras possíveis para cerzir o seu próprio viver.

Neste sentido, quais seriam, então, as contribuições filosóficas que nos ensejariam a pensar a clínica do AT a partir da teoria bakhtiniana? No que se refere ao enquadre em que me imbuo da tarefa de lidar com a dor do outro, o primeiro movimento que devo fazer é vivenciar os seus sentimentos junto com ele, ou seja, tentar colocar-me em seu lugar. Nesse processo de passagem do lugar da *contemplação* para o da *compenetração*, devo abstrair os elementos que a mim eram acessíveis desde o lugar que ocupava, para então buscar habitar o horizonte alheio.

Dessa forma, só após identificar-me com o outro, é que posso retornar ao meu lugar – e esse retorno é essencial –, a fim de dar um acabamento àquilo que foi experienciado na relação. Assim, ainda que não me seja facultado viver propriamente o que o outro vive, posso por meio da *compenetração* compartilhar das contingências que permeiam a sua vida, a fim de devolver-lhe aquilo que enxergo a partir do lugar exotópico que ocupo.

Trata-se, portanto, de lhe apresentar outras possibilidades de ser e estar em sociedade, dando ensejo a novas formas de se posicionar no mundo, formas estas que proporcionem benefícios em sua vida no sentido de dirimir a carga de sofrimento que o assola. Entretanto, cabe assinalar que a experiência de fusionar-

se com o outro não implica um estado de simbiose na relação, o que significaria apagar as diferenças que dão contorno à singularidade que cada ser único possui:

A situação vital do sofredor, efetivamente vivenciada de dentro, pode me motivar para um ato ético: para a ajuda, a consolação, uma reflexão cognitiva, mas de qualquer modo a compenetração deve ser seguida de um retorno a mim mesmo, ao meu lugar fora do sofredor, e só deste lugar o material da compenetração pode ser assimilado em termos éticos, cognitivos ou estéticos; se não houvesse esse retorno, ocorreria o fenômeno patológico do vivenciamento do sofrimento alheio como meu próprio sofrimento, da contaminação pelo sofrimento alheio, e só. A rigor, a compenetração pura, vinculada à perda do nosso único lugar fora do outro, é quase impossível e, em todo caso, totalmente inútil e sem sentido. (Bakhtin, 1992, p. 24)

Bakhtin define o duplo movimento de *contemplação* e *compenetração* por meio de um conceito, ao qual denominou *empatia simpática*. Na pura empatia não há nenhuma troca específica entre eu e o outro, pois, ao ver o mundo através dos valores do outro, o indivíduo apenas compartilha mimeticamente suas afetações, vivenciando as mesmas categorias que o sujeito vivencia. Todavia, na *empatia simpática*, o sujeito não se confunde com o outro, isto é, viaja até o seu interior, se identifica com as experiências, porém, retorna ao seu lugar acrescentando algo “transgrediente” à vivência alheia.

O conceito de *empatia simpática*, desenvolvido por Bakhtin, apresenta muita semelhança com relação ao que o psicanalista húngaro Sándor Ferenczi considera como sendo a faculdade de *sentir com*, a fim de explicitar a atitude adequada, a ser adotada pelo analista¹⁹. De acordo com o autor (1928 [2011]), o *sentir com* está diretamente relacionado ao *tato*, isto é, à disponibilidade para compartilhar o sofrimento psíquico do outro, tolerando experimentar em si os seus processos psíquicos. O *tato* aponta, portanto, para a demanda de engajar-se de modo sincero no tratamento, preservando a si próprio na relação:

Como se vê, com a palavra “tato” somente consegui exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é o tato? A resposta a esta pergunta não nos é difícil. *O tato é a faculdade de “sentir com” (Einfühlung)*. (...) Procuramos, é certo, colocar-nos no diapasão do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também nos atemos com firmeza, até o fim, à nossa posição ditada pela experiência analítica. (Ferenczi, 1928 [2011], p. 31-42, grifado no original)

¹⁹ O *sentir com* – o qual depende da capacidade do analista para estar em sintonia com as questões que permeiam a dor do paciente – será explorado com maior profundidade no próximo capítulo, em que discutiremos o legado do pensamento de Ferenczi para pensarmos a amizade como categoria fundamental à clínica do AT.

Assim, ao transpor estas questões para o campo do AT, podemos pensar que os conceitos elencados são de grande valia para este dispositivo clínico, uma vez que implicam na tarefa de acompanhar o sujeito no seu cotidiano de vida, lidando com a dor e o sofrimento do outro no aqui e agora dos acontecimentos. Portanto, a aposta do AT é justamente auxiliar o sujeito a criar inventivamente novas formas de dialogar com velhas questões em seu cotidiano de vida, ou mesmo produzir outros sentidos no modo de se relacionar com o mundo da cultura.

Em última instância, as reflexões de Bakhtin nos ajudam a pensar que ao habitar um plano clínico comum – plano da cultura – acompanhante terapêutico e sujeito acompanhado compartilham uma atmosfera de pertencimento, indispensável à vida coletiva. Deste modo, a clínica do AT aposta no encontro dialógico promulgado em meio aos espaços de sociabilidade, espaços nos quais ambos vivenciam a vulnerabilidade inerente ao estar em comunidade.

A título de síntese: a aposta ética, presente nesta qualidade de trabalho, reside em dar a ver ao outro, aspectos que enformam a sua existência, os quais ele não pode ter acesso sozinho. Ademais, é facultado ao acompanhante terapêutico enxergar estes aspectos por conta de sua posição externa, caracterizada tanto pela proximidade – fusão – quanto pelo distanciamento – defusão –, necessário para que um excedente de visão seja devolvido ao sujeito acompanhado, uma vez que este último não pode elaborar plenamente suas próprias questões enquanto as vivencia, em função do ofuscamento que o autovivenciamento produz. Portanto, esta posição dupla do acompanhante terapêutico – proximidade que paradoxalmente assegura a manutenção da distância necessária à constituição do *eu* – é a condição de possibilidade para que uma intervenção efetivamente clínica possa se dar.

Como vimos nesta seção, o *dialogismo*, a *exotopia*, a *alteridade* e a *empatia simpática* são as categorias conceituais usadas por Bakhtin para designar o movimento constante, fluxo incessante que faz com que a constituição subjetiva de cada indivíduo seja forjada no campo sociocultural (e nunca anterior a ele). Assim, os intercâmbios praticados no âmbito coletivo constituem o fator responsável pela produção (inter)subjetiva.

Agora que apresentamos a perspectiva teórico-filosófica que embasa a visão sociocultural de homem e de mundo a qual estamos afiliados, podemos dar

sequência à nossa empreitada. Percebendo pontos de diálogo entre a perspectiva de Bakhtin e as considerações clínicas de Winnicott, no próximo item apresentaremos a teoria do desenvolvimento emocional primitivo do bebê e os seus desdobramentos na vida adulta, fundamentos da clínica winnicottiana. Visamos, com isso, entrelaçar a concepção destes autores ao campo clínico do AT.

4.2

A Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo em Donald Winnicott e suas interfaces com o campo do AT

As pessoas sem imaginação podem ter tido as mais imprevistas aventuras, podem ter visitado as terras mais estranhas. Nada lhes ficou. Nada lhes sobrou. Uma vida não basta apenas ser vivida: precisa também ser sonhada. (Poesia completa, Mário Quintana)

As observações de Winnicott, desenvolvidas a partir de sua experiência clínica como pediatra e psicanalista, fizeram com que o autor atentasse para o estado de dependência absoluta dos bebês, do período que se estende da gestação até os primeiros cinco ou seis meses de vida, aproximadamente. Tais observações o levaram a postular a necessidade da existência do que designou como *mãe devotada comum*, ou, *mãe suficientemente boa*, a fim de sublinhar a exigência de uma adaptação ativa às demandas do recém-nascido nos estágios primários do desenvolvimento maturacional.

No âmbito do pensamento clínico de Winnicott, há uma ideia central que orienta o escopo de sua teoria, qual seja: a boa adaptação da mãe às necessidades do bebê – não necessariamente a mãe biológica, mas qualquer pessoa que se torne responsável pela provisão dos seus cuidados básicos – depende de um estado de *preocupação materna primária*, de suma importância para o desenvolvimento emocional primitivo.

Winnicott (1949 [2000]) defende a hipótese da existência de tendências naturais inerentes ao desenvolvimento maturacional. No entanto, estas tendências não são alheias às intervenções do ambiente. Dentro da perspectiva teórica apresentada pelo autor, caso o meio-ambiente atenda às necessidades primárias do bebê, o desenvolvimento emocional seguirá o seu curso natural. Assim, o contexto no qual o recém-nascido desponta para a vida – isto é, as contingências externas

que compõem o seu entorno – é tão importante quanto as tendências naturais ao desenvolvimento. Daí o autor afirmar que:

É preciso notar que o desenvolvimento do psicossoma é universal e que suas complexidades são inerentes, enquanto que o desenvolvimento mental depende até certo ponto de fatores variáveis, tais como as características de certos fatores ambientais, os incidentes aleatórios do parto e o manejo logo após o nascimento etc. (p. 345)

Segundo Winnicott (1962 [1983]), no estágio inicial o bebê é completamente dependente de um “outro” que lhe assegure a sobrevivência e a contínua “sensação de ser”. O autor assinala que a “tendência principal do processo maturativo está contida nos vários significados da palavra *integração*” (p. 58). Deste modo, o desenvolvimento emocional depende inteiramente do processo de *integração* do ego, o qual só poderá se dar a partir da referida adaptação da mãe.

No início da vida, o recém-nascido encontra-se em um estágio de *não-integração*, isto é, não constitui ainda uma unidade enquanto indivíduo, sendo *uno* em relação à *mãe-ambiente*. Isso implica no fato de que, neste primeiro estágio, há um estado de indistinção originária entre o psiquismo do bebê e de sua mãe, sem que exista, com isso, uma delimitação mais precisa das fronteiras *eu* e *não-eu*.

Dentro desta perspectiva, a rigor o “bebê” não existe, tal como o concebemos desde o ponto de vista externo. A *integração* do ego é um processo gradual que só é alcançado caso a mãe atenda às necessidades primárias do recém-nascido, permitindo que o desenvolvimento maturacional transcorra em segurança. A este respeito, Winnicott (1967a [1975]) esclarece que:

O enunciado puro é este: nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, que, de fato, o bebê ainda não separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre o não-eu e o eu se efetua, e o ritmo dela varia de acordo com o bebê e com o meio ambiente. (p. 153)

Em síntese, no estágio inicial caracterizado por um estado de dependência absoluta, é preciso haver, por parte da mãe, uma adaptação ativa suficientemente boa, pois esta é a condição de possibilidade para que o desenvolvimento emocional do bebê ocorra de forma satisfatória. Deste modo, os primeiros cuidados oferecidos ao bebê garantem o estabelecimento de um ritmo constante na

doação materna, permitindo o sentimento de continuidade do ser, base para o desenvolvimento do *self*:

A saúde mental de cada criança é possibilitada pela mãe, enquanto esta preocupa-se com a criação de seus filhos. (...) A saúde mental, portanto, é o produto de um cuidado incessante que possibilita a continuidade do crescimento emocional. (...) O que não se conhece bem (e na verdade ainda não está comprovado) é que os distúrbios que podem ser reconhecidos e classificados como psicóticos tenham sua origem no desenvolvimento emocional anterior à fase em que a criança já se tornou visivelmente uma pessoa total, em condições de relacionar-se por inteiro com pessoas totais (Winnicott, 1952 [2000], p. 306-307)

Winnicott (1963 [1983]) assinala que, no início, a mãe deve esforçar-se ao máximo para “não desapontar o seu bebê”. Isso é fundamental no sentido de assegurar ao recém-nascido a constituição de um “ego corporal”, o qual será a base “para a saúde mental futura” (p.82):

Todos os processos de uma criatura viva constituem um *vir-a-ser*, uma espécie de plano para a existência. A mãe que é capaz de se dedicar, por um período, a essa tarefa natural, é capaz de proteger o *vir-a-ser* de seu nenê. Qualquer irritação, ou falha de adaptação, causa uma reação no lactente, e essa reação quebra esse *vir-a-ser*. Se reagir a irritações é o padrão da vida da criança, então existe uma séria interferência com a tendência natural que existe na criança de se tornar uma unidade integrada, capaz de ter um *self* com um passado, um presente e um futuro. (Winnicott, 1963 [1983], p. 82, grifado no original)

Winnicott (1951 [2000]) pontua que é em função da possibilidade de o bebê alucinar o seio – vivendo a *ilusão* de que cria aquilo que lhe provém desde “fora” –, que o mesmo pode desenvolver-se sem ser interrompido no sentido da continuidade do ser. Deste modo, a *experiência de ilusão* é o que garante ao bebê ser resguardado de perturbações demasiado constantes, que podem interceptar o processo de desenvolvimento do ego:

Nos primeiros tempos, a mãe, por adaptar-se em quase 100 por cento, proporciona ao bebê a possibilidade de ter a *ilusão* de que o seu seio é uma parte dele. Ou seja, como se este estivesse sob o seu controle mágico. O mesmo pode ser dito em termos dos cuidados em geral, nos momentos tranquilos entre as excitações. A onipotência é quase um fato da experiência. A tarefa da mãe será posteriormente a de desiludir o bebê, mas ela não terá nisto qualquer chance de ser bem-sucedida, caso não tenha sido capaz de oferecer inicialmente a possibilidade da ilusão. Em outras palavras, o seio é criado e recriado vezes sem conta pelo bebê a partir de seu amor ou (poderíamos dizer) de sua necessidade. Desenvolve-se então um fenômeno subjetivo dentro do bebê, que podemos chamar de ‘seio da mãe’. A mãe

coloca o seio real justamente ali onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento certo. (p. 327, grifado no original)

O encontro exitoso entre a *ilusão* do bebê e a doação materna primária dá ensejo a uma área intermediária da existência, região paradoxal que não se situa “dentro” e nem tampouco “fora”, mas que conjuga estas duas dimensões na medida em que permite ao bebê mesclá-las em seu viver. Winnicott (1951 [2000]) defende a tese de que entre o mundo subjetivo e o que é objetivamente percebido, existe um domínio propício à experimentação que pertence paradoxalmente a ambas as esferas. Neste sentido, o autor destaca a importância do desenvolvimento do potencial criativo do bebê, o qual só poderá se dar por meio da *experiência de ilusão*:

...existe uma terceira parte na vida do indivíduo, parte essa que não podemos ignorar, uma região intermediária da experimentação, para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. Trata-se de uma área não questionada, pois nenhuma reivindicação é feita em seu nome, salvo a de que ela possa existir como um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente engajado na tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas. (...) Estou neste momento apresentando a minha reivindicação de que existe um estado intermediário entre a incapacidade do bebê de reconhecer e aceitar a realidade, e sua crescente capacidade em fazê-lo. Estou, portanto, estudando a substância da ilusão, aquela que admitimos na criança, e que na vida adulta é inerente à arte e à religião. (Winnicott, 1951 [2000], p. 318)

Dentro desta perspectiva teórica, a realidade externa só poderá se colocar ao bebê de forma não intrusiva, no caso de antes a mãe ter-lhe permitido a *experiência de ilusão*. Assim, é fundamental que seja assegurada ao recém-nascido a crença de que aquilo que lhe é ofertado é uma criação sua:

Os objetos e fenômenos transicionais pertencem ao reino da ilusão, o qual está localizado na base dos primórdios da experiência. Esse estágio inicial no desenvolvimento deve sua existência à capacidade especial da mãe de adaptar-se às necessidades de seu bebê, permitindo-lhe a ilusão de que o que ele cria realmente existe. (...) Podemos, portanto, estabelecer o valor positivo da ilusão. (Winnicott, 1951 [2000], p. 331)

Portanto, é somente a partir da *ilusão* que as tendências ao desenvolvimento podem desdobrar-se de modo saudável, permitindo que o bebê comece a se apropriar das sensações correspondentes aos estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional. Conforme visto, a *experiência de ilusão* depende do

estabelecimento de um ritmo no cuidado ofertado pela mãe, sua presença e sua ausência sendo administradas de modo a não interromper o sentido de continuidade do ser.

Com isso, é preciso garantir ao bebê a possibilidade de iludir-se, a fim de que tenha condições de suportar a desilusão nos estágios mais avançados. Dito em outras palavras, é preciso que a *experiência de ilusão* seja assegurada, de modo que, à posteriori, o bebê suporte as frustrações inerentes ao encontro com a realidade externa. É importante atentar para o fato de que o trabalho psíquico de articular mundo interno e mundo externo, integrando-os, consiste em um processo ininterrupto que acompanha o sujeito vida afora:

A região intermediária à qual estou me referindo é aquela que é liberada para o bebê entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste da realidade. Os fenômenos transicionais representam os primeiros estágios do uso da ilusão, sem a qual não há para o ser humano sentido algum na idéia de um relacionamento com um objeto percebido pelos outros como externo a ele. (...) Já foi declarado aqui que o processo de aceitação da realidade jamais se completa, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna à realidade externa, e que o alívio para essa tensão é proporcionado pela área intermediária de experiências, a qual não é submetida a questionamentos (arte, religião etc.). (Winnicott, 1951 [2000], p. 327-329, grifado no original)

Os fenômenos transicionais emergem no *espaço potencial* existente entre a psique e o mundo. Segundo Winnicott (1971a [1975]), o brincar habita este *espaço potencial*, área intermediária da experimentação, que conforme dito anteriormente, caracteriza-se por ser uma zona paradoxal, uma vez que reúne o mundo interno do bebê à realidade externa. Neste sentido, o autor assinala que é no âmbito deste domínio que se constitui “uma experiência criativa, uma experiência na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver” (p. 75). Para que haja a possibilidade desta experiência é preciso ser estabelecida uma relação de confiança entre a mãe e o bebê, de tal forma que:

A confiança na mãe cria aqui um playground intermediário, onde a idéia da magia se origina, visto que o bebê, até certo ponto, experimenta onipotência. (...) A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais. É a precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança. (1971a [1975], p. 71, grifado no original)

A confiança estabelecida nesta fase de dependência absoluta do bebê em relação à mãe é um fator indispensável para que haja o interjogo em que é facultado o brincar. A confiança, neste caso, está “relacionada à fidedignidade da figura materna ou dos elementos ambientais” (1967b [1975], p. 139). Pouco a pouco, o sentimento de confiança leva o bebê a se apropriar dos objetos reais como *objetos transicionais*, os quais cumprem a função de intermediar a realidade psíquica e o encontro com a realidade externa:

A palavra *confiança*, nesse contexto, demonstra compreensão do que quero significar pela construção da confiança baseada na experiência, na época da dependência máxima, antes da fruição e do emprego da separação e da independência. (...) O espaço potencial entre o bebê e a mãe, entre a criança e a família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo, depende da experiência que conduz à confiança. Pode ser visto como sagrado para o indivíduo, porque é aí que este experimenta o viver criativo. (Winnicott, 1967b [1975], p. 142, grifado no original)

Conforme explicitado no fragmento acima, o espaço do brincar consiste em uma região entre o indivíduo e a *mãe-ambiente*, região esta que deve ser permeada pelo sentimento de confiança, indispensável para que o bebê possa dar vazão ao seu potencial de criação. Deste modo, vê-se que a liberdade de criação possibilitada por este *espaço potencial* é um fator vital no desenvolvimento do bebê, sendo determinante no que se refere à conformação subjetiva da criança e do adulto, nos estágios mais avançados:

Tentei chamar a atenção para a importância, tanto na teoria quanto na prática, de uma terceira área, a da brincadeira, que se expande no viver criativo e em toda a vida cultural do homem. Essa terceira área foi contrastada com a realidade psíquica interna, ou pessoal, e com o mundo real em que o indivíduo vive, que pode ser objetivamente percebido. Localizei essa importante área da *experiência* no espaço potencial existente entre o indivíduo e o meio ambiente, aquilo que, de início, tanto une quanto separa o bebê e a mãe, quando o amor desta, demonstrado ou tornando-se manifesto como fidedignidade humana, na verdade fornece ao bebê o sentimento de confiança no fator ambiental. (Winnicott, 1967b [1975], p. 142, grifado no original)

A terceira área – área da criação – é representada nos estágios iniciais pelos *objetos transicionais*, os quais se situam entre o subjetivo e o que é objetivamente percebido. A área intermediária, criada por meio do uso destes objetos, permite ao bebê que possa desenvolver-se criativamente no âmbito de uma zona entre a realidade interna e a percepção objetiva da realidade externa (compartilhada),

perfazendo um domínio no qual o elo é dado pela possibilidade de conciliar dois mundos aparentemente incompatíveis:

Reivindiquei que, ao observarmos o uso, pela criança, de um objeto transicional, a primeira posseção não-eu, estamos assistindo tanto ao primeiro uso de um símbolo pela criança quanto à primeira experiência da brincadeira. Uma parte essencial de minha formulação dos fenômenos transicionais está em nunca desafiar o bebê com a questão: você criou esse objeto ou o encontrou? Isso equivale a dizer que uma característica essencial dos fenômenos e objetos transicionais reside na qualidade de nossa atitude quando os observamos. (Winnicott, 1967b [1975], p. 134)

Vemos, com isso, que aquilo que Winnicott chama de *objetos e fenômenos transicionais*, diz respeito à possibilidade da criança transitar da subjetividade à objetividade, valendo-se do uso desta mescla criativa que conjuga o interno e o externo em uma mesma experiência. Aqui, uma vez mais vale ressaltar o caráter paradoxal desta terceira área, pois não constitui uma simples soma – reunião aditiva entre as partes interna e externa –, ou mesmo uma fronteira definida, em que se poderia discernir o limite que separa sujeito e objeto.

Tal como já assinalado, o sentimento de confiança no fator ambiental, a que o autor se refere, está diretamente relacionado ao viver criativo. A criatividade em Winnicott (1971b [1975]) tem a ver com o “estar vivo”, ou seja, com a crença de que a vida merece ser vivida. Assim, é preciso que o bebê tenha condições de fruir a continuidade do ser para que a criança e o adulto do futuro adquiram e desenvolvam o sentimento de que a vida é real e significativa. Daí o autor sublinhar que: “É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida.” (p. 95). E mais:

Descobrimos que os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida ou, então, que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver. Essa variável nos seres humanos está diretamente relacionada à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê. (Winnicott, 1971b [1975], p. 102)

Vimos até aqui, que no estágio primário do desenvolvimento, a provisão ambiental exercida pela função materna é crucial. Em linhas gerais, Winnicott (1967a [1975]) assinala que tal provisão pode ser desdobrada em três aspectos fundamentais, quais sejam: o segurar; o manejar; e a apresentação de objetos. O bebê deverá ser sustentado – *holding* – em seu processo de *integração* do ego;

auxiliado no manejo – *handling* – do psicossoma, condição para que o processo de *personalização* ocorra; e introduzido ao mundo dos objetos – *realização* –, que de início só poderão ser concebidos pelo bebê nos termos dos objetos subjetivos, isto é, objetos que tenham sido por ele criados, estando sob a égide de seu controle onipotente. O autor sintetiza a dinâmica deste processo do seguinte modo:

Um bebê é segurado, satisfatoriamente manejado e, isso aceito, é-lhe apresentado um objeto de tal modo, que sua experiência legítima de onipotência não seja violada. O resultado pode ser que o bebê seja capaz de usar o objeto e sentir-se como se esse objeto fosse um objeto subjetivo, criado por ele. Tudo isso é próprio do início, e de tudo isso provém as imensas complexidades que abrangem o desenvolvimento emocional e mental do bebê e da criança. (Winnicott, 1967a [1975], p. 154)

Winnicott (1951 [2000]) assinala que o desenvolvimento do potencial criativo depende de que a realidade externa seja paulatinamente apresentada ao bebê, em doses que possam ser por ele experimentadas. Ou seja, é primordial modular a apresentação do mundo externo ao recém-nascido, de acordo com a sua capacidade de assimilação. Assim, conforme o desenvolvimento emocional avança, o “teste da realidade” pode ser introduzido de modo gradativo:

Não existe qualquer possibilidade de que um bebê progrida do princípio do prazer para o princípio de realidade ou para e além da identificação primária a não ser que exista uma mãe suficientemente boa. A ‘mãe’ (não necessariamente a própria mãe do bebê) suficientemente boa é a que faz uma adaptação ativa que gradualmente diminui, de acordo com a crescente capacidade do bebê de suportar as falhas na adaptação e de tolerar os resultados da frustração. (...) No entanto, *no início* a adaptação deve ser quase perfeita, e ao menos que assim seja não é possível ao bebê começar a desenvolver a capacidade de relacionar-se com a realidade externa, ou mesmo de conceber uma realidade externa. (Winnicott, 1951 [2000], p. 326, grifado no original)

De acordo com Winnicott (1963 [1983]), a função materna parte de uma adaptação quase perfeita no estágio inicial de dependência absoluta, para em seguida promover, no estágio de dependência relativa, uma “desadaptação gradativa” (p. 83). Neste novo estágio, uma vez tendo sido supridas as condições exigidas pelas necessidades primárias, o bebê terá recursos para lidar com as falhas da mãe, podendo vivenciá-las de forma não traumática:

Assim como chamo o primeiro estágio de “dependência absoluta”, assim chamo o próximo estágio de “dependência relativa”. Deste modo se pode distinguir entre a

dependência que está além da capacidade de percepção do lactente e a dependência da qual o lactente pode tomar conhecimento. (...) A recompensa desse primeiro estágio (dependência absoluta) é que os processos de desenvolvimento do lactente não são distorcidos. A recompensa neste estágio de dependência relativa é que o lactente começa, de certo modo, a se tornar *consciente dessa dependência*. Quando a mãe está longe por um tempo superior ao da sua capacidade de crer em sua sobrevivência, aparece ansiedade, e este é o primeiro sinal que a criança percebe. Antes disso, se a mãe está ausente, o lactente simplesmente falha em se beneficiar de sua habilidade especial de evitar irritações ou incômodos, e certos desenvolvimentos essenciais na estrutura do ego falham em se tornar bem estabelecidos. (p. 83-84, grifado no original)

Winnicott (1949 [2000]) é bastante explícito com relação à importância da gestão das falhas, de modo que nos estágios iniciais a mãe tenha êxito no sentido de manter o mundo do recém-nascido tão simples quanto possível, proporcionando ao bebê um “ambiente perfeito”:

O ambiente perfeito é aquele que se *adapta ativamente* às necessidades do recém-criado psicossoma, esse que, enquanto observadores, sabemos ser um bebê que acabou de nascer. Um ambiente ruim é ruim porque, ao deixar de adaptar-se, transforma-se numa *intrusão* à qual o psicossoma (ou seja, o bebê) terá de *reagir*. Essa reação perturba a continuidade do *seguir vivendo* do novo indivíduo. (p. 334, grifado no original)

Preenchidas as condições requeridas pelas necessidades primárias, a mãe garante que o bebê não seja acochado por falhas maiores do que sua capacidade de tolerar e do que suas possibilidades de compreender. Assim, a gradual falha na adaptação nos estágios seguintes não implicará em uma interrupção no “continuar a ser” do bebê:

No processo de criação dos bebês, é vitalmente importante que as mães forneçam desde o início essa adaptação ativa, primeiro em termos físicos e posteriormente em termos que incluem a imaginação, mas também é característica essencial da função materna uma *gradual falha na adaptação*, de acordo com a crescente capacidade do bebê individual de suportar a falha relativa por meio de sua atividade mental, ou seja, por meio da compreensão. (Winnicott, 1949 [2000], p. 335, grifado no original)

Portanto, no âmbito da teoria proposta por Winnicott, a diferenciação *eu/não-eu* só poderá se inscrever após a constituição de uma relação fusional, na qual a *mãe-ambiente* não é intrusiva, adaptando-se às necessidades primárias do recém-nascido. O autor esmiúça o modo como se desdobra – desde a perspectiva do bebê – o processo de assunção acerca da existência de um mundo interno e de

uma realidade externa compartilhada, isto é, não completamente abarcada pelo seu controle onipotente. Grosso modo, esta fase se inicia aproximadamente a partir dos cinco ou seis meses de vida:

Já foi observado com alguma frequência que entre os cinco e os seis meses ocorre uma mudança nos bebês que nos permite, com mais facilidade do que antes, falarmos de seu desenvolvimento emocional em termos que podem ser aplicados aos seres humanos em geral. (...) Pode-se dizer que nesse estágio o bebê já é capaz de mostrar, através de seu brincar, que ele compreende que tem um interior, e que as coisas vêm do exterior. Ele mostra que sabe que está enriquecendo com as coisas por ele incorporadas (física e psiquicamente). Mais ainda, ele mostra que sabe que é possível livrar-se das coisas uma vez obtido delas o que desejava. (Winnicott, 1945 [2000], p. 221)

Winnicott (1941 [2000]) concebeu a existência deste novo estágio do desenvolvimento do bebê a partir das consultas pediátricas que realizava no Paddington Green Children's Hospital, em Londres. Neste contexto, fez observações acerca da relação dos bebês com um objeto (a espátula), tendo concluído que os mesmos precisam viver uma experiência completa e integradora a partir do uso do(s) objeto(s).

Em linhas gerais, Winnicott (1941 [2000]) divide esta experiência em três etapas, a saber: em um primeiro momento, o bebê se interessa pela espátula colocada sobre a mesa, mas hesita em pegá-la; no segundo momento, não havendo intrusões por parte do ambiente, a situação muda, e o período de hesitação dá lugar à autoconfiança do bebê para apropriar-se da espátula, fazendo uso dela; no último estágio, o bebê se desinteressa pela espátula após lançá-la ao chão repetidas vezes, o que aponta para o período em que desenvolve a capacidade de se separar do objeto. Neste momento, atingida esta última etapa, tem-se a experiência completa de criação, na qual o bebê pôde vivenciar o que Winnicott chamou de *lição de objeto*.

No entanto, tal como visto anteriormente, antes de viver a experiência completa na relação com o objeto – denominada *lição de objeto* – é preciso existir a oferta das funções ambientais, próprias ao primeiro estágio do desenvolvimento. É neste sentido que Winnicott (1956 [2000]) assinala que no estágio inicial a mãe precisa manter-se em um estado de sensibilidade exacerbada, sendo esta a condição que torna possível a “adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos primeiros momentos” (p. 401). Se a *mãe-ambiente* não prover uma

adaptação ativa suficientemente boa, levará o bebê a reagir defensivamente, provocando uma quebra no sentido de continuidade do ser.

Em última instância, caso as falhas na provisão ambiental suplantem a capacidade do bebê para suportá-las, haverá uma série de distorções no desenvolvimento, distúrbios os quais podem levar, por exemplo, a uma constituição psicótica. Neste caso, a reincidência de falhas na provisão ambiental primária dá ensejo a um *padrão de fragmentação do ser*, no qual vigora a ausência do sentimento de realidade, desencadeando no recém-nascido o que o autor designa como sendo uma ameaça de aniquilação (p. 403):

Conforme a tese ora apresentada, o fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a constituir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. (...) Por outro lado, sem a propiciação de um ambiente inicial suficientemente bom, esse eu que pode dar-se ao luxo de morrer nunca se desenvolve. O sentimento de realidade encontra-se ausente, e se não houver caos em excesso o sentimento final será o de inutilidade. (Winnicott, 1956 [2000], p. 404)

Segundo Winnicott (1954 [2000]), a ausência do sentimento de realidade pode ser verificada nos casos de pessoas consideradas doentes mentais. Nestes, o curso do desenvolvimento emocional foi interrompido ainda no estágio primário, em função da recorrência das falhas ambientais. Como uma resposta a estas falhas, um *falso self* impede que o *verdadeiro self* possa manifestar-se, ocultando-o.

Cumprе assinalar que o *falso self* não é um aspecto estranho à personalidade, isto é, em condições normais a sua existência é importante no sentido de proteger o *verdadeiro self* do sujeito. Winnicott (1954 [2000]) destaca que o problema se coloca nos casos em que é verificada uma cisão entre o *falso* e o *verdadeiro self*, situações em que há a necessidade de intervir clinicamente no sentido de oferecer ao paciente o suporte necessário para que uma provisão ambiental adequada ocorra.

Desta forma, em casos deste tipo, a aposta clínica reside na criação de uma nova oportunidade, na qual a(s) falha(s) primária(s) poderá vir a ser trabalhada por meio de uma regressão ao estágio inicial do desenvolvimento emocional, denominada por Winnicott como *regressão à dependência*. Para tanto, é preciso haver a oferta de um novo ambiente que se adapte plenamente às necessidades do

paciente, permitindo que o mesmo possa atualizar a tendência ao processo de amadurecimento, retomando o desenvolvimento emocional:

É preciso incluir na teoria do desenvolvimento de um ser humano a idéia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do *congelamento da situação da falha*. Ao mesmo tempo há a concepção inconsciente (que pode transformar-se numa esperança consciente) de que em algum momento futuro haverá a oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida, com o indivíduo num estado de regressão dentro de um ambiente capaz de prover a adaptação adequada. (...) A organização que torna a regressão produtiva tem essa característica que a distingue das outras, qual seja, a de trazer dentro de si a esperança por uma nova oportunidade de descongelar a situação congelada, e uma oportunidade também para o ambiente, no caso o ambiente atual, de realizar uma adaptação adequada ainda que tardia. (Winnicott, 1954 [2000], p. 378-380, grifado no original)

O descongelamento da falha original só será bem-sucedido caso a *regressão à dependência* conduza à independência. Assim, a fusão inicial entre o profissional e o paciente deverá dar lugar, pouco a pouco, à separação – desfusão –, já que a “adaptação adequada”, acima descrita por Winnicott, inclui a necessidade de o analista saber avaliar a posição que deve ocupar na relação, em função das circunstâncias inerentes a cada estágio do tratamento.

Deste modo, à medida que o novo contexto criado promove o amadurecimento almejado, o profissional deve nuançar o desempenho da função de *mãe-ambiente*, podendo ocupar outros lugares na relação. Somente assim, começa, então, a se tornar possível para o sujeito, abandonar a sensação de inutilidade e irrealidade que o acompanhava, dando início ao crescimento pessoal, agora a partir da oferta de um lugar que favorece “o contato com os processos básicos do eu” (p. 388).

Portanto, no que se refere à dimensão clínica, o valor da regressão consiste em oferecer ao sujeito uma nova oportunidade para experimentar o processo de desenvolvimento maturacional, agora em um novo contexto. É neste sentido que Winnicott (1954 [2000]) formula a tese de que:

O contexto analítico reproduz as técnicas de maternagem da primeira infância e dos estágios iniciais. (...) A regressão de um paciente organiza-se como um retorno à dependência inicial ou dupla dependência. O paciente e o contexto amalgamam-se para criar a situação bem-sucedida original do narcisismo primário. O progresso a partir do narcisismo primário tem novo início, com o eu verdadeiro agora capaz de enfrentar as falhas do ambiente sem a organização de defesas que impliquem num

eu falso protegendo o verdadeiro. Nessa medida, a doença psicótica pode ser tratada apenas pelo fornecimento de um ambiente especializado acoplado à regressão do paciente. (p. 384)

Winnicott (1955 [2000]) acentua o quão difícil é, para o analista, o manejo destes casos. O retorno a um estado de dependência absoluta em análise – o que o autor concebe como *regressão à dependência* – exige permitir que o passado torne-se presente, com todas as implicações que advém desta proposta. Trata-se de criar, junto ao analisando, a possibilidade de integração de sua personalidade, oferecendo ao *verdadeiro self* as condições necessárias para manifestar-se em sua plenitude:

No trabalho que estou descrevendo, o contexto torna-se mais importante que a interpretação. A ênfase é transferida de um aspecto para o outro. O comportamento do analista, representado pelo que chamei de contexto, por ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade, é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver. (...) Esse trabalho exige muito do analista, em parte porque ele deve ser sensível às necessidades do paciente e estar disposto a fornecer uma situação que dê conta dessas necessidades. Pois o analista não é, afinal de contas, a mãe natural do paciente. (Winnicott, 1955 [2000], p. 395-397)

Winnicott (1960 [1983]) assinala que os casos de psicose grave – ou tidos como *borderline* –, alteram completamente a atitude profissional do terapeuta. A qualidade da relação estabelecida junto a estes pacientes deve, necessariamente, incluir uma proximidade maior, com um relacionamento de tipo mais direto, baseado na dependência primária:

Se se quiser que o *self* verdadeiro oculto aflore por si próprio, o paciente terá de passar por um colapso como parte do tratamento, e o analista precisará ser capaz de desempenhar o papel de mãe para o lactente do paciente. Isto significa dar apoio ao ego em grande escala. O analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo que identificado ou mesmo fundido com o paciente. O paciente precisa ficar extremamente dependente, absolutamente dependente mesmo, e estas palavras são certas mesmo quando há uma parcela sadia da personalidade que atua como um aliado do analista e na verdade informa ao analista como se comportar. (p. 149, grifado no original)

Esta questão da dependência imposta ao analista no caso de pacientes graves no que se refere ao comprometimento da saúde mental, remete à necessidade de que o terapeuta esteja capacitado a perceber a vulnerabilidade do ego do sujeito.

Quanto mais consciente o analista for acerca da existência da(s) falha(s) primordial, melhor poderá corresponder às necessidades primárias do paciente. Winnicott (1955 [2000]) aponta que, neste caso, os eventuais equívocos ou erros, da parte do analista, podem ser usados a favor do tratamento:

Desenvolve-se no paciente a capacidade de usar o limitado êxito do analista em adaptar-se, de modo que o ego do paciente passa a poder rememorar as falhas originais, todas elas bem gravadas e prontas. (...) *O paciente usa as falhas do analista*. Sempre ocorrem falhas, já que não há realmente tentativa alguma de proporcionar uma adaptação perfeita. (...) A chave para compreendê-lo é a de que a falha do analista está sendo usada e deve ser tratada como uma falha *antiga*, que o paciente pode agora perceber e abarcar, e zangar-se por isso. O analista deve ser capaz de usar suas próprias falhas em termos de sua significação para o paciente, sendo necessário que ele assuma a responsabilidade sobre cada uma delas, mesmo que isso implique em examinar sua contratransferência inconsciente. (p. 396-397, grifado no original)

Em síntese, o trabalho clínico junto a pacientes graves da saúde mental deve voltar-se ao estágio mais precoce do desenvolvimento emocional. Neste sentido, faz-se necessário um manejo sensível por parte do analista, já que está lidando com sujeitos que não possuem um ego solidamente integrado, e, por consequência, tampouco uma personalidade suficientemente desenvolvida.

A esta altura, já temos uma ideia de base acerca do desenvolvimento emocional primitivo, bem como dos processos que concorrem para a constituição psicossomática do bebê, tal como Winnicott os concebe. Podemos então indagar: de que modo o dispositivo clínico do AT pode ser entrelaçado às questões levantadas pelo autor? Ou, quais noções e conceitos podem contribuir à clínica do AT, no que diz respeito à relação entre acompanhante e sujeito acompanhado, promulgada em meio aos espaços públicos?

No livro: *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*, Kleber Barreto (2000) sinaliza que a proposta central do seu trabalho é articular o campo do AT ao referencial psicanalítico winnicottiano, com ênfase na tentativa de explicitar o que se passa na relação acompanhante-acompanhado. Assim, o autor se lança na empreitada de percorrer “os aspectos do desenvolvimento psíquico humano, a partir das funções ambientais necessárias para que uma subjetividade se constitua satisfatoriamente” (p.17).

Barreto (2000) aproxima o contexto primário de unidade entre a mãe e o bebê, existente nos primeiros tempos de vida do recém-nascido, do tipo de identificação empática que se faz necessária à clínica do AT. Neste sentido, o autor chama atenção para a demanda dirigida ao acompanhante terapêutico, para que possa habitar uma zona de indiferenciação na relação com o sujeito acompanhado:

No AT, é comum observarmos esta indiferenciação de corpos entre acompanhante e acompanhado. Perdemos as fronteiras corporais, e podemos, em um momento, estar dentro do corpo do paciente – segundo sua perspectiva e/ou nossa também por que não?! – em outro momento, é ele que nos habita. Frequentemente, tem-se abordado esse fenômeno, como um chamado do paciente (psicótico, por exemplo) à indiferenciação. (...) Dentro de uma perspectiva winnicottiana, essa indiferenciação não só é inevitável como necessária, a fim de que se possa ajudar o paciente no seu desenvolvimento. Trata-se da possibilidade do terapeuta sustentar a indiferenciação quando necessária, sem perder sua capacidade de discriminação. (Barreto, 2000, p. 39-40)

Vê-se que no AT deparamos com alguns casos – notadamente aqueles considerados graves – em que há a exigência do estabelecimento de uma dinâmica de não diferenciação na relação com o outro. Embasado na teoria do desenvolvimento emocional formulada por Winnicott, Barreto (2000) considera que em casos deste tipo, ainda nos estágios primários, houve uma interrupção no sentido de continuidade do ser:

Entende-se que os fenômenos psicóticos se originam em falhas na comunicação bebê-meio ambiente nos momentos mais primitivos do desenvolvimento emocional, onde ainda não existia a diferenciação eu – não-eu. Dessa forma, é bastante remota a possibilidade de retomada do desenvolvimento psíquico a não ser que se forneça ao paciente esse tipo de experiência e que seja possível, através de uma compreensão acompanhada de uma adaptação ativa às necessidades do paciente, a simbolização da falha ambiental. Sendo que essa simbolização não se restringe à fala. (...) A meu ver, parece mais profícuo entendermos o fenômeno da indiferenciação, por parte do acompanhante, desde uma perspectiva da devoção (preocupação materna primária) onde nosso ser se ocupa das necessidades do outro. (p.43)

Conforme explicitado pelo autor, em alguns casos clínicos caberá ao acompanhante fazer às vezes da *mãe suficientemente boa*, função própria aos estágios primários do desenvolvimento. A hipótese é a de que as falhas ambientais iniciais constituem um dos fatores responsáveis por fazer com que o sujeito se sinta despojado da capacidade de viver criativamente. Em função disso, na vida

adulta persiste a demanda de que possa encontrar na realidade externa um objeto que se ofereça como continência às suas necessidades primárias.

Palombini (2007) também destaca esta demanda dirigida ao acompanhante terapêutico, na qual há o apelo por um tipo de identificação fusional. Somente através do estabelecimento de uma relação deste tipo, o sujeito acompanhado poderá usufruir de uma vivência psíquica compartilhada, indispensável para que se sinta real:

Na direção, então, a que apontam as formulações winnicottianas, podemos dizer que a identificação do acompanhante com o acompanhado, vivida em algum momento ao ponto da indistinção entre os processos psíquicos de um a outro, tem a função de permitir, ao acompanhante, colocar-se no lugar do acompanhado, sentindo sua dor, dando voz a seu silêncio, encarnando aquilo que são as suas necessidades, anteriores a qualquer vestígio do desejo (relativas ao eu, portanto, e não às pulsões); para o acompanhado, essa vivência psíquica compartilhada propicia um sentimento de realidade, provendo de espessura o seu eu, a partir da interação entre fantasia e mundo. É como se, no encontro genuíno e devotado do acompanhante com seu acompanhado, conjugassem-se esforços para a afirmação do ser deste em sua vertente a mais espontânea (ainda que fugaz ou inacabada). (Palombini, 2007, p. 156)

A identificação descrita pelos autores aponta para a importância da função de *holding* no AT. Tal função depende da capacidade do acompanhante de oferecer-se como suporte ao paciente através de uma atitude empática, permitindo que este último possa relacionar-se com o mundo dos objetos de forma criativa e não apenas reativa. Deste modo, a função de continência é imprescindível ao campo de atuação do AT, no sentido de propiciar ao sujeito uma experiência de continuidade de ser, sem a qual não poderá vir a dar vazão ao seu potencial criativo:

A essa função exercida por escudeiros, mães, pais, *ats* e outros mais, Winnicott denominou *holding*. Para esse autor, a função de *holding* (ou sustentação, meu caro Sancho) é tudo que, no ambiente, fornecerá a uma pessoa a experiência de uma continuidade, de uma constância tanto física quanto psíquica. Então, a maneira como uma mãe segura seu bebê e dispensa a ele outros cuidados estarão ligados a essa função ambiental de *holding* que exercida continuamente possibilitará que o bebê adquira alguma integração. (Barreto, 2000, p. 60, grifado no original)

Em suma, o acompanhante trabalha a favor de que o sujeito possa experimentar a continuidade de ser em meio ao viver coletivo, sem que se sinta ameaçado pela realidade externa. Para tanto, é necessário oferecer-se como *objeto*

subjetivo – retomando a designação usada por Winnicott –, proporcionando ao indivíduo viver a experiência onipotente de *ilusão*.

É importante ressaltar que o at, ao colocar-se em função do sujeito nos diversos encontros que ocorrem, dá a possibilidade de que o acompanhado o crie segundo a própria imaginação. O acompanhante é o sonho do sujeito no mundo, ou seja, o profissional deixa-se ser objeto subjetivo do acompanhado constituindo o estado de ilusão. Ao longo do tempo, quando a confiança está estabelecida, é possível apresentar algo da realidade psíquica/externa de maneira que seja suportável e, então, passível de ser recuperada pelo acompanhado. (Barreto, 2000, p. 115)

Ainda de acordo com Barreto (2000), é indispensável proporcionar ao sujeito acompanhado uma *experiência de ilusão*, marcada pela indiferenciação. Esta é a condição para que, posteriormente, o indivíduo possa ser capaz de suportar a separação e/ou discriminação com relação ao acompanhante terapêutico. Dito de outro modo, se o período de indiferenciação for bem sucedido, então será possível permitir, em seguida, a emergência de um domínio em que já pode haver a separação *eu – não-eu*. Somente deste modo, o acompanhante terapêutico poderá introduzir, gradativamente, as frustrações e desilusões que permeiam o encontro com a realidade externa:

No processo de desilusão, será importante a possibilidade do sujeito suportar as separações e/ou frustrações. (...) É só através dessa experiência que o objeto pode ser percebido como algo externo ao sujeito, como algo que está fora do controle de sua onipotência. Aí então, se estabelece, com maior clareza, a noção de externo e interno para o indivíduo. (Barreto, 2000, p. 112)

Esse processo de assunção da realidade externa conduz ao campo do interjogo, aberto pelo *espaço potencial* de criação. Destarte, o sujeito acompanhado pode fazer uso dos objetos. Isso representa a possibilidade de abertura à imaginação, ao desenvolvimento do repertório imaginativo do indivíduo. A aposta, neste caso, recai no desenvolvimento da capacidade de valer-se do mundo como campo de jogo.

Tem-se aqui a dimensão terapêutica de intervenção que atravessa o campo do AT, dispositivo que atua na vida do sujeito acompanhado apostando nos fenômenos transicionais, ou seja, ampliando a possibilidade de criação tanto da sua subjetividade, quanto do modo como participa da criação da realidade externa. Assim, além de se oferecer como *objeto subjetivo*, o acompanhante terapêutico é

também um *objeto transicional*, no sentido em que se dispõe a ser uma espécie de agente intermediário a dosar o trânsito do sujeito pelos espaços do “fora”.

O AT situa-se, portanto, no *espaço potencial* – necessariamente paradoxal – que existe no interjogo entre o mundo interno e a realidade externa. Ao apostar na ocupação deste espaço, o acompanhante terapêutico dá ensejo aos processos de criação, investindo na participação do sujeito acompanhado nos intercâmbios socioculturais, levando-o com isso, a despojar-se do sentimento de inutilidade, de falta de sentido e de solidão:

Dentro desta perspectiva, a dimensão simbólica não se restringe à dimensão discursiva (linguagem) mas compreende os gestos, os objetos ou as imagens. Assim sendo, as decorrências dessas concepções permitem que se façam intervenções no cotidiano de um sujeito a fim de que se possa colocar em marcha um processo de simbolização, na medida em que o cotidiano pode ser compreendido como trama de símbolos, produtos potenciais da interface entre a subjetividade e a cultura. (...) Quando se utiliza da transicionalidade como campo de intervenção o que se tem em mente é que duas ou mais pessoas possam se encontrar como pessoas reais, cuja tarefa é colocar em marcha um processo de simbolização. Qualquer vivência que emergja seja do paciente, seja do analista, seja do ambiente em que se encontram coloca para o par uma necessidade de simbolização. (Barreto, 2000, p. 177-179)

Deste modo, o dispositivo do AT investe no potencial criativo do(s) indivíduo(s), dando-lhe a oportunidade de desenvolver uma interação mais adaptada com o ambiente que o circunda. No entanto, isto está longe de ser uma tarefa fácil. Isso porque é alto o custo psíquico de ocupar o lugar de *objeto subjetivo e transicional* junto ao sujeito acompanhado. Em minha prática na clínica do AT, essa situação produz como efeito um cansaço extenuante após os acompanhamentos, o que me leva a tentar programar os atendimentos em dias diferentes da semana, a fim de me preservar para estar com a disponibilidade psíquica necessária à realização de um bom trabalho.

Em seguida, a título de encarnar a reflexão teórica anteriormente descrita ao campo prático do AT, faz-se interessante apresentar alguns fragmentos dos acompanhamentos terapêuticos que realizo. No âmbito de nossas incursões pelos espaços públicos, Sérgio expressa, com grande frequência, a sua dificuldade em participar dos intercâmbios coletivos, questionando se pode, de fato, habitar os espaços de sociabilidade, uma vez que, em muitos momentos, não se sente

plenamente acolhido pelos códigos culturais. Segue abaixo um diálogo nosso que ilustra esta questão:

Diálogo na livraria da Fundação Getúlio Vargas:

Sérgio - *Já imaginou se eu fosse um bicho?*

Eu - *Não. E como seria?*

Sérgio - *Seria bom, porque os bichos fazem cocô aonde querem, não precisam pensar nisso. Se eu fosse um bicho não precisaria estar nos lugares, preocupado com os outros.*

(silêncio)

Eu - *Mas você gosta muito de ir ao teatro, cinema, exposição, não é mesmo?! Os bichos não podem curtir essas coisas que a gente pode.*

Sérgio - *Sei.* (Diário clínico, 22/03/2014)

A pergunta de Sérgio inquieta. A condição de ser humano é vivida por ele em um nível de sofrimento tão grande ao ponto de produzir o desejo de ser um bicho. Analisando o diálogo acima, percebe-se, uma vez mais, que a questão de Sérgio com relação ao cocô, remete à sua dificuldade de estar inserido na sociedade, submetido ao pacto cultural que nos impõe uma série de restrições. O horror que ele sente advém de saber-se sujo, em meio aos ambientes nos quais os excrementos e odores não são aceitos, dentro de todo um ideal coletivo de limpeza, higiene e bons modos.

Neste sentido, no caso de Sérgio o cocô é o emblema da sua diferença não assimilada socialmente; o cocô é vivido por ele como a alegoria de sua não inclusão no mundo dos “normais”, a insígnia de seu desvio, ainda que seja algo comum a todos os mortais. Assim, ao mesmo tempo em que quer sair e estar conectado aos eventos culturais, Sérgio sente uma estafa enorme diante do custo que é para ele estar no coletivo, o que agrava o seu sentimento de inadequação social.

Portanto, é preciso acompanhá-lo na dosagem destas incursões pelo “fora”, desmistificando as saídas e não inflacionando os percalços vividos quando ele tende a se culpabilizar diante da angústia de ver-se sujo de fezes. Com isso, adotei o hábito de toda vez que ele se desestabiliza por causa desta questão, dizer-lhe como um mantra: “todo mundo faz cocô, Sérgio! Você conhece alguém que não faça?”. Acredito que isso o ajude a assegurar a sua dimensão humana, atestando-lhe que não é um bicho ou uma anomalia, alguém incapaz e abjeto.

Quando diz querer ser um bicho, Sérgio parece estar apontando para o fato de que prefere isso a ter que responder aos desafios impostos pelo contrato social,

já que, por vezes, tais atividades são vividas como experiências penosas. Talvez seja por este motivo que, com frequência, ele diga que nada o satisfaz, tamanho o estado de tensão em que se encontra.

Com o decorrer do tempo, compreendi que a direção de tratamento deveria orientar-se no sentido de trabalhar o imperativo que Sérgio se impõe de participar de muitos eventos, os quais nem sempre são bons para ele – ainda que compreenda a sua autoexigência de participar de tudo quanto possível como uma tentativa de afirmar a sua humanidade, ocupando espaços que os seres humanos frequentam. Neste contexto, a despeito de demonstrar enorme interesse pelas atividades, penso que é preciso esvaziar as demandas autoimpostas, bem como as expectativas criadas por elas, equilibrando o uso que ele pode fazer dos espaços de sociabilidade, ou seja, intermediando o seu encontro com a realidade externa.

Conforme vimos anteriormente à luz da teoria de Winnicott, o AT se constitui como uma prática de intervenção clínica potente no sentido de ampliar os horizontes existenciais de sujeitos marcados por um quadro de intenso sofrimento psíquico, como o do Sérgio. No entanto, vimos também que tais casos são caracterizados, justamente, por dificuldades e/ou falhas no que concerne ao encontro com a realidade externa, donde o cuidado redobrado que se deve ter no sentido de mediar o uso dos espaços de sociabilidade, a fim de evitar que se tornem um fator que agrava ainda mais o sofrimento.

No âmbito do AT com o Sérgio, tento oferecer o suporte necessário para que nas nossas incursões pelo “fora”, o seu mundo interno – marcado por angústias primordiais – encontre espaço para ser recriado. Com isso, a aposta é a de que o processo de amadurecimento emocional dele possa ser promulgado a partir da inserção nos eventos culturais dos quais participamos.

Contudo, esse objetivo só pode ser viabilizado tomando-se o cuidado para que o encontro com a realidade externa seja o menos penoso possível. Para tanto, é preciso posicionar-se entre investir no interesse dele pela cultura – tentando ao máximo construir pontes seguras que o liguem à vida – e atentar para os sinais que ele emite relacionados ao modo como as demandas do “fora” são por ele assimiladas, a fim de preservá-lo de eventuais crises. Isso fica evidente no fragmento abaixo:

Hoje ao ver que Sérgio não estava bem, sugeri abortarmos a ideia do teatro para irmos almoçar fora, a fim de que tivéssemos mais tempo para conversar. Em determinados momentos, durante o almoço, Sérgio repetiu frases estereotipadas, com o seu habitual tom entre afirmativo e interrogativo, a partir do qual não quer senão ouvir de mim alguma confirmação a seu respeito que possa lhe assegurar, na trilha do enorme esforço que faz para estar bem. Em determinado momento do almoço ele disse: “Tenho fé que vou ficar bom”. Daí em diante, parece que encontrou uma forma de positivar o seu pensamento naquele dia, passando a falar sobre as peças em cartaz e sobre o livro que está começando a ler. (Diário clínico, 16/11/2013)

Com grande frequência, Sérgio pede que lhe confirme que está bem, a fim de que o ajude a dar contorno à angústia de estar em comunidade. Sempre que converso com as pessoas que também estão envolvidas na sua assistência, dentre as quais cuidadoras, técnicos e estagiários da Casa Verde, é ressaltada a exigência que ele nos dirige, qual seja: a paciência para sustentar percorrer o caminho cíclico e repetitivo de seus pensamentos e rumações, trajeto árduo e incessante.

Assim, a paciência precisa ser renovada a cada novo encontro, tamanha a demanda que ele exerce sobre aqueles que se dedicam ao seu cuidado. A necessidade de repetição observada no caso de Sérgio remete à noção de *compenetração*, desenvolvida por Bakhtin (1992) a partir do conceito de *empatia simpática*. Nos momentos em que Sérgio retorna às suas questões, dirigindo-as insistentemente ao outro, parece buscar ouvir algumas respostas que lhe ajudem a deslocar-se de sua condição, pois, desde o seu lugar, as respostas que ele mesmo produz não são satisfatórias.

Com isso, Sérgio aposta no encontro com o outro, no afã de que este possa lhe oferecer algo acerca de si mesmo. Penso que ao (re) endereçar a pergunta ao seu outro, ele cria as condições para que possa ouvir outras respostas diferentes da que consegue dar para o seu estado; as respostas que lhe chegam “de fora” são assimiladas por ele com um tom valorativo todo especial, com ares de uma legitimidade que não somente lhe é bem-vinda, como também necessária. Essa legitimação vem do reconhecimento de que esse outro – o qual se compenetro de sua dor através da *empatia simpática* – pode lhe devolver algo de si que ele próprio não acessa sozinho:

Quando me compenetro dos sofrimentos do outro, eu os vivencio precisamente como sofrimentos *dele*, na categoria do *outro*, e minha reação a ele não é um grito de dor e sim uma palavra de consolo e um ato de ajuda. Relacionar ao outro o

vivenciado é condição obrigatória de uma compenetração eficaz e do conhecimento tanto ético quanto estético. (Bakhtin, 1992, p. 24-25, grifado no original)

Durante os cinco anos que acompanho Sérgio, quase que semanalmente tenho que lhe dizer o motivo dele ainda não poder andar totalmente sozinho na rua. Para ele, a pergunta aparece com o frescor – e a angústia – da primeira vez, mas, para mim frequentemente é vivida com um intenso mal estar, proveniente do cansaço frente à insistência da questão.

Nestas situações, a incredulidade frente ao retorno da interpelação precisa ceder lugar à desconfiança de que a insistência tem como propósito poder compartilhar uma angústia difícil de ser simbolizada. Assim, podemos compreender a repetição de Sérgio como tentativa de desenvolver a criação de algum sentido frente à angústia que o assola. É, preciso, portanto, positivar as estereotípias de sua fala, pois, apesar de parecer que em suas perguntas nada se desloca, há sempre em jogo uma tentativa de reorganização. Portanto, Sérgio exige que alguém, desde fora – tal como um ego auxiliar – o ajude a produzir respostas.

Além disso, num sentido mais amplo e metafórico, no caso da questão de poder andar sozinho, Sérgio parece também indagar o motivo de lhe ser furtada a possibilidade de estar só, apropriando-se de forma autoral de seu circuito existencial. Em última análise, suas perguntas são questionamentos dirigidos a todos aqueles que respondem pelo seu cuidado, no sentido de poder obter os passaportes de autonomia que lhes são negados.

Em suma, no acompanhamento junto a Sérgio é preciso trabalhar no sentido de não se esquivar frente às questões que ele compartilha, recheadas de alta carga de sofrimento. Faz-se necessário, também, tomar o cuidado para não retaliá-lo diante dos seus ataques de raiva, situações em que acusa o(s) outro(s) por não conseguir ficar bem. Uma vez assegurada a resiliência diante de toda esta atmosfera de tensão, Sérgio desenvolve, pouco a pouco, a capacidade de se reorganizar, conseguindo dialogar com a dor que o acomete, tecendo, inclusive, uma série de comentários lúcidos e assertivos com relação à sua condição.

Podemos estabelecer uma relação entre as demandas colocadas pelo Sérgio – expressas pelo circuito repetitivo das questões que levanta – com a teoria de Winnicott. Adam Phillips (2006) chama a atenção para o fato de que há, dentro da

perspectiva clínica defendida pelo autor, a proposta de recriação do mundo interno – primordial – do sujeito, a partir da oferta de um *setting* capaz de propiciar a possibilidade de uso do ambiente a favor do processo de amadurecimento. Neste caso, o novo ambiente, criado a partir do tratamento, só favorecerá o desenvolvimento do processo de amadurecimento emocional, se for sustentado com base numa atmosfera de confiança:

Na visão de Winnicott a criança, assim como o adulto, não carregava apenas sua vida pulsional, mas também seu ambiente primordial dentro de si e o recriaria na nova situação. (...) O desenvolvimento real só pode se dar, e é mesmo o processo de procurá-lo, a partir da confiança no ambiente. Para Winnicott a capacidade de ser espontâneo só pode emergir a partir de uma experiência inicial de confiabilidade. Apenas com o pano de fundo de continuidade, poder-se-ia dizer, o paciente pode reencontrar suas próprias linhas de desenvolvimento. (Phillips, 2006, p. 101)

Portanto, penso que as repetições – e mesmo as crises – constituem para Sérgio a oportunidade de reeditar a tentativa sempre renovada de encontrar no ambiente a possibilidade de dialogar de outra(s) forma(s) com o seu sofrimento, dando mostras de que consegue atravessá-las, sofisticando a capacidade de (re) criar a si no mundo com a ajuda de um acompanhante terapêutico. Barreto (2000) considera como sendo a principal tarefa do AT, oferecer o amparo e o apoio necessários para que haja o desenvolvimento do potencial de criação do sujeito. É neste sentido, que:

Dentro da perspectiva desenvolvida neste trabalho, a criatividade é lugar de existência por excelência, fonte da vitalidade do sujeito, que pode vir a inscrevê-lo na relação com outro ser humano. É nesse sentido que reconhecer a criatividade de um sujeito torna-se uma experiência integradora do *self*. (...) A criatividade é importante não só porque reconecta o sujeito ao mundo dos objetos (realidade compartilhada), mas por possibilitar o (re) encontro do sujeito com sua vitalidade (seu estilo, suas características). A expressão criativa, promove, então, o sentimento de estar vivo (sentir-se real) e pertencer à espécie humana. (p. 52-53, grifado no original)

A aposta presente na perspectiva clínica apresentada por Barreto (2000) é a de que nos casos graves da saúde mental, o acompanhante deve esforçar-se para ajudar o sujeito a estabelecer, pouco a pouco, uma relação menos penosa com a realidade externa. Tal proposta deve incluir o que Winnicott designa como gesto espontâneo, isto é, a possibilidade de o paciente integrar o *verdadeiro self* em sua personalidade, adquirindo confiança na relação com o(s) outro(s):

Esta parece ser a pedra de toque do ser humano, dentro desta perspectiva, pois implica que o sujeito tenha a possibilidade e a capacidade, não só de ser criado pelo mundo ao seu redor, mas também de criá-lo, transformando-o. Faz-se necessário que o sujeito seja capaz daquilo que Winnicott chamou de gesto espontâneo, um movimento – não necessariamente corporal – que parta do *self* do sujeito; e não um movimento que seja apenas reativo frente a uma invasão do meio ambiente. (Barreto, 2000, p. 52, grifado no original)

Assim, a função de *holding*, desempenhada pelo acompanhante terapêutico, diz respeito a ajudar o indivíduo a desenvolver um sentido de continuidade do ser, tanto física quanto psiquicamente. E para que o indivíduo se sinta contínuo, às vezes é preciso tão somente testemunhar e compartilhar as experiências vividas. Neste caso, mesmo que aparentemente o acompanhante não esteja fazendo nada, se a sua presença for dotada de qualidade afetiva, já é o ponto de partida para que haja a oferta da possibilidade de alguma *integração*, a partir do desenvolvimento do potencial criativo:

No acompanhamento, em muitos momentos do percurso com um paciente, essa função (*holding*) exerce um papel marcante. São momentos em que simplesmente estamos ali, juntos do nosso acompanhado – caminhando ou parados – compartilhando, às vezes, uma dor ou a conclusão de alguma tarefa; talvez, o momento que a antecede, ou quando nos aproximamos do final do encontro. Situações em que percebemos que não há o que fazer ou dizer; e, o fato de estarmos ali, nossa presença, já significa bastante para nosso acompanhado. Penso que o valor dessa experiência não se dá somente por haver um corpo junto ao corpo do paciente – a proximidade de dois corpos –, mas por ser um corpo habitado, um corpo atento, um corpo que carrega a história do próprio vínculo. Em outras palavras, a experiência é integradora porque o sujeito está sendo acompanhado por um corpo simbólico (simbolizado e simbolizante), e não somente matéria física. Um outro sujeito que é capaz de testemunhar e compartilhar as experiências do acompanhado. (Barreto, 2000, p. 63, grifado no original)

Estar junto significa compreender que exercer este lugar “ao lado” implica no fato de que “algo se faz”, mesmo quando aparentemente nada é feito. Assim, a disponibilidade para estar efetivamente presente ganha contornos clínicos outros, os quais são de grande relevância na terapêutica dos casos considerados graves da saúde mental. A fim de tentar elucidar quais são estes contornos clínicos, trago à baila mais um fragmento relacionado ao AT realizado com Sérgio:

Nos acompanhamentos de quarta-feira costumamos circular pelos espaços próximos à Casa Verde. Temos o hábito, há muito instituído, de caminhar até a livraria da Fundação Getúlio Vargas. Lá nos sentamos nas poltronas, munidos dos

livros e envoltos em conversas as mais variadas, de literatura a cinema, passando por comentários a respeito de acontecimentos recentes e memórias acerca de um passado ainda muito presente na vida de Sérgio. Estes são momentos muito importantes para ele, visto que os funcionários da livraria o conhecem há mais de 20 anos e nos recebem da melhor forma possível, oferecendo-nos chá ou café e entabulando conversa conosco. Sérgio fica muito bem neste ambiente, difícil vê-lo agitado quando está entre os amigos livreiros. Nas nossas incursões pela livraria, também exercitamos um estar junto sem que necessariamente tenhamos que falar um com o outro, de modo que intercalamos os assuntos com silêncios os mais eloquentes. Nestes momentos de silêncio, com frequência suspendemos a vista dos livros e nos entreolhamos profundamente. Há uma atmosfera de intimidade cúmplice e reconhecimento mútuo, instaurada entre nós dois ao longo do tempo. Cumplicidade relacionada ao gosto pelos livros, pela arte e mais um tanto de coisas que marcam a nossa relação. Por vezes voamos alto em separado, fugimos para nosso mundo interno, tão singular: sozinhos acompanhados da presença do outro. Salvo nos dias em que Sérgio fica mais agitado, em geral as nossas quartas são tranquilas, permeadas deste estado de relaxamento que desenvolvemos neste ambiente. (Diário clínico, 30/04/2014)

Na parte final deste relato clínico, há a ideia de que a presença do acompanhante terapêutico pode favorecer ao sujeito a possibilidade do desenvolvimento daquilo que Winnicott (1958 [1983]) considera como “um dos sinais mais importantes do amadurecimento do desenvolvimento emocional” (p. 31), relacionado à capacidade de estar só acompanhado. O desenvolvimento desta capacidade depende da oferta de uma atmosfera permeada pela confiança:

O ponto principal dessa contribuição pode agora ser enunciado. Embora muitos tipos de experiência levem à formação da capacidade de ficar só, há um que é básico, e sem o qual a capacidade de ficar só não surge; *essa experiência é a de ficar só, como lactante ou criança pequena, na presença da mãe*. Assim, a base da capacidade de ficar só é um paradoxo; é a capacidade de ficar só quando mais alguém está presente. Aqui está implícito um tipo muito especial de relação, aquela entre o lactante ou a criança pequena que está só, e a mãe ou mãe substituta que está de fato confiantemente presente, ainda que representada por um momento por um berço ou carrinho de bebê, ou pela atmosfera geral do ambiente próximo. (p. 32, grifado no original)

A cena apresentada nos remete ainda a um aspecto de suma importância no âmbito da teoria de Winnicott, qual seja: a importância da oferta de um *espaço potencial* de criação para o tratamento, função desempenhada pela livraria e pelo contato com os livros.

A livraria, que frequentamos há anos, ilustra o modo como os ambientes culturais desempenham um papel fundamental na vida de Sérgio. Deste modo, o café, as trocas com os livreiros, nossos encontros marcados pela cumplicidade e afetividade, tudo isso compõem um cenário permeado de confiança que o leva a

ficar bem. A livraria é uma fonte de relaxamento que permite a ele refugiar-se da alta tensão que permanentemente o espreita, um lugar de descanso em relação ao peso que sente frente às exigências de sua vida. Em suma, trata-se de um espaço que o permite entrar em contato com uma área intermediária, na qual encontra as condições necessárias para dialogar com o “fora” sem maiores sustos.

Os livros – que, aliás, podem aqui ser tomados como *objetos transicionais* – são para Sérgio uma deliciosa viagem, cuja leitura é intercalada por pausas em que suspende a cabeça para simplesmente certificar-se do que ocorre no entorno, frequentemente lançando o olhar em minha direção, como que a certificar-se de que estou ali, ao seu lado, acompanhando-o de perto. Deste modo, penso que os livros o auxiliam no trânsito pelos espaços “externos”, ajudando-o a estar na presença de outras pessoas, sem perder o contato consigo mesmo.

No entanto, nem sempre Sérgio consegue extrair dos espaços públicos a possibilidade de lidar com as suas agruras e angústias existenciais de forma mais leve. Em suas crises mais agudas, Sérgio transmite a impressão de que não cabe no próprio corpo, tamanha a sua angústia: pula, corre, morde-se, desfere fortes socos no peito, defeca sem conseguir conter as fezes até que possa encontrar um banheiro. O desespero atinge uma carga de intensidade tamanha que, comumente, provoca em quem está por perto a vontade de escapar à alta voltagem de sua dor psíquica. Segue abaixo um exemplo de AT em que Sérgio entrou em crise no momento em que saíamos de sua casa:

Depois de algumas saídas bem sucedidas, Sérgio entrou em crise novamente. Fazia muito tempo que ele não ficava tão desestruturado, completamente regredido. Esperava-o na portaria do prédio e assim que o vi constatei o estado em que se encontrava. A cuidadora não disse nada quando nos falamos poucos minutos antes pelo telefone. O seu semblante expressava dor e desespero. Falou comigo demonstrando pressa em sair do prédio, pois sabia que não tínhamos condições de fazer qualquer passeio naquele dia, dado o seu estado. Ao perceber que não o acompanhei em direção à porta, puxou-me gritando: “Vamos, Danilo!”. O seu queixo tremia muito, estava completamente molhado de suor e sua voz era trêmula, tamanho o desespero em que se encontrava. Segurei-o, tentando evitar que se machucasse, e disse com calma que não sairíamos porque precisávamos conversar sobre o que estava acontecendo. Neste momento, Sérgio jogou-se ao chão, tombando com os seus 2,03 metros de altura. Dali passou a morder os próprios dedos com força, urrava e desferia socos no peito e na cabeça. Foi preciso segurar-lhe os braços com muita força, mas ao mesmo tempo com cuidado para não machucá-lo. Quando percebi que a sua agitação diminuiu um pouco, passei a acariciar sua cabeça, a fim de ampará-lo como que a ninar um bebê em convulsivo estado de choro. Com muito custo, consegui conduzi-lo até o seu apartamento. Já em seu quarto, agora um pouco mais organizado, gritava: “Não

quero mais viver, tudo está uma bosta! Por que os meus pais tinham que morrer?”. E ainda: “Quero outro psicólogo acompanhante, Danilo. Você não está me ajudando!”. A questão relacionada ao cocô também apareceu: “Eu não consigo sair sozinho, tenho medo de me sujar! Por que não colocam ‘chuveirinho’ nos banheiros públicos?!”. (Diário clínico, 22/03/2014)

O fragmento acima explicita a demanda imposta ao acompanhante terapêutico no sentido de desempenhar a função de *holding*, em especial nas situações em que a crise chega a níveis muito elevados, desestruturando completamente o sujeito. Na situação narrada, foi necessária uma presença afetiva e acolhedora, presença dotada de atitude empática, capaz de oferecer um contorno à dor psíquica de Sérgio. Neste sentido, tive que atuar pela via da contenção, na qual visei dar continência ao estado de fragmentação em que ele se encontrava.

De acordo com Barreto (2000), disponibilizar a função de continência no AT, implica em ser não somente apoio, mas também uma espécie de “filtro” para as tensões e angústias que acompanham o sujeito. A ideia de “filtro” sugere a operação de identificar-se empaticamente com a dor do outro, a fim de que o contexto de falta de sentido no qual está imerso possa ser traduzido por meio da possibilidade de simbolização. Daí o autor assinalar que:

Frente a uma vivência caótica – que revela um sujeito que se transformou em angústia – devemos primeiro tentar refletir sinteticamente o que pode estar se passando, a fim de que se possa estabelecer um eu observador no acompanhado; e, eventualmente, ele consiga alguma discriminação daquela situação angustiante. (...) Se isto foi alcançado, o trabalho pode seguir adiante, do contrário, corremos o risco de fazer intervenções que apenas incrementam a angústia do paciente. Penso que todo esse processo compartilhado com um outro significativo, leva, naturalmente, a uma relação enriquecedora com o mundo da cultura. (p. 76)

A função de manipulação corporal, descrita por Winnicott – através do conceito de *handling* – como sendo primordial para que haja a integração da psique-soma por meio do processo de *personalização*, também é muito presente na prática do AT. De acordo com o autor (1949 [2000]), o processo de *personalização* depende da alocação do psiquismo no corpo, ou seja, depende do organismo poder desenvolver a capacidade de elaborar imaginativamente as experiências que vivencia. Com isso, em Winnicott o psicossoma remete a uma não dissociação entre vida orgânica e atividade imaginativa.

Deste modo, a tarefa do acompanhante inclui auxiliar o sujeito acompanhado no exercício de localizar-se em relação ao próprio corpo, podendo

pouco a pouco encarná-lo. Em casos em que existe esta demanda, o paciente padece de momentos em que experimenta uma dissociação da psique-soma – *despersonalização* –, sentindo-se alheio a si mesmo. O corpo, de tão pouco habitado, perde o contato com suas necessidades básicas.

Barreto (2000) pontua que no AT, a função de manipulação corporal visa dirimir esta perda de contato, exigindo do acompanhante que tenha condições de ajudar o paciente nesta empreitada. Para tanto, o manejo no AT exige dos acompanhantes que se mantenham alertas para as demandas presentes em cada caso, aprimorando a capacidade de “ler” as coordenadas que lhes são apresentadas:

O exercício da função de *handling* depende da maneira como o at habita o seu corpo. Winnicott mencionava a importância da presença psicossomática do analista para que pudesse auxiliar seu analisando nessa questão. Trata-se da leitura do corpo do outro a partir do próprio corpo. Cá estamos nós outra vez mergulhados na questão da identificação útil e necessária. O acompanhante, na medida em que se movimenta pelos diversos espaços vitais do acompanhado, tem uma possibilidade ímpar de intervir no processo de personalização do sujeito. Este apoiando-se no que observa dos movimentos do acompanhante no espaço pode, ainda por meio de imitações e introjeções, recuperar a própria carne. (Barreto, 2000, p. 104, grifado no original)

No AT, há toda uma ênfase no que diz respeito ao gestual, isto é, aos movimentos apreendidos pela dupla (acompanhante - sujeito acompanhado) em meio aos espaços de sociabilidade. Trata-se de um dispositivo clínico cuja potência repousa na primazia que dá àquilo que extrapola em muito o uso da palavra.

Em uma sessão de AT, eu e Sérgio participamos de uma exposição em que as pessoas eram convidadas a interagir com diversos espaços. A proposta era habitar ambientes nos quais o jogo de espelhos e luz dava o tom, o que acabou sendo uma excelente oportunidade para nós dois:

Em um dos ambientes em que eu e Sérgio adentramos, fomos surpreendidos por um labirinto no qual nos vimos refletidos por um imbricado jogo de espelhos, a nos cercar de todos os lados. A experiência provocava uma súbita vertigem, porque os espelhos formavam um mosaico de imagens refletidas em diversas partes. Sérgio adentrou este labirinto e quando viu seu reflexo desfigurado em pedaços, deteve-se e virou-se para trás, dando de encontro a mim que lhe seguia os passos; neste momento, começou a pular e agitar-se inteiro. Segurei firme a sua mão, e disse: “Calma, Sérgio, estou aqui com você!”. Então ele falou esganiçado: “Danilo, o que é isso?! Onde está a saída?”. Busquei acalmá-lo, explicando-lhe

que era só um ambiente cheio de espelhos que uma vez iluminados faziam com que houvesse a sensação de estarmos em um labirinto de formas refletidas. Não passou muito tempo e logo encontramos a saída. A sua mão estava encharcada de suor, mas não demonstrava pânico, chamando-me para tomarmos um café. (Diário clínico, 21/12/2013)

Aquele contexto “labiríntico” em que nos metemos, era capaz de causar vertigem a qualquer participante. A proposta daquele ambiente era mesmo deixar os transeuntes confusos, provocando sensações não usuais. Para que eu pudesse servir de guia para Sérgio, foi preciso manter-me calmo e inteiro, segurando firme em sua mão. Aliás, em momentos de desintegração, segurar a mão de Sérgio é um recurso sempre muito frequente e eficiente, o qual remete à condição de levar e ser levado pelas pessoas que amamos e confiamos. Quase sempre esta cena repercute em quem passa por nós, gerando inclusive olhares de desaprovação para o casal de homens que passa de mãos dadas.

Retomando a análise da cena descrita acima, se soubesse qual era a proposta daquele espaço, provavelmente teria evitado entrar ali com Sérgio, mas o fato é que ele estava andando rápido à minha frente e, quando dei por mim, já estávamos ali! A despeito do susto que levei ao ver-me com ele naquela situação, quando saímos surpreendi-me ao constatar que Sérgio apresentava-se menos agitado do que antes, conversando no café de forma efusiva, talvez contente por ter dado conta de viver aquela experiência.

Fico pensando o que deve ter significado para ele habitar este caleidoscópio de imagens, logo o Sérgio, que se sente fragmentado na vida. Neste sentido, chamou-me a atenção o fato dele ter conseguido atravessar o jogo de espelhos sem entrar em crise, o que pra mim, por si só, foi muito significativo.

No AT há que se estar aberto a desenvolver, a cada nova situação, a capacidade de entrar em contato com as angústias do sujeito acompanhado, sabendo ao mesmo tempo jogar com o meio-ambiente. Deste modo, o acompanhante precisa entrar no jogo dialógico com todo o seu ser, valendo-se dos lugares por onde circula. É preciso, portanto, estar empaticamente vinculado às demandas e necessidades do paciente e, ainda, saber aproveitar os fatores externos – socioculturais –, então apropriados como matéria da clínica.

Assim, em meio às andanças pela cidade, o acompanhante costura a experiência de *ser* e *estar* nos ambientes públicos, cerzindo junto ao outro as

incontáveis tramas subjetivas que podem ser vivenciadas. Em última instância, trata-se de ser para o outro alguém que o ajuda a encarnar no mundo.

O acompanhante terapêutico desponta aqui como guia às avessas, dispondo-se a ser conduzido de acordo com os interesses do acompanhado: uma referência que chancela aquilo que a experiência (com)partilhada descortina; o acompanhante transpira e faz ressoar esta experiência, oferecendo ao sujeito a oportunidade de desenvolver a capacidade de criar, a um só tempo, a si mesmo e ao mundo.

É importante assinalar que o tipo de enquadre que permeia o campo do AT exige que os acompanhantes estejam permanentemente inteiros, ou seja, funcionando para o sujeito acompanhado como alguém que é capaz de jogar com os imprevistos que assaltam o cotidiano de vida coletivo. Com isso, tais profissionais precisam ser bastante despojados para que se mantenham abertos ao jogo (brincar), bem como dispostos a desempenhar este complexo papel que envolve discriminar as situações, tanto no que diz respeito ao estado clínico do sujeito o qual acompanham, quanto com relação ao contexto externo em que ambos estão inseridos.

Gilberto Safra (2000), no prefácio do livro de Barreto, esclarece que a posição dos acompanhantes terapêuticos, assumida no âmbito do AT, aponta para a quebra com os ideais dualistas que atravessam as práticas positivistas de produção de conhecimento e ainda com os pressupostos tradicionais de intervenção clínica. Na função exercida por estes profissionais, o que importa é estabelecer uma relação de proximidade, constituída fora das noções de objetividade e de neutralidade que insistem em contrapor sujeito e objeto, interno e externo, normal e patológico.

O acento, neste caso, recai na instauração de uma dinâmica de interjogo do acompanhante com o sujeito acompanhado, bem como com o entorno. Como vimos, tal dinâmica é marcada pela *experiência de ilusão*, experiência instituída no espaço intermediário entre o *eu* e o *outro*, isto é, no domínio da realidade compartilhada:

Da mesma forma, em determinado momento é possível criar-se uma terceira realidade: a intermediária. Esta terceira realidade chamada por Winnicott de transicional permite que o indivíduo possa suspender o julgamento do que sou eu ou o outro, do dentro e do fora; do passado, do presente e do futuro, do imaginado

e do acontecido. Abre-se o campo para o jogo, o faz de conta, o era uma vez, e para o repouso ativo. (...) Quando trabalhamos dentro da área dos fenômenos transicionais, podemos nos servir do mundo como campo de jogo. Nesta perspectiva, a rua, os elementos do cotidiano, as situações presenciadas em nosso caminhar pela cidade, os objetos da cultura, podem ser instrumentos de intervenção para a mobilização e/ou constituição do *self* do paciente, desde que o profissional tenha esta habilidade. Rompe-se o espaço do consultório, ampliando-o, para ir em direção ao mundo, o espaço onde o acontecer humano se dá. (Safra, 2000, p. 8, grifado no original)

No âmbito dos capítulos precedentes, vimos que o dispositivo clínico do AT surgiu como alternativa ao confinamento, à exclusão e à segregação de seres humanos considerados doentes mentais, para os quais o trânsito pelos intercâmbios socioculturais foi amplamente vetado. A pretensão de enclausurar as múltiplas experiências humanas em categorias gerais e restritas consistiu, em última instância, na tentativa de desumanizar os doentes mentais, conjurando-os sob a condição de ignóbeis e perigosos, com base nos dogmas racionalistas modernos.

O pensamento clínico de Winnicott – a exemplo do que encontramos presente nas reflexões filosóficas desenvolvidas por Bakhtin – implode com as noções dualistas que insistem em contrapor mundo interno e realidade externa. Neste sentido, as questões levantadas pelos autores se tornam extremamente relevantes para pensarmos o campo do AT.

Há aqui a ideia de que a realidade só pode ser compartilhada, não sendo possível pensá-la como um *em si*, categoria absoluta e definitiva aplicável a todo e qualquer contexto, isto é, ao domínio das formas gerais. Portanto, à luz destes autores compreendemos uma vez mais a importância da abertura ao *socius*, chamando a atenção para o fato de que é necessário – e mais, urgente! – estendermos o cuidado para além dos domínios teórico-práticos institucionalizados.

É importante frisar que apesar de Winnicott fundamentar toda a sua teoria com base em uma concepção acerca do amadurecimento emocional primitivo, a mesma não se presta a uma leitura determinista. Para o autor, o desenvolvimento do sujeito é tributário do encontro com a cultura. Portanto, as experiências primárias, por si só, não determinam o percurso de uma vida.

Deste modo, o que reforça a noção de desvio ou doença mental é o contexto cultural no qual estamos inseridos, contexto ainda muito atravessado pelo

individualismo e pela intolerância às diferenças, tal como analisado nos capítulos precedentes. Neste sentido, a aposta ética do trabalho do AT é fornecer, sempre que possível, um *excedente de visão* (Bakhtin, 1992) aos sujeitos acompanhados, excedente este que se diferencia em muito das categorias de saúde e doença propaladas pelos dogmas culturais hegemonicamente disseminados, relacionados à exclusão e segregação daqueles que são considerados inúteis e abjetos, em função da diferença que enunciam.

No entanto, como vimos no presente capítulo, o AT é um dispositivo clínico cuja intervenção nos espaços públicos exige um cuidado específico por parte do acompanhante terapêutico, no sentido de avaliar – e saber respeitar – o momento do paciente e, ao mesmo tempo, discernir minimamente o tipo de meio ambiente propício a cada caso de AT. É indispensável, portanto, que o profissional saiba diagnosticar a situação clínica daquele o qual acompanha, mantendo-se atento ao contexto externo, no qual ambos estão inseridos.

No artigo intitulado “*Placement*: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico”, Safra (2006) analisa alguns trabalhos de Winnicott reunidos no livro: *Privação e delinquência*²⁰ (1995), a fim de apontar a contribuição do psicanalista inglês para o estudo do *placement* enquanto modalidade de intervenção clínica. Safra sublinha que a noção de *placement*, em Winnicott, está relacionada à criação de *um lugar*, apontando, portanto, para uma “dimensão fundamental na constituição do self e no processo de trabalho clínico” (p.14).

A hipótese desenvolvida por Safra (2006) é a de que no AT, o que está em jogo é a constituição psíquica de indivíduos que foram desprovidos de *um lugar* ético constitutivo. Portanto, somente através da oferta de um ambiente de segurança e confiabilidade, tais sujeitos poderão sentir-se em condições de reencenar o caos ao qual estiveram submetidos.

Portanto, a continência – *holding* – e o manejo – *handling* – apontam para a criação de *um lugar* no qual o sujeito possa encontrar refúgio e descanso, tendo condições de colocar em marcha processos constitutivos primários, os quais foram

²⁰ O valor clínico do *placement*, desenvolvido por Winnicott em artigos tais como “Tratamento em regime residencial para crianças difíceis” (1947 [1995]), “Alojamentos para crianças em tempo de guerra e de paz” (1948 [1995]) e “A tendência anti-social” (1956 [1995]), reside na provisão de *um lugar* para crianças que não puderam se desenvolver em um ambiente favorável à estabilidade e continuidade do ser. Algumas destas crianças foram obrigadas a deixar seus lares, em função do terror imposto pela 2ª Guerra Mundial, não tendo sido, com isso, devidamente atendidas em suas necessidades primárias.

interrompidos nos estágios iniciais do desenvolvimento maturacional. Assim, ambas as funções são caras ao campo do AT, uma vez que dão fundamento às intervenções realizadas nesta modalidade de tratamento clínico.

Barreto (2000) ressalta que a ênfase no trabalho de AT recai no potencial clínico presente no cotidiano de vida do sujeito acompanhado, o que implica em compartilhar as experiências coletivas. Deste modo, o autor chama a atenção para a etimologia da palavra “acompanhar”, ressaltando que a mesma remete a “comer do mesmo pão”, isto é, compartilhar experiências. Esse aspecto do dispositivo do AT, presente na origem de sua própria denominação, aponta para um aspecto de suma importância, qual seja: trata-se de uma prática de intervenção clínica que atua com base em um vínculo relacional muito próximo da amizade, marcado pela horizontalidade:

A origem da palavra acompanhar vem do latim, *cum*: comer; e *panis*: pão. Ou seja, comer do mesmo pão. Assim, acompanhar implica comermos do mesmo pão, compartilharmos experiências com nossos acompanhados, o que ao longo do tempo, pode levar à constituição de um vínculo bastante intenso. (...) Os elementos de loucura, estranheza e dificuldades que possam estar presentes, de modo mais intenso, em um dos membros desta dupla – e que, provavelmente, foram motivos para se designar um acompanhamento terapêutico –, esses elementos deixam de ser o vértice a partir do qual o outro é visto e compreendido. Esses aspectos tampouco precisam ser negados, mas o que se passa é que a percepção e o vínculo com o outro se ampliam e a tônica da relação tange a amizade. (Barreto, 2000, p. 188, grifado no original)

Não é por acaso que, em um dado momento da história desta prática clínica, o acompanhante terapêutico tenha sido denominado “amigo qualificado”, tal como assinalado no primeiro capítulo. Ainda que tenha havido a mudança de nomenclatura – como uma tentativa de acentuar a dimensão terapêutica que atravessa esta prática –, penso que não podemos perder de vista o fato de que a potencialidade do AT repousa na aposta de um vínculo que se estabelece de forma não hierárquica, vínculo (com)partilhado, o qual finca as suas raízes nas atividades cotidianas.

Assim, o AT permite que os papéis sejam menos assimétricos, levando os atores envolvidos a habitar um plano clínico comum. Entretanto, cumpre assinalar que a simetria de papéis defendida por Barreto (2000) não implica em uma indiferenciação permanente – ou mesmo uma indiscriminação entre

acompanhante e acompanhado –, o que manteria a ambos em uma relação de poder na qual o acompanhante seria um modelo a ser perseguido:

A idéia de simetria aponta para sujeitos que se encontram e um mesmo plano, o que de forma alguma significa que não haja diferenças e discriminação entre esses sujeitos. Se o at/analista/terapeuta está preocupado em manter uma assimetria, isto o impossibilita de entrar – e trabalhar – na dimensão da transicionalidade, e ainda imprime na relação terapeuta-paciente um caráter de submissão / subjugamento. (p. 191)

O que significa, então, o fato do AT centrar a sua práxis em uma qualidade de relação que se dá fora das relações de poder, amplamente instituídas pela tradição médico-psiquiátrica, de cunho asilar? Apostar em uma forma de intervenção que joga com a horizontalidade, abdicando inclusive de atuar a partir de um *setting* pré-determinado, implica em um abandono com relação aos critérios nosológicos de saúde e doença, normal e patológico, promulgados no imaginário e nas práticas sociais.

Acredito ser oportuno trazer ao leitor mais uma cena do acompanhamento que vem sendo comentado ao longo deste capítulo, a qual ilustra de forma eloquente essa ideia de um vínculo próximo à amizade, marcado pela horizontalidade. Eis a cena:

Hoje Sérgio quase se desesperou diante da vontade de ir ao banheiro quando estávamos no meio da rua. Consegui acalmá-lo pegando na sua mão e dizendo que sabia que ele conseguiria esperar até chegar à Casa Verde. Depois, fomos à ótica para Sérgio arrumar os óculos, que estava com a haste torta. A funcionária perguntou se sou filho do Sérgio, respondi-lhe que não e ele logo emendou: “É meu amigo (breve pausa), psicólogo e acompanhante também.”. Fiquei contente de ouvir a resposta dele, especialmente neste momento em que tenho pensado muito sobre o lugar que o acompanhante ocupa junto ao acompanhado, e também nas diferentes nomenclaturas que esta modalidade clínica recebeu ao longo do tempo: de auxiliar psiquiátrico e/ou assistente terapêutico, passando por amigo qualificado até chegar à acompanhante terapêutico, atual designação. (Diário clínico, 14/09/2016)

Neste contexto, somos levados a indagar sobre o tipo de relação que é estabelecida pelo par acompanhante-acompanhado. Vemos, com isso, o quanto o AT é um dispositivo clínico que referencia a sua terapêutica a partir de um vínculo *sui generis*, muito próximo à amizade, sem que isso signifique, necessariamente, uma perda da sua dimensão terapêutica própria.

Tal como visto a partir do fragmento anterior, no AT as relações clínicas são estabelecidas no domínio público. Ou seja, ao abdicar de colocar em ação as estratégias de segregação e exclusão – historicamente propulsoras dos estigmas reducionistas que levam ao isolamento e à desumanização dos ditos “doentes mentais” –, este dispositivo intervém no “aqui e agora” dos acontecimentos coletivos. Com isso, o AT pode ser considerado uma prática de intervenção clínico-política, a qual insere o acompanhante terapêutico e o sujeito acompanhado na arena sociocultural, apontando para a dimensão da intersubjetividade.

Deste modo, os fenômenos transicionais, descritos por Winnicott (1971b [1975]), permitem pensarmos em um manejo clínico que aposta na relação que pode ser estabelecida no *espaço potencial* de criação conjunta. Portanto, o vínculo no AT é desenvolvido no âmbito da realidade compartilhada. Neste contexto, a amizade desponta como uma categoria conceitual fundamental para o campo do AT, apontando para o resgate da função terapêutica presente nas experiências do cotidiano coletivo, a qual aponta para a dimensão sociocultural em sua acepção mais ampla.

Mas, quais são, efetivamente, os desdobramentos clínicos deste vínculo que repousa em uma dimensão marcada por um tipo específico de amizade? O que seria exatamente o trabalho de desenvolvimento de uma política da amizade no âmbito do AT?

O próximo e último capítulo se deterá sobre estas questões, visando a circunscrever melhor a amizade como categoria fundamental à clínica do AT. Neste contexto, a possibilidade de estabelecimento de vínculos afetivos no âmbito sociocultural será o mote para pensarmos no dispositivo do AT como uma clínica que aposta em um modo de se relacionar com a loucura – e/ou desvios da norma – para além dos discursos médicos, pautados pelos pressupostos que enformam as práticas de segregação e exclusão.

5 Política da amizade na clínica do AT

Distância e proximidade não são verbos, são pontos onde lançamos os rastros de nossa sensibilidade conjunta. Temos enormes responsabilidades e temos uns aos outros. (Marcelo Santana Ferreira)

Estamos chegando ao que considero ser o fator diferencial, que marca a especificidade do AT enquanto intervenção clínico-política, a saber: a amizade. No capítulo anterior, nossas reflexões nos conduziram à constatação de que a relação entre acompanhante terapêutico e sujeito acompanhado é muito próxima desta qualidade de vínculo. Referir-se a uma política da amizade na clínica do AT implica em dar a ver de que modo pode uma proposta terapêutica tangenciar uma condição afetiva tão singular, como a que observamos entre amigos.

Disto resulta uma série de questões as quais lograremos dar corpo: de que modo o acompanhante terapêutico pode fazer-se presente para o sujeito acompanhado? Que aspectos de sua subjetividade devem/podem compor o enquadre do encontro? Em que medida o singular de cada um atravessa a dinâmica do encontro no AT? Afinal, como esta modalidade clínico-política pode intervir e atuar a partir do estabelecimento de uma política da amizade?

No intuito de contemplar estas inquietações, no presente capítulo nos deteremos na dimensão da amizade que pode oxigenar e movimentar o trabalho de AT. Investigaremos, portanto, quais são as implicações clínicas de se propor uma forma de intervenção, cuja modalidade de assistência se orienta por uma política baseada no apreço, na afeição e na estima, em suma, na amizade.

Para tanto, refletiremos acerca da relação de proximidade afetiva instituída entre o acompanhante terapêutico e o sujeito acompanhado, partindo de algumas noções presentes no pensamento de Sándor Ferenczi, psicanalista húngaro contemporâneo de Sigmund Freud e um dos seus interlocutores mais importantes. Nosso interesse se voltará para as proposições desenvolvidas por este autor – em especial nos últimos anos de sua vida –, relacionadas a uma maior flexibilidade técnica, a ser assumida por parte do analista, no caso em questão, do acompanhante.

Assim, na primeira seção concentraremos nosso foco nas concepções de Ferenczi acerca da elasticidade da técnica psicanalítica, bem como na importância

concedida ao *tato*. À luz de alguns comentadores da obra de Ferenczi, analisaremos a amizade e a dimensão política como sendo aspectos presentes no pensamento do autor, ainda que de modo indireto.

Na segunda seção, remeteremos este contexto de discussão à prática do AT. Veremos que no âmbito deste dispositivo clínico, o laço é instituído a partir da condição de vulnerabilidade, que atua tanto do lado do acompanhante quanto do acompanhado. Assim, analisaremos a horizontalidade do vínculo como fator responsável por configurar uma dinâmica relacional menos hierárquica, conformando um contexto de proximidade e afetividade que torna impossível delimitar, de antemão, os papéis a serem desempenhados no domínio público.

A título de tentar circunscrever a especificidade do AT, dialogaremos prioritariamente com autores que pensam sobre este dispositivo terapêutico. Visamos, com isso, apresentar a hipótese de que a política da amizade consiste na principal estratégia de intervenção clínica que compõe esta modalidade de assistência, centrando o seu domínio em regimes relacionais pautados pelo primado da afetividade.

5.1

A importância do vínculo afetivo em Sándor Ferenczi: inovações clínicas em prol da elasticidade da técnica

Se consegui comunicar-lhes o meu sentimento de que temos, de fato, muito a aprender com os nossos doentes, os nossos alunos e também, evidentemente, com as crianças, dar-me-ei por satisfeito. (Psicanálise IV, Sándor Ferenczi)

A fim de apresentarmos a importância que Ferenczi atribui à dinâmica afetiva, instaurada no âmbito dos processos analíticos, nesta seção privilegiaremos algumas reflexões desenvolvidas em três artigos publicados no final da década de 20, quais sejam: “Elasticidade da técnica psicanalítica” (1928 [2011]), “Princípio de relaxamento e neocatarse” (1930 [2011]) e “Análise de crianças com adultos” (1931 [2011])²¹.

²¹ Estes textos integram o quarto volume das Obras Completas do autor, publicadas no Brasil pela Martins Fontes sob o título *Psicanálise IV*. Trata-se de uma publicação póstuma que reúne os artigos escritos nos últimos anos de vida de Ferenczi, que abrange o período de 1927 a 1933.

Em linhas gerais, nestes textos Ferenczi desenvolve uma crítica com relação aos princípios técnicos relacionados à regra da abstinência e frustração. Assim sendo, o autor posiciona-se de modo inteiramente contrário à tradição positivista moderna, pautada pelos ideais de neutralidade e objetividade, os quais acabam por impor um cenário de frieza e distanciamento à prática clínica. Na introdução do livro no qual consta os artigos supracitados, Michael Balint (1967 [2011]), psicanalista húngaro herdeiro do pensamento de Ferenczi, relata que:

Suas experiências anteriores, sobretudo as tentativas de compreensão dos elementos formais do comportamento do paciente na situação analítica, tinham-lhe ensinado que todo acontecimento nessa situação deve ser compreendido como uma interação entre a transferência do paciente, isto é, sua compulsão à repetição, e a contratransferência do analista, ou seja, sua técnica. A primeira devia ser aceita como um fator constante e quase inalterável (pelo menos, de momento); por isso, para sair do impasse, era necessário aceitar a modificação do outro fator: a técnica. (p. XIX)

Balint (1967 [2011]) sublinha a primazia atribuída à dinâmica afetiva instaurada entre analista e analisando. Neste sentido, ressalta que: “Com base em suas experiências, Ferenczi, no seu último período, chegou à conclusão de que um recurso honesto à afeição e à gentileza sinceras podia ser autorizado nos casos em que suas interpretações mostraram ser ineficazes e inúteis.” (p. XXIII).

Antes de analisarmos a aposta ferencziana centrada na radicalidade da dimensão afetiva como estratégia terapêutica, desenvolvida nas suas últimas experimentações técnicas, cumpre apresentarmos brevemente de que modo os pressupostos de neutralidade e objetividade, descritos acima, compareciam no âmbito da teoria e da prática clínica, no período mencionado. De acordo com Laplanche e Pontalis (1967): “Na medida em que a técnica psicanalítica se separou dos métodos de sugestão, que implicam uma influência deliberada do terapeuta no seu paciente, ela foi conduzida à ideia de neutralidade.” (p. 404). Mas, afinal, para o que esta ideia de neutralidade aponta? Os autores definem a neutralidade do seguinte modo:

O analista deve ser *neutro* quanto aos valores religiosos, morais e sociais, isto é, não dirigir o tratamento em função de um ideal qualquer e abster-se de qualquer conselho; *neutro* quanto às manifestações transferenciais, o que se exprime habitualmente pela fórmula ‘não entrar no jogo do paciente’; por fim, *neutro* quanto ao discurso do analisando, isto é, não privilegiar *a priori*, em função de

preconceitos teóricos, um determinado fragmento ou um determinado tipo de significações. (Laplanche e Pontalis, 1967, p. 404, grifado no original)

Figueiredo (2008) também pode nos auxiliar neste debate. Revisitando Freud, retoma as condutas que devem ser evitadas pelo analista, corroborando com as ideias defendidas pelo autor. Ao rever os textos técnicos do fundador da psicanálise, os quais suscitaram muitas discussões e entendimentos diversos por parte da comunidade psicanalítica em geral, Figueiredo conclui que é possível lançarmos um olhar menos doutrinário para as questões abordadas nestes trabalhos.

De saída, em seu texto Figueiredo (2008) pontua os aspectos negativos inerentes às recomendações técnicas elaboradas por Freud, entendendo-se por “negativo” as atitudes assinaladas como inapropriadas, ou seja, condutas cuja não observância comprometeria a realização de um trabalho psicanalítico propriamente dito. Perscrutando o termo alemão *Ratschläge*, o autor assinala que uma tradução mais precisa conduz a “pequenos conselhos”, e não exatamente à palavra “recomendações”, tal como encontramos traduzido para o português.

Pois bem, estes “pequenos conselhos” ou “dicas”, dizem respeito, como já assinalado, a determinados procedimentos que devem ser evitados por parte do analista, os quais, em linhas gerais, podem ser elencados em quatro pontos: o uso abusivo da sugestão; o furor interpretativo ou compreensivo; o furor curativo; e ainda o furor investigativo.

De acordo com Figueiredo (2008), o que Freud pretendia com estes “pequenos conselhos” era evitar que os psicanalistas colocassem a atividade de pesquisa acima da prática analítica, dando prioridade à posição de investigadores em detrimento da intervenção clínica. Deste modo, o perigo apontado é o de ir ao encontro do paciente, mais preocupado em perscrutar hipóteses conceituais a fim de confirmar/refutar teorias, do que propriamente oferecer tratamento terapêutico.

Figueiredo (2008) retoma Freud a fim de mostrar que, ao contrário do que um olhar apressado pode supor, o mesmo não possui propriamente um viés ortodoxo. Assim, as leituras frágeis que foram feitas a respeito das recomendações técnicas constituem a chave de compreensão para entendermos o teor doutrinário acoplado ao conjunto do pensamento teórico-prático freudiano, o qual, de modo inverso, é descrito pelo autor como tendo, em seus fundamentos, um “caráter

elástico, criativo, singular e não plenamente codificável”. (p. 14). Figueiredo denuncia ainda o quão nociva é a tentativa de enquadrar as categorias teóricas em diretrizes pouco flexíveis, erigidas com base em uma cartilha moral estrita.

Em suma, no início do século passado, a ideia de neutralidade e objetividade estava assentada na premissa de que somente uma estrita gestão da imparcialidade poderia sustentar o rigor científico. Não obstante, ao longo de sua trajetória, Ferenczi não se absteve de exercer uma crítica permanente com relação à rigidez que pairava no cenário psicanalítico, em especial no que diz respeito às prescrições técnicas protocoladas por Freud, as quais eram frequentemente interpretadas como diretrizes rígidas a serem adotadas pelos psicanalistas. Portanto, a posição assumida pelo autor caminha na contramão da tendência hegemônica de sua época, na qual pairava o esforço em dar um estatuto científico à psicanálise, fundamentando-a com base em premissas que acabavam por se revelar, não raras vezes, tecnicamente inoperantes.

No artigo denominado “Elasticidade da técnica psicanalítica”, Ferenczi (1928 [2011]) defende que o processo clínico deve se desenrolar no âmbito da teia das relações intersubjetivas, em que é ressaltada a necessária implicação da pessoa do analista no tratamento. Com isso, o autor chama atenção para as manifestações psíquicas que ocorrem do lado do analista, alertando para a importância que exercem no âmbito da dinâmica terapêutica:

Nada de mais nocivo em análise do que uma atitude de professor ou mesmo de médico autoritário. Todas as nossas interpretações devem ter mais o caráter de uma proposição do que de uma asserção indiscutível, e isso não só para não irritar o paciente mas também porque podemos efetivamente estar enganados. (...) Do mesmo modo, a confiança em nossas teorias deve ser apenas uma confiança condicional, pois num dado caso talvez se trate da famosa exceção à regra, ou mesmo da necessidade de modificar alguma coisa na teoria em vigor até então. (p. 36)

Ferenczi (1928 [2011]) propõe pensarmos as interações para além do modelo positivista calcado na relação sujeito-objeto, a fim de despojarmo-nos de toda postura de arrogância e autoridade. Assim, o autor advoga a favor de uma atitude profissional que visa a compartilhar, efetivamente, o sofrimento psíquico do outro.

Para tanto, é preciso haver, por parte do profissional, uma boa dose de *tato*, a fim de implicar-se enquanto pessoa no interjogo analítico. Dentro da perspectiva

apresentada por Ferenczi (1928 [2011]), o *tato* depende da faculdade de *sentir com*, tal como brevemente assinalado no capítulo anterior. Trata-se, com isso, da disposição para experimentar empaticamente a dor do outro em si próprio, adotando uma postura de humildade, na qual há a abertura à dinâmica relacional:

A modéstia do analista não é, portanto, uma atitude aprendida, mas a aceitação dos limites do nosso saber. Assinale-se, aliás, que talvez seja esse o ponto onde, com a ajuda da alavanca psicanalítica, começa a realizar-se a mudança na anterior atitude do médico. Compare-se a nossa regra de “sentir com” à presunção com que o médico onisciente e onipotente tinha até agora o hábito de enfrentar o paciente. (...) A única pretensão alimentada pela análise é a da confiança na franqueza e na sinceridade do médico, não lhe fazendo mal algum o franco reconhecimento de um erro. (Ferenczi, 1928 [2011], p.36-37, grifado no original)

Vê-se que no âmbito do pensamento clínico de Ferenczi, a franqueza e a sinceridade são apresentadas como a base para a confiança, constituindo virtudes indispensáveis ao analista. Ambas estão relacionadas à adoção de uma postura sensível, em contraponto a uma atitude de poder que acaba por criar uma distância com relação ao analisando, dificultando o alcance de uma melhora.

Trata-se, portanto, da assunção de uma atitude ética em detrimento de um padrão moral pré-estabelecido. Há, neste caso, uma inextricável fusão da técnica com a ética, na qual as intervenções são tributárias da possibilidade de haver uma postura flexível por parte do profissional, a fim de que não perca a dimensão de abertura e inacabamento própria ao fazer analítico.

A partir das reflexões propostas pelo autor, vemos que é necessário deixar-se surpreender pelos imprevistos que tomam de assalto o processo terapêutico, assumindo uma posição de abertura capaz de acolher as nuances que irrompem no decorrer do trabalho, incluindo-as como matéria da clínica. Deste modo, os encontros clínicos devem ocorrer em uma atmosfera de imprevisibilidade capaz de remodelar o corpo conceitual, atualizando-o sob a forma de novas linhas de pensamento.

Dentro deste contexto, em que a ética e a técnica não podem ser divorciadas, é fundamental que o analista não se afaste da capacidade de implicar-se no tratamento, de modo a criar as condições de possibilidade capazes de garantir que o processo analítico se desenrole em uma atmosfera de disponibilidade e confiança mútua. E isso é diametralmente o avesso a uma postura de frieza, distância e indiferença para com o sofrimento do analisando.

Neste caso, não faz sentido falar em neutralidade, e sim em um tênue equilíbrio a ser assumido pelo profissional, situando-se numa zona paradoxal em que vigoram dois posicionamentos opostos, a saber: nem bem adotando um “distanciamento” exagerado, mas tampouco se “envolvendo excessivamente” com o sofrimento do sujeito, o que resultaria num isomorfismo prejudicial ao progresso do trabalho clínico. Há, portanto, o imperativo de se colocar em uma zona intermediária com relação à díade proximidade/distância, na adoção de uma posição estratégica capaz de possibilitar o manejo clínico, de modo a facultar ao paciente o acesso ao seu próprio mundo interno.

Para compreendermos o que seria exatamente essa postura intermediária a ser adotada pelo analista, torna-se imprescindível analisarmos a mudança técnica operada por Ferenczi na virada das décadas de 20 para 30. Tal mudança encontra-se bastante explicitada no artigo “Princípio de relaxamento e neocatarse”. Nele, Ferenczi (1930 [2011]) propõe que o princípio da frustração, promulgado por meio do método da técnica ativa, deve ser conjugado à elasticidade da técnica ou ao que denominou princípio do *laissez-faire*.

Deste modo, Ferenczi alerta que a proposta de levar o paciente a vivenciar, a todo custo, um crescimento artificial da tensão na situação analítica – técnica ativa –, acaba por impor, de forma professoral, dogmática e pedante, um cerceamento da liberdade do sujeito, aumentando desnecessariamente o seu sofrimento:

Entretanto, eu tinha cada vez mais a impressão, ao aplicar essas concepções na análise, de que a relação entre médico e paciente começava a se assemelhar um pouco demais a uma relação de professor com aluno. (...) Num dos meus trabalhos consagrados à liberdade convidei, portanto, os meus colegas a doutrinar seus pacientes num maior uso da liberdade, a ensinar-lhes como abandonarem-se mais livremente à sua agressividade para com o médico; ao mesmo tempo, exortei-os a dar provas de um pouco mais de humildade a respeito de seus pacientes, a admitir as faltas eventuais que eles tenham podido cometer; e preconizei maior elasticidade, eventualmente mesmo às custas das nossas teorias (que não são, por certo, imutáveis, ainda que constituam instrumentos provisoriamente utilizáveis). (Ferenczi, 1930 [2011], p. 66)

A flexibilidade da técnica, propugnada pelo autor neste texto, não implica em um total abandono da técnica anterior; tão somente é feita a exortação à adoção de uma atitude um tanto mais humilde diante do paciente, postura que lhe concede um maior grau de liberdade no processo analítico.

Desta forma, a ênfase reside numa postura mais elástica, alternando a técnica ativa presente no princípio da frustração – em que há a exigência de renúncias através de assertivas rígidas – com o princípio do *laisser-faire* – oferta de uma atmosfera de relaxamento –, contrabalançando a tensão e propiciando, com isso, uma economia do sofrimento.

Neste sentido, o princípio do *laisser-faire* diminui a necessidade de que defesas e resistências sejam colocadas em ação pelo paciente, já que habita um contexto menos rígido e artificial. A atitude sensível, tolerante e empática, da parte do analista, perfaz um cenário de liberdade e acolhimento que permite ao analisando o acesso às camadas mais profundas do psiquismo, oferecendo as condições necessárias para que haja uma regressão ao seu passado primitivo.

Assim, é indispensável outorgar ao paciente as condições para que possa entrar em contato com a origem de seu sofrimento, a qual remonta aos eventos da primeira infância, anteriores à vivência edípica. Deste modo, Ferenczi concede importância central ao fator ambiental primário, considerando-o a chave para compreensão acerca da etiologia das patologias psíquicas.

Ferenczi atribui, portanto, uma ênfase especial ao fator traumático original, situando-o na etiologia das patologias, em especial nos casos considerados mais graves. Com isso, afirma a “realidade etiológica” dos traumatismos infantis, apontando para a necessidade de retomada do tratamento catártico – neocatarse –, só que desta vez centrando-o não mais na criação de uma atmosfera relacional do tipo hipnótico-sugestiva – pautada pelo poder de influência do médico, tal como nos primórdios da psicanálise –, e sim em um vínculo mais horizontal estabelecido entre analista e paciente. Neste caso, a relação é baseada em uma postura ética e técnica de maior flexibilidade, na qual são oferecidas ao paciente as condições para que possa, por ele mesmo, adquirir independência e liberdade:

Os meus modestos esforços visam somente formular o que até agora se definia pela expressão pouco clara de “atmosfera psicológica”. Com efeito, não se pode negar que a fria objetividade do médico pode adotar formas que colocam o paciente em confronto com dificuldades inúteis e evitáveis; devem existir meios de tornar perceptível ao paciente a nossa atitude amistosamente benevolente (*freundlich wohlwollende*) durante a análise, sem abandonar por isso a análise do material transferencial nem, é claro, cair no erro daqueles que tratam o neurótico com uma severidade ou um amor fingidos, e não de acordo com o modo analítico, ou seja, com uma total sinceridade. (Ferenczi, 1930 [2011], p. 69, grifado no original)

Em síntese, constatamos que o que está em jogo na proposta apresentada pela técnica do relaxamento e da experiência neocatártica, é um não álibi no que concerne a atitude do analista na dinâmica do tratamento. Desta forma, no momento em que se é convocado a assumir uma posição frente ao outro, o analista é instado a ocupar um lugar na relação, e este lugar não deve ser, de modo algum, confundido com uma postura neutra, entendendo-se por neutro algo sem brilho, opaco, inodoro, em suma, desprovido de sentido próprio.

Ferenczi (1931 [2011]) aprofundará ainda mais estas ideias no artigo intitulado “Análise de crianças com adultos”. Neste texto, o autor aproximará a análise feita com crianças das análises com adultos, assinalando, uma vez mais, o quanto o *tato* é um atributo indispensável ao analista, uma vez que está, a rigor, lidando com conteúdos traumáticos infantis.

Assim, a ausência de reações por parte do analista, ao invés de ajudar, obstaculiza o andamento do tratamento, cerceando, pela atmosfera de frieza e distância instaurada, a liberdade e espontaneidade do analisando. É neste ponto que o autor conclama os analistas a fazerem uma autocrítica acerca do modo rígido, com que frequentemente se relacionam com os pacientes, chamando atenção para a falta de cuidado que os leva à inépcia na condução dos casos:

Fórmulas tais como “a resistência do paciente é insuperável” ou “o narcisismo não permite aprofundar mais este caso”, ou mesmo a resignação fatalista em face do chamado estancamento de um caso, eram e continuam sendo para mim inadmissíveis. Pensava que, enquanto o paciente continua comparecendo, o fio de esperança não se rompeu. Portanto, eu tinha que fazer-me de forma incessante a mesma indagação: a causa do fracasso será sempre a resistência do paciente, não será antes o nosso próprio conforto que desdenha adaptar-se às particularidades da pessoa, no plano do método? (p. 81)

Dentro deste contexto de discussão, Ferenczi (1931 [2011]) propõe uma análise que se dê pelo jogo, no qual os processos traumáticos podem ser reproduzidos pelo paciente na situação analítica. Isso só é possível porque o analista sustenta acompanhá-lo na (re)atualização do material psíquico primitivo. Neste caso, o analista atua como um encorajador, ou seja, alguém que cria através de uma atitude benevolente e de profunda amabilidade, uma atmosfera de confiança que incita o sujeito a acessar – via uma regressão ao passado remoto – o conteúdo recalcado que está na origem do traumatismo:

É uma vantagem para a análise quando o analista consegue, graças a uma paciência, uma compreensão, uma benevolência e uma amabilidade quase ilimitadas, ir o quanto possível ao encontro do paciente. Cria-se desse modo uma base graças à qual pode-se lutar até o fim na elaboração dos conflitos, inevitáveis a um prazo mais ou menos curto, e isso na perspectiva de uma reconciliação. O paciente ficará então impressionado com o nosso comportamento, contrastante com os eventos vividos em sua própria família, e, como se sabe agora protegido da repetição, atrever-se-á a mergulhar na reprodução do passado desagradável. (Ferenczi, 1931 [2011], p. 85)

Deste modo, Ferenczi defende o estabelecimento de um vínculo relacional menos hierárquico no processo analítico. De acordo com Luiz Ricardo Prado de Oliveira (2012), o autor concentrava os seus questionamentos e críticas, dirigidas à ortodoxia psicanalítica, em torno da observação da atitude de distanciamento adotada por parte dos psicanalistas, atribuindo-a a uma tentativa de padronização do edifício teórico-clínico:

A segunda questão importante diz respeito a uma crítica permanente quanto à rigidez, que se torna pouco a pouco dominante no *establishment* psicanalítico, e que se manifesta numa certa forma de compreender o ensinamento de Freud e de aplicar a técnica psicanalítica de maneira padronizada. (...) Ferenczi não se furta, portanto, a colocar a técnica psicanalítica constantemente em questão, considerando, inclusive, que seu enrijecimento está relacionado ao caráter do próprio analista. (p. 158-161, grifado no original)

Prado de Oliveira (2012) percorre a obra de Ferenczi a fim de expor a ênfase atribuída por este último à qualidade de vínculo afetivo instituído na dinâmica relacional entre analista e analisando. Com isso, ressalta a importância concedida por Ferenczi à temática da amizade, ainda que esta não tenha sido uma pauta explícita, aparecendo em seus escritos de forma subliminar. Assim, a amizade é desvelada por Prado de Oliveira, a partir da primazia que Ferenczi atribui aos fenômenos da transferência e da contratransferência:

Cabe destacar a importância dada por Ferenczi à questão da contratransferência, em se considerando sua fenomenologia como relacionada ao campo da intersubjetividade, tendo em vista que nela se encontra implicada a atmosfera psicológica que recobre o encontro do analista com o analisando, no “aqui e agora” de um processo analítico. Como se pode perceber, pelo até aqui exposto, a concepção ferencziana relacionada à questão do “controle” da contratransferência compreende a preocupação com a adequação da atitude analítica às necessidades do analisando, o que não significa, propriamente, procurar suprimir a contratransferência da cena terapêutica. (Prado de Oliveira, 2012, p. 65)

Vemos, então, que podemos extrair das reflexões desenvolvidas por Ferenczi, toda uma problemática da amizade que desponta como uma categoria conceitual subjacente às suas preocupações clínicas. O sentido da amizade em Ferenczi está relacionado, portanto, à sensibilidade requerida ao analista para que consiga transitar pelos fenômenos da transferência e da contratransferência, compreendidos como aspectos interligados, o que sugere que não podem ser analisados de forma isolada, perfazendo, com isso, uma forma de relação instituída em parceria. Daí a importância de conjugar as esferas pessoal e profissional no âmbito do tratamento.

A prática clínica é moldada de acordo com a forma como o analista a experimenta e não somente conforme as manifestações do paciente. A coragem para adentrar o interjogo das afetações mútuas, desloca o analista de uma posição de saber – na qual a dimensão profissional sobrepuja a pessoal – para mantê-lo efetivamente comprometido com a melhora do sujeito. Isso inclui rever posicionamentos, a fim de aperfeiçoar a teoria e a prática terapêutica.

A contratransferência aponta para a capacidade de se situar no “diapasão do paciente”, em que se destaca a disponibilidade para *sentir com*. Assim, a flexibilidade do analista está diretamente relacionada à capacidade de ser empático ao sofrimento do outro, sendo este um aspecto primordial para que mudanças possam ser forjadas no âmbito da subjetividade do paciente.

Não se trata, portanto, da contratransferência no sentido psicanalítico tradicional, entendida estritamente como a manifestação de um conjunto de reações, do lado do analista, despertadas pelo tratamento. A contratransferência na acepção clássica corresponde à resistência do analista, sendo, com isso, apenas uma resposta à transferência do analisando. De modo inverso a isso, Ferenczi apresenta um ponto de vista centrado na dinâmica relacional, sublinhando o movimento de oscilação entre o *sentir com*, a auto-observação e a atividade de julgamento como tríade que alinhava o posicionamento adequado a ser assumido:

Aceito fazer minha a expressão “elasticidade da técnica analítica” forjada por um paciente. É necessário, como uma tira elástica, ceder às tendências do paciente mas sem abandonar a tração na direção de suas próprias opiniões, enquanto a falta de consistência de uma ou outra dessas posições não estiver plenamente provada. (...) Devo sublinhar uma vez mais que só uma verdadeira posição de “sentir com” pode ajudar-nos; os pacientes perspicazes não tardam em desmascarar toda pose fabricada. (Ferenczi, 1928 [2011], p. 36-37)

Assim, o *sentir com* refere-se a um modo específico de estar com o outro, no qual o profissional se mantém em uma zona de troca e afetação mútua. Isto é, a personalidade do analista é matéria-prima do encontro, despontando como alteridade que é atravessada e atravessa o analisando, abertura tanto profícua, quanto perigosa no caso de analistas pouco analisados. Medeiros (2015) sublinha que, para Ferenczi, o analista precisa saber valer-se do *tato*, o qual desponta como uma potente ferramenta clínica no contexto analítico:

Na perspectiva introduzida por Ferenczi, o *tato* não é mais pensado como uma dádiva, um dom, mas como uma *ferramenta clínica* que, para poder ser utilizada, exige do clínico *disponibilidade* e uma profunda análise pessoal. Desta forma, a ênfase recai sobre o analista, mais precisamente sobre os seus mecanismos de defesa para resistir ao encontro, ou seja, aos modos como ele afeta e é afetado na situação analítica. Ferenczi apresenta esse problema a partir da constatação da alta frequência dessa resistência ao encontro em seus colegas, alunos e demais psicanalistas. (p. 93, grifado no original)

Carlos Augusto Peixoto Junior (2013) enfatiza o fato de que Ferenczi considerava o vínculo com o outro como fundamental no âmbito do processo de autoconstituição ética. Com isso, situando-se no polo diametralmente oposto às versões estruturais acerca dos modos de subjetivação – de base notadamente essencialista e inatista –, o uso por Ferenczi de expressões do tipo “benevolência amistosa” ou “amizade”, aponta para a dimensão clínica do afeto, centrando sua prática no domínio da esfera relacional intersubjetiva.

Prado de Oliveira (2012) também ressalta a ênfase atribuída por Ferenczi à dinâmica relacional, ao longo de sua trajetória clínica, o que conduz à adoção de princípios éticos baseados no estabelecimento de laços afetivos, pautados pelo “compromisso da psicanálise com a vida, a liberdade e a criação” (p. 169). É deste modo que o autor situa a psicanálise pensada e praticada por Ferenczi como uma experimentação e teorização em torno da problemática da intersubjetividade, interessando-se primordialmente pela construção da sociabilidade entre os indivíduos.

Trata-se aqui, então, do interesse de se conceder uma atenção especial a uma teoria da técnica, tal como indicada por Ferenczi, uma vez que é desde esse contexto de problematização e reflexão que a importância da questão da amizade na relação analítica emerge com muita propriedade. (...) o que decorre do posicionamento de que o analista deve ser um observador da vida para auxiliar a viver, tanto no que diz respeito ao resgate no analisando de sua autonomia em relação aos outros seres

que o cercam, quanto no que concerne a uma perspectiva em que o mesmo é compreendido como inserido sempre num contexto de trocas permanentes. (Prado de Oliveira, 2012, p.166-167)

Dentro deste contexto de discussão, a contratransferência assume uma grande importância no âmbito das teorizações de Ferenczi, sendo dotada de uma conotação bastante diversa em relação à regra da neutralidade, considerada fundamental no escopo da psicanálise freudiana. Isto porque o autor concebe os afetos experimentados na prática clínica como sendo de ordem eminentemente intersubjetiva, devendo, portanto, ser assumidos como parte do interjogo relacional, o que desconstrói a ideia de que o analista deve adotar uma postura neutra. Em outras palavras, aquilo que o analista vive como experiência sensível, no enquadre clínico, não necessariamente diz respeito apenas às transferências dirigidas a ele. Podem, e mais, devem, inclusive, fazer parte do universo afetivo do analista, ativado a partir do encontro clínico.

Segundo Prado de Oliveira (2012), a contratransferência é positivada por Ferenczi, uma vez que está diretamente relacionada à franqueza e à sinceridade do analista; este figura na cena como outro ser humano que sente e vive, e não apenas como depositário das fantasmagorias do analisando. Os afetos ensaiados e encenados são produções do encontro, e, portanto, não possuem endereço e nem destino unidirecionais.

Conforme assinalado até aqui, a sinceridade tem a ver com a disponibilidade do analista no sentido de dar vazão à sua sensibilidade, garantindo que as intervenções sejam tributárias das necessidades apresentadas pelo paciente. Podemos considerar, portanto, que a dinâmica dos afetos – em toda a sua amplitude –, está no centro das preocupações de Ferenczi, haja vista a importância que atribuía ao vínculo amistoso. Importante frisar que amistoso para o autor não deve ser tomado como sinônimo de consensual, sem conflito, mas assenta-se na ideia de um vínculo cuja base é a amizade, entendida como encontro passível de partilha mútua.

Ferenczi não se furta a se expor ao extremo, procurando tolerar ao máximo o desenvolvimento em si próprio da contratransferência, por considerá-la um dispositivo relacionado à sinceridade e compreendê-la como um fator fundamental na produção de algo novo na vida do analisando, e que é por isso indispensável à remodelação de sua subjetividade. (...) O analista, ao posicionar-se como um outro eu – ou como um alterego – que não se furta a experimentar procedimentos

técnicos os mais variados, à medida do que se mostrar necessário, e que também não se furta a expressar seus afetos e pensamentos com sinceridade, à medida do que se mostrar conveniente, torna-se então um novo “outro” para o analisando. (Prado de Oliveira, 2012, p. 191-198)

A amizade em Ferenczi está, portanto, relacionada à importância do afeto nas trocas humanas, o que do ponto de vista clínico aponta para a dinâmica estabelecida entre analista e analisando. No entanto, conforme visto, esta dinâmica dependerá da abertura do analista para compor com a sua sensibilidade, adotando uma postura porosa à flexibilização das intervenções clínicas, adaptando-as de acordo com os vários aspectos que atravessam o sofrimento do paciente, com vistas a alcançar uma potência terapêutica capaz de reconduzir este sofrimento, dotando-lhe de outros sentidos.

Com isso, entendemos à luz de Prado de Oliveira (2012) que a amizade é uma categoria presente no pensamento de Ferenczi, uma vez que a importância do estabelecimento de um vínculo afetivo no contexto analítico esteve no centro de suas preocupações e questionamentos teóricos e técnicos. A amizade desponta, então, enquanto estatuto ético-político que enforma uma postura de reconhecimento e valorização afetiva do outro na sua diferença, em que pese a necessária consideração acerca das tensões que atravessam a dinâmica das interações, as quais, em última instância, compõem o viver em comunidade.

A obra de Ferenczi abre ainda um precedente interessante, o qual diz respeito aos fatores políticos que mobilizam os encontros e trocas humanas. Em artigo no qual se dedica a pensar esta questão, Jô Gondar (2012) explora o fato de que a análise do conjunto da obra deste psicanalista húngaro permite constatar que suas contribuições extrapolam em muito o campo da clínica, fornecendo valiosas ferramentas para pensarmos o contexto sócio-político no qual estamos inseridos.

Deste modo, Gondar (2012) situa os conceitos desenvolvidos e, principalmente, as intervenções clínicas realizadas por Ferenczi, como tributários de sua sensibilidade para as questões de ordem micropolítica, ou seja, para os “problemas subjetivos vivenciados nos jogos de poder” (p. 195). Assim, no intuito de discutir a dimensão ética e política que permeia a obra de Ferenczi, a autora sublinha que:

É certo que ele não dirigiu suas análises à ordem social ou política enquanto questões abstratas; Ferenczi tratou delas concretamente, nas crianças traumatizadas

pela hipocrisia dos adultos, nos doentes mentais traumatizados pela hipocrisia social, nos pacientes traumatizados pela hipocrisia do analista. (p. 195)

Gondar (2012) ressalta o alto teor de denúncia política imiscuída no pensamento clínico de Ferenczi: denúncia relacionada aos constrangimentos subjetivos promulgados pelo conjunto da sociedade, incluindo-se aí as relações de dominação e poder, exercidas tanto no seio das famílias, quanto no caso dos discursos e práticas legitimadas pelo saber científico.

Trata-se, portanto, de relações de alienação, marcadas pela dependência e desvalorização da criança, do doente mental ou de qualquer sujeito que seja de algum modo desvalido e desrespeitado em sua condição de cidadão. Tais relações promovem, em última instância, violências cotidianas que acabam por perpetrar efeitos traumáticos relacionados ao não reconhecimento do sujeito.

Paralelamente, Gondar (2012) também assinala o fato de Ferenczi ter se posicionado contra as premissas psicanalíticas relacionadas à regra da neutralidade, imposta ao analista. Segundo a autora, Ferenczi alertou para os possíveis efeitos traumáticos provenientes de uma recusa de reconhecimento do analisando por parte do analista, em função da admissão de uma postura demasiado fria e distante, a qual acabaria inviabilizando o progresso do tratamento.

Na análise que desenvolve acerca da dimensão política presente no pensamento clínico de Ferenczi, Gondar (2012) sublinha a vulnerabilidade como uma questão subliminar que permeia a sua obra. Neste sentido, esmiúça o que seria uma modalidade de laço constituída com base no reconhecimento da vulnerabilidade, entendendo este como sendo um aspecto comum a todos os sujeitos, uma vez que atravessa a condição humana. Neste caso, a exemplo da amizade, a vulnerabilidade é uma categoria que também está relacionada à dinâmica afetiva da transferência e da contratransferência, estabelecida no contexto analítico:

Se em Freud o sujeito precisa do outro *porque* é constitucionalmente desamparado, em Ferenczi o sujeito é vulnerável *na* relação com o outro. Daí nossa escolha por este termo: mesmo não constituindo um conceito psicanalítico, ele ressalta um aspecto importante da abordagem ferencziana, colorindo mais fortemente a esfera relacional e indicando o quanto o *eu* depende de um reassseguramento constante por parte do outro. (p. 202, grifado no original)

A ideia de que existe uma vulnerabilidade que não está dada de antemão, isto é, que não é ontológica, e sim produto da tensão que emerge das relações humanas, conduz à noção de “comunidade de destino”, expressão oriunda das ciências sociais e retomada por Gondar (2012) ao comentar a obra de Ferenczi. Em linhas gerais, a “comunidade de destino” se opõe à “comunidade de origem”. Esta última é baseada nos laços de sangue, sendo, portanto, inexoráveis. Em contrapartida, na “comunidade de destino” os vínculos não são dados de saída, ou seja, se estabelecem em torno da condição de interdependência subjetiva que nos acompanha vida afora. Assim, Gondar (2012) se refere à “comunidade de destino” como sendo constituída horizontalmente, a partir da precariedade dos membros que a compõe.

Em termos clínicos, trata-se, então, da possibilidade do estabelecimento de vínculos com base em uma atmosfera de confiança na qual a dimensão afetiva, que atravessa o contexto analítico, é considerada como sendo um fator fundamental. É neste sentido que a autora pontua que a obra de Ferenczi deve ser compreendida como um legado não somente técnico – restrito ao domínio psicanalítico – como também político:

Um bom número de contribuições teóricas e técnicas de Ferenczi pressupõe a quebra da verticalidade e da hierarquia na relação analítica: a ideia de um diálogo de inconscientes, a proposta de “sentir com”, a denúncia de uma “hipocrisia profissional”, a análise pelo jogo, a confissão dos próprios erros, a ênfase na atmosfera de confiança. Nada mais distante de Ferenczi do que situá-lo, como analista, num lugar de poder. (...) Fundar as relações subjetivas (analíticas ou não) sobre a precariedade de todos nós – essa talvez tenha sido a sua proposta maior. (Gondar, 2012, p. 204)

Apostar no estabelecimento de laços afetivos, baseados na vulnerabilidade que atravessa o viver, implica em positivar a possibilidade de que o sujeito torne-se “algo que ainda não sabemos, e que nem ele mesmo sabe”, pois a “vulnerabilidade conduz à potência, ao invés da vitimização” (p. 207). Temos aqui uma questão de ordem ética, a qual aponta para o modo como nos relacionamos com o outro, dando ensejo à proposta de uma nova modalidade de laço social, circunscrita como fundamento político que permeia a arte de viver no coletivo. Neste caso, os vínculos são erigidos com base em uma mesma “comunidade de destino”:

Trata-se de reconhecer a dimensão vulnerável de qualquer um, protegendo-a e lhe dando condições de existência. Nesse sentido, o pensamento de Ferenczi nos aponta uma nova possibilidade de vínculo que, ao invés de erigir-se em torno da autoridade e da ilusão de garantias, sustenta-se sobre uma mesma “comunidade de destino”. Aqui as relações de poder perdem terreno para a solidariedade por despossessão. Quando todos se encontram numa mesma linha é mais fácil percebermos o quanto a violência, assim como a instituição de hierarquias, podem funcionar como um desmentido do que há de precário em todos nós, em todas as relações. (Gondar, 2012, p. 208)

Nesta seção, percorremos alguns aspectos teórico-clínicos, presentes no pensamento de Ferenczi, bem como de seus comentadores. Com isso, apresentamos brevemente os questionamentos e críticas que o levaram a erigir a sua (re)visão acerca de importantes pontos relacionados às diretrizes técnicas psicanalíticas, a fim de apresentar a maneira como o autor concebe a dinâmica relacional no âmbito da prática terapêutica. Vejamos, a seguir, de que modo todo este contexto de discussão em torno da qualidade de um vínculo marcado pela amizade, afetividade e vulnerabilidade, pode contribuir para o campo do AT.

5.2

A amizade como estratégia clínica: o primado da afetividade no AT

Abro a seção com a transcrição de um fragmento clínico, porque cumpre agora voltarmos-nos ao nosso objeto de estudo, a fim de desenvolvermos a tese que embasa e orienta o presente trabalho, qual seja: a de que o campo do AT é uma modalidade de assistência, cuja prática de intervenção atua com vistas ao estabelecimento de uma política da amizade, a ser promulgada nos espaços de sociabilidade.

Estivemos na Rua Lavradio, onde ouvimos jazz, tocado por uma banda excelente. Foi um dia especialmente difícil para mim porque hoje perdi o cachorro que me acompanhava há 17 anos. Resolvi não desmarcar com Sérgio. Não sei bem em que medida minha decisão foi tomada pelo Sérgio, já que tende a lidar mal com imprevistos e desmarcações, e/ou por mim, que de resto não queria ir para casa depois de receber a notícia; acho que queria mesmo estar com ele, ainda que neste momento sofrido. Conversamos normalmente no ônibus, ao longo do caminho até a Lapa. Uma vez lá, sob o efeito da tarde que caía anunciando a chegada da noite, fui invadido pela atmosfera de uma música um tanto melancólica, tocada pela banda. E então, estatelado no meio da rua, não contive as lágrimas, que rolaram sem que pudesse disfarçá-las. Sérgio notou, mas nada disse. Depois do show, fomos comer em um restaurante próximo dali. Durante a refeição, Sérgio, que a esta altura estava um bocado calado, pergunta: “Porque você chorou naquela

hora, Danilo?”. Disse francamente que estava muito triste, contando-lhe brevemente o que havia ocorrido. Num gesto muito bonito, Sérgio pôs desastradamente a sua mão sobre a minha e com a voz embrulhada me confortou: “Sinto muito, sei o quanto gostava dele!” (Diário clínico, 17/05/2014)

A cena apresentada permite constatar que não é somente Sérgio que se vale da relação que estabelecemos um com o outro. Neste caso, o cuidado e a assistência atuam em uma via de mão-dupla, comparecendo como possibilidade de intercâmbio de papéis. Assim, a condição de vulnerabilidade verifica-se tanto do lado do acompanhante quanto do sujeito acompanhado, o que aponta para a horizontalidade do vínculo, sendo este um aspecto de suma importância na dinâmica do AT.

Importante mencionar que o laço pela vulnerabilidade, tal como proposto por Gondar (2012), não se costura tão somente porque nos identificamos com a fragilidade alheia ou, ainda, pela possibilidade de nos aproximamos uns dos outros devido à vivência de processos traumáticos e de perda. A união pela vulnerabilidade se dá, em última instância, não porque podemos ou desejamos, e sim porque precisamos.

De fato, naquele dia fui mais acompanhado do que acompanhante, pois recebi de Sérgio um afago que acabou dando-me coragem para enfrentar a volta para casa. Visto a partir da perspectiva do Sérgio, penso que ter lhe mostrado a minha vulnerabilidade, deu a ele a oportunidade de ocupar outro lugar, diverso daquele relacionado à posição de alguém que é costumeiramente cuidado. Neste caso, em termos ferenczianos, Sérgio pôde *sentir com*, fato que nos colocou num plano comum, o que o afasta da suspeita de que é um bicho.

Portanto, falar em amizade como política primeira a ser almejada pelo AT, implica pensar as relações estabelecidas neste domínio como permeadas de proximidade e de afeto, companheirismo que despreza os pré-conceitos que atravessam as convenções clínicas, as quais frequentemente arrogam para si a delimitação dos estatutos que orientam normativamente o que pode ou não ser considerado terapêutico. Trata-se, então, de um vínculo que pode se desenvolver de forma mais horizontal – e que disso se beneficia –, sem que, com isso, apague as diferenças que dão contorno à singularidade de cada um.

Araújo (2005) traça considerações em torno do conceito de amizade, situando-o como uma categoria valiosa para pensarmos o campo do AT. O autor

sublinha o fato de que este dispositivo prima por intervenções centradas em uma dinâmica relacional menos hierárquica. Como a clínica se tece quando a neutralidade já não mais arregimenta suas bases?

No acompanhamento terapêutico, qualquer ideal de neutralidade é posto fora da cena. (...) Talvez seja esse um dos motivos pelos quais essa prática, em seus primórdios, ganhou o sugestivo nome de “amigo qualificado”, sugerindo uma certa aproximação entre as partes envolvidas na relação. Para nós o que interessará é o que essa expressão guarda de *amigo*, já que cremos em uma amizade que não pode ter uma qualidade *a priori*, e sim em uma amizade que, a cada encontro, se qualifica pela diferença que engendra em relação a si mesma e ao outro. Ou seja, queremos pensar uma amizade que não seja qualificada e sim qualificante ou geradora de qualidades. (p. 2, grifado no original)

No AT, a amizade é talhada sob o pano de fundo dos contrastes que marcam o embate entre as diferenças. Neste sentido, as intervenções terapêuticas não estão desvinculadas dos desdobramentos políticos que desencadeiam, pois atuam a favor do desmonte das categorias identitárias, as quais acabam por cristalizar cada uma das partes envolvidas em papéis pouco flexíveis.

Nas reflexões de Araújo (2005) há a primazia de um laço social que é estabelecido justo pelo que emerge de dessemelhança no âmbito das relações humanas, ampliando a capacidade de entrarmos em contato com as idiossincrasias que marcam os diferentes processos de subjetivação, podendo-se reconhecer, a partir deste contato, a singularidade que cada ser único possui. Ao caracterizar o AT como um dispositivo terapêutico que favorece uma “amizade que não seja qualificada e sim qualificante ou geradora de qualidades”, o autor está propugnando um vínculo aberto a ser permanentemente transformado de acordo com as experiências que são compartilhadas pelo par acompanhante e sujeito acompanhado.

Trago agora, neste ponto do texto, uma cena vivida no metrô com Diego, a qual ilustra, uma vez mais, a vulnerabilidade como uma categoria que se faz presente também do lado do acompanhante terapêutico. Ei-la:

No caminho de volta à casa de Diego, um homem quis arrumar confusão comigo. Entrou na estação Central do Brasil, junto a uma multidão de pessoas, de forma estranha, vindo parar em cima de nós dois; a fim de proteger Diego, rapidamente coloquei-me à sua frente, segurando firme na barra de apoio e firmando o corpo, como que fazendo uma barreira de contenção ao peso do sujeito, que recaía sobre nós, espremendo-nos ainda mais, no metrô já lotado. Daí em diante, o homem começou a xingar, chamando-me de tudo o que é nome e acusando-me de tê-lo empurrado. Limitei-me a responder, com o máximo de calma, que apenas me

mantive a frente de Diego, fazendo menção a ele com o queixo, na intenção de que o indivíduo se apercebesse de que eu estava acompanhado de um adolescente com visíveis dificuldades motoras. Mas, o sujeito não se conformava com minha explicação e empenhava-se em tentar me intimidar, direcionando a mim um olhar fuzilante e gritando as maiores ofensas e ameaças. Dando-me conta de que, a esta altura, Diego estava com uma expressão de susto e medo, falei-lhe que tudo ficaria bem, ainda que não soubesse até aonde o homem iria com sua fúria agressiva. Por sorte, a confusão se dissipou quando felizmente as outras pessoas à nossa volta começaram a abafar o que ele dizia, dissuadindo-o a parar. A reprimenda coletiva surtiu efeito, demovendo o sujeito da ideia de levar aquilo adiante. Após a saída dele do vagão, percebi que, apesar do susto, Diego agora se mantinha tranquilo; aliás, foi ele quem se dedicou a me acalmar, antes que eu pudesse ensaiar fazê-lo. Penso que ao entrar em contato com este tipo de situação desagradável, Diego fez-se forte o bastante, conseguindo sair dela com recursos para, inclusive, oferecer apoio a mim, que havia sido o alvo de toda aquela agressividade. (Diário clínico, 12/02/14)

No caso ilustrado, vi-me numa situação de risco. Ainda que sem intenção, acabei provocando em Diego uma preocupação com relação a mim, tendo sido assistido por ele, após o desfecho da confusão. Do lugar de cuidador, passei à posição de alguém que se viu diante de um contexto em que estive num lugar de vulnerabilidade.

Assim, ao fincar raízes no domínio coletivo, o AT abre para a possibilidade de que os vínculos sejam estabelecidos em um plano clínico comum, fora das categorias hierárquicas amplamente disseminadas pelos modelos assistenciais tradicionais, cujo enquadre é circunscrito às quatro paredes do *setting* terapêutico. Há, portanto, o convite a um movimento de liberdade, que desobriga os sujeitos a estarem uns em relação aos outros sempre de um mesmo modo, presos a formas pré-determinadas.

Além de Diego, participaram da cena do AT as outras pessoas presentes – os passageiros – que formaram uma rede de solidariedade movida, possivelmente, pelo sentimento de injustiça. A atitude apaziguadora que se contrapunha à atitude violenta, estandardizada nos berros do homem, fez com que emergisse essa rede espontânea de forças. Talvez, se minha reação fosse também violenta, essa investida coletiva poderia tardar mais a aparecer ou surgisse com outros contornos. O fato é que a não confrontação colocou a vulnerabilidade de quem acompanha e é acompanhado em pauta, e convocou à ação os outros presentes.

Importante mencionar que em outros momentos difíceis que vivi pelas ruas da cidade fazendo AT, senti falta de uma intervenção pública mais efetiva. Nestes episódios, apesar de haver a presença de muitos outros sujeitos, não houve uma

intervenção coletiva e meu sentimento foi de desamparo. É o estar na cidade que abre essa possibilidade potente de troca afetiva, ainda que nem sempre a cidade e seus transeuntes estejam disponíveis para essa qualidade de troca.

Palombini (2007) nos fala sobre o fato deste recurso terapêutico atuar a partir da diferença e da distância que existe entre eu e o outro, abrindo para um enriquecimento mútuo dos atores envolvidos. Assim, a função do AT é catalisar as possibilidades de experimentação de si e do outro no contexto social, ensejando novas formas de vida e de modalidades relacionais. A autora enfatiza que é precisamente isso o que faz do AT uma atividade ao mesmo tempo clínica e política:

Nesse sentido, o amigo não é aquele que nos oferece uma adesão incondicional, mas o que nos incita e desafia a nos transformarmos; a amizade, assim, não exclui as contradições e tensões próprias ao encontro de diferenças que se sustentam numa relação agonística, através da qual somos questionados em nossas crenças e ideais. (p. 61)

Francisco Ortega (1999) retoma uma entrevista de Foucault (1981 [2012])²², concedida ao jornal *Gai Pied*. Sublinha, então, o alerta que o autor faz para a necessidade de ampliação do entendimento da sexualidade para além da atividade sexual propriamente dita, o que aponta para o vínculo da amizade. Assim, Foucault fala sobre a relação homossexual, não no sentido sexual ou amoroso – na acepção romântica do termo – e sim como um modo de vida aberto à inventividade de novas formas relacionais ainda não previstas. Foucault refere-se a este modo de vida da seguinte forma:

Esta noção de modo de vida me parece importante. Não seria preciso introduzir uma diversificação outra que não aquela devida às classes sociais, às diferenças de profissão, de níveis culturais, uma diversificação que seria também uma forma de relação e que seria o “modo de vida”? Um modo de vida pode ser partilhado por indivíduos de idade, estatuto e atividades sociais diferentes. Pode dar lugar a relações intensas que não se pareçam com nenhuma daquelas que são institucionalizadas e me parece que um modo de vida pode dar lugar a uma cultura e a uma ética. (Foucault, 1981 [2012], p. 165)

²² Esta entrevista encontra-se publicada no livro *Estratégia Poder-Saber – Ditos e escritos volume IV*, sob o título “Da amizade como modo de vida”. Para saber mais a respeito da maneira como o tema da amizade comparece nas últimas entrevistas de Foucault, ver o livro de Francisco Ortega denominado *Amizade e Estética da Existência em Foucault*.

A amizade é descrita pelo autor como diversificação que é, em si, uma forma de vínculo que transgride as formas tradicionais de relação, notadamente estandardizadas e institucionalizadas, como no caso do matrimônio e dos laços familiares. Amizade que desponta como alternativa ao puro encontro sexual e/ou à pura fusão amorosa das identidades, ou seja, livre das amarras prescritas, aberta, portanto, à multiplicidade e à experimentação.

Foucault entende que a amizade diz respeito à possibilidade de invenção de formas inusitadas de se obter prazer mútuo, com toda a atmosfera que compõe e atravessa essa possibilidade. Com isso, a amizade é pensada como estilística da existência, em que há a abertura para outros usos do prazer que não somente os de ordem estritamente sexual, a partir de novos códigos relacionais os quais remetem a um “estar junto” no domínio público. Palombini (2007) enlaça ao campo do AT esta discussão acerca da amizade, proposta por Foucault:

Podemos transpor a questão ao contexto da relação estabelecida entre acompanhante e acompanhado, cujo contrato é suficientemente aberto para nele fazer caber a variabilidade dos modos, lugares, situações e enredos em que se desenvolve o trabalho: como é possível para acompanhante e acompanhado estarem juntos? Compartilharem seus tempos, refeições, o espaço de uma sala ou quarto? O que é isso de estarem um diante do outro fora do quadro institucionalizado do *setting* terapêutico tradicional? (p. 176, grifado no original)

A amizade aponta para uma comunidade que seja pautada por qualidades de relação impensadas, as quais ensejam renovadas formas de vida, indizíveis porque não catalogadas, tal como anteriormente assinalado por Gondar, ao se referir à comunidade de destino. Em última instância, o que está em jogo é a criação de um “novo direito relacional”, baseado em laços afetivos marcados por uma abertura ao que não é familiar, isto é, aos intercâmbios psicoafetivos e socioculturais.

Deste modo, longe de referir-se a uma perspectiva solipsista – em que as relações são concebidas a partir de identidades fixas, alheias às trocas sociais –, a amizade aponta para a reinvenção de si e do outro com base nos vínculos que podem ser estabelecidos no espaço público. Proposta com caráter de urgência, especialmente em tempos da ditadura individualista, que dispersa os vínculos e mantém as relações em um estado de superficialidade, perpetuando os jogos de alienação e poder.

Dentro desta mesma linha de pensamento, Carlos Eduardo Estellita-Lins, Verônica Oliveira e Maria Fernanda Coutinho (2009), ressaltam que a amplitude do cuidado no campo de atuação do AT, o caracteriza como uma modalidade terapêutica que reabilita o indivíduo na luta pela (re)construção da autonomia, fortalecendo o exercício da cidadania. Nesta forma de contrato social estabelecido entre acompanhante e acompanhado, as diferenças são acolhidas mantendo-se os conflitos, inerentes à vida coletiva.

Vejamos, então, mais de perto o que significa este lugar de cuidado, atribuído ao acompanhante terapêutico:

O dia-a-dia, o contexto familiar, social, o lazer, vistos de dentro da realidade cotidiana vivenciada nos atendimentos sinalizarão os caminhos a serem percorridos, os objetivos a serem traçados e o término do trabalho, constituindo um impulso para a reconstrução de uma autonomia de base e para a plena utilização dos recursos e potenciais disponíveis no cotidiano do paciente. Trata-se de reabilitação enquanto reconstrução da existência. Esta reconstrução solicita rotinas e ritmos. As necessidades psicossociais específicas dos pacientes em reabilitação determinam esta reconstrução, como a capacidade de lidar com problemas cotidianos, desenvolvimento de auto-estima, habilidades sociais, desenvolvimento de autonomia e prática da cidadania. (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2009, p. 207)

De acordo com os autores, o AT é um dispositivo clínico que exige do acompanhante terapêutico uma adaptação às necessidades dos sujeitos, adequando-as às possibilidades disponíveis na realidade sociocultural. Assim, o acompanhante terapêutico ajuda o sujeito acompanhado a saber identificar aonde calibrar os anseios e desejos, reabilitando-o a poder reconstruir seu universo existencial.

Para tanto, é preciso despojar-se ao máximo dos especialismos teórico-clínicos, a fim abrir-se às surpresas que permeiam a dinâmica das relações, marcadas por conflitos. Isso implica, necessariamente, em situar-se num mesmo plano, ainda que se esteja no lugar singular de cuidador.

É dentro deste contexto, que o cuidado no AT exige do acompanhante terapêutico não desconsiderar o outro em sua capacidade de agência e transformação. O sujeito que é cuidado possui desejos e só emerge existencialmente se puder partir deles:

Sob regimes subjetivos polimorfos ou mesmo pré-subjetivos, o cuidar assume suas formas possíveis somente quando a experiência do desejo, da alteridade e a questão

do compartilhamento encontram-se esboçadas ainda que de modo preliminar. O cuidar implica compartilhar experiências individuais e sociais. (...) Assim, constata-se que existe um manejo no cuidar que deve evitar atitudes que manipulem aquele que é cuidado, que “sabem o que fazer com ele”, como se, de antemão, o lugar de quem recebe cuidados fosse pré-ordenado e conhecido por aquele que cuida. (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2009, p. 211)

No AT, o aprendizado e o aperfeiçoamento profissional envolvem muito a sensibilidade e os múltiplos saberes cotidianos que nos acompanham ao longo da vida. Deste modo, podemos caracterizá-lo como um fazer de ofício, desvinculado de um formalismo acadêmico.

Trata-se de um trabalho artesanal e polivalente, o qual arregimenta desde os saberes que compõem o campo clínico – psicologia, psiquiatria e psicanálise –, até os acontecimentos, os mais banais, do dia-a-dia. Isto porque o AT radializa variados campos do conhecimento e da cultura, transversalizando saberes para contemplar, em primeiro plano, o sujeito na sua dimensão humana, feito de carne e osso, inserido, portanto, no espaço-tempo do coletivo mais amplo que o circunda. Em síntese, o compromisso desta modalidade clínica é com a vida, no que ela tem de mais ordinário, comum e humano.

Isso não significa desconsiderar minha formação em psicologia e todos os estudos que realizei ao longo da vida, os quais são, sem dúvida, vitais para a prática que desenvolvo. Significa afirmar que outras forças também habitam meu corpo de acompanhante, tão igualmente revolucionárias quanto às primeiras: o fato de ter uma rede de grandes amigos; o fato de ter sido muito acompanhado por um pai que, mesmo não morando na mesma residência, esteve bastante presente ao me apresentar outros universos possíveis, especialmente, fazendo-me andar a pé pela cidade; o fato de ter em minha história a vivência de cuidar de um bicho de estimação e ser por ele cuidado, travando diálogos mudos em que ambos buscavam decifrar as necessidades um do outro. Enfim, toda uma série de experiências que criaram um campo sensível e que compuseram minha gramática pessoal e profissional.

Portanto, o cuidado desponta no AT como intervenção clínica que requer uma disponibilidade afetiva e amistosa, sem a qual não se estabelece o nível de confiança e entrega necessário ao tratamento. E o estabelecimento desta confiança depende, conforme visto até aqui, de um estar junto com o outro que o considera na sua condição de sujeito, donde a importância não apenas do nosso lugar

enquanto cuidadores, como também do lugar que destinamos ao outro no âmbito relacional.

Neste sentido, Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2009) levantam a questão do desafio que é (re)integrar o sujeito na sociedade, tomando o cuidado para não dissimular os conflitos e as tensões, o que implicaria em uma adaptação que camufla o outro em sua singularidade, consagrando-o uma vez mais à segregação e exclusão. Com isso, é necessário estar atento, para não perpetuar as práticas de normatização, marcadas pelas divisões operadas na sociedade.

Não é por outro motivo, que Saraceno (1996) insiste tanto na importância do Projeto de Reabilitação Psicossocial. Reinsere o sujeito na trama das práticas sociais exige muito mais do que simplesmente operar saídas que visem entretê-lo, forjando um falso pertencimento ao coletivo humano do qual é parte.

Desta forma, é preciso trabalhar no sentido do estabelecimento de pactos que invistam em trocas afetivas e acolhedoras. Somente assim tem-se o exercício pleno da cidadania, no qual o projeto de reabilitação não se afasta do objetivo maior a ser alcançado, que diz respeito à promoção de saúde, entendendo-se saúde como a possibilidade de atualizar a si no mundo.

Para que isso se dê na prática, faz-se necessário evitar as intervenções normativas que põem em ação técnicas de alienação, de piedade ou sujeição. Assim, cuidar não pode ser a imposição de uma diretriz externa ao sujeito, desprovida de sentido e distanciada da vida daquele que está sendo assistido, levando-o a permanecer alijado a uma existência vazia e sem significado. Neste sentido, Araújo (2005) assinala que o fato das relações se desenvolverem no âmbito público, não assegura, por si só, que os vínculos sejam, necessariamente, instituídos à margem das relações de poder, enformadas pelas práticas de exclusão, segregação e controle:

Queremos agora situar a função política do acompanhamento terapêutico na contemporaneidade. Hoje, a crítica à clausura física da loucura parece ganhar uma certa hegemonia e o desmonte das grandes instituições de sequestro se torna quase que inevitável. É claro que ainda existem bolsões onde tal prática é defendida de uma forma talvez um pouco anacrônica e há ainda toda uma luta a se fazer nesse campo para o desmantelamento desses bolsões. Entretanto, se por um lado o desmonte das grandes formas de aprisionamento físico já é uma realidade, por outro, talvez isso apenas revele uma outra forma de clausura, agora mais sutil. O que queremos dizer é que apenas a desospitalização da loucura não garante a ela necessariamente um lugar novo dentro da sociedade. Diríamos que a desospitalização do louco não garante a hospitalidade da loucura. (p.7)

Tal como assinalado pelo autor, a desospitalização não garante uma condição mais digna e humana aos sujeitos considerados loucos. A questão que se coloca então é a de como pensarmos uma política de “estar com” na cidade que contemple modos de relação que gerem um tipo de vínculo aberto aos potenciais de transformação, fora do curto espectro das categorias psiquiátricas, que arbitrariamente distinguem o normal do patológico.

Como, então, pautar as relações não a partir da atribuição de um suposto déficit, gerador de relações hierárquicas, e sim na aposta de dilatação dos circuitos subjetivos, fazendo vácuo nas narrativas dominantes? Portanto, trata-se de pensar em como estar com o outro, sem afastar-se do exercício de considerá-lo como matéria inacabada, em permanente processo de subjetivação.

No entender de Araújo (2005), para que isso ocorra, os espaços de sociabilidade precisam ser apropriados a partir de uma política da amizade, aqui compreendida tanto no sentido do que aproxima quanto separa. Assim, ao investir não apenas no que há de comum, mas também na diferença que existe entre os sujeitos, o autor aposta na dimensão micropolítica que atravessa o dispositivo do AT:

O que queremos dizer é que o estatuto do louco e da loucura parece permanecer intacto. Ele continua sendo o irresponsável, o perigoso etc. Sua circulação nas ruas ainda não é garantida. Sua voz ainda não é escutada. Aí entra a função do acompanhamento terapêutico como uma “política da amizade”, pois se a loucura não se encontra mais entre muros de concreto – apesar deles ainda existirem e lutaremos sempre para que caiam – é a função do acompanhamento terapêutico que poderá levá-la ao contato direto com a sociedade, sempre visando um regime de variação constante em seu estatuto social, assim como da forma que a sociedade entende e lida com a loucura. (p.7)

O acompanhante terapêutico precisa situar no campo relacional a aposta de criação de vínculos afetivos pautados pela amizade, sabendo esquadriñar quais são os espaços abertos e/ou fechados à expressividade do sujeito, ao exercício de seu gesto espontâneo. O trabalho do AT concentra-se, portanto, no estímulo à liberdade, à criação, em suma, à liberdade de invenção, tanto do acompanhante quanto do acompanhado.

Segue a apresentação de uma cena, relacionada ao AT realizado com Jean. Penso que a mesma cumpre a dupla tarefa de dar a ver a importância da dimensão

afetiva no AT, bem como os desafios impostos pela luta em prol da desinstitucionalização da lógica manicomial, atualizada a cada novo encontro da dupla com a multiplicidade de possibilidades promulgada pela cidade. Assim, a abertura aos espaços de sociabilidade aponta para a dimensão político-afetiva que permeia essa prática clínica, dando ensejo à possibilidade de estabelecimento de vínculos forjados fora das relações de controle, alienação e poder:

Jean me recebe com um largo sorriso. Nosso vínculo tem ficado mais estreito ultimamente. Ele parece estar orgulhoso de sua nova dentadura, bem aninhada na boca, revelando os alvos dentes. Com relação a eles, Jean brinca dizendo: “tomara que não se partam”, fazendo menção às vezes em que de algum modo acabou quebrando a própria dentadura. Sentamos no quiosque da praia onde melhor costumamos ser recebidos, pois nele os funcionários não se incomodam com o fato de quase sempre não consumirmos nada. É Jean quem sugere irmos lá, lembrando-me: “vamos naquele ali, bobo, os vendedores são nossos amigos, esqueceu? Lá, eles gostam da gente”. Observo o olhar da polícia sobre nós dois. Fico pensando que talvez ele deflagre a diferença enunciada pelo nosso caminhar, desinvestido de propósito evidente, sem denotar um traçado lógico. No caminho de volta à casa de Jean, fomos interpelados por um policial militar, que veio com a metralhadora em ângulo ligeiramente inclinado para baixo, quase apontada para mim. Então, ele indagou qual é a relação que tenho com Jean, ao que este último respondeu, dedo em riste: “É meu amigo da psicanálise!”. Depois de ter me identificado, apresentando inclusive a minha carteira profissional, o policial explicou que ficou nos observando e achou estranho o fato de no caminho até a praia eu estar andando sempre um pouco atrás do Jean, sem tirar os olhos dele. (Diário clínico, 15/11/2014)

A cena apresentada é emblemática, visto que o policial – profissional responsável pela segurança e pelo controle da ordem pública –, voltou sua atenção para nossa presença, sentados no quiosque da praia. Ademais, a indagação dele não foi o primeiro caso de desentendimento ou curiosidade a respeito do que são um para o outro, o acompanhante terapêutico e o sujeito acompanhado. É comum isso ocorrer no âmbito do AT. Deste modo, o exemplo ilustra a característica que esta modalidade clínica possui, de provocar estranhamento em meio aos ambientes públicos.

Isso fica ilustrado pelo “olhar” do policial: ele se viu ainda sem recursos para significar um tipo de relação diferente das que ordinariamente se observam nos espaços sociais. Naquele contexto, eu ocupava junto a Jean uma posição a meio caminho entre agente provedor de cuidado e amigo (ou talvez um assaltante, quem sabe?), o que deixou o policial um tanto quanto confuso. É precisamente

neste sentido, que o vínculo no AT caracteriza-se por uma qualidade de amizade que o torna a um só tempo clínico e político.

Desta forma, vê-se a partir da apresentação desta cena, o quanto o AT embaralha os limites que separam os profissionais de saúde mental dos indivíduos que sofrem, demandando auxílio e cuidado. Trata-se de um dispositivo que denuncia o quão tênue é a linha que distingue os papéis de cada um.

A horizontalidade do vínculo que é instituído nesta modalidade terapêutica a qualifica como uma clínica implicada, na qual os profissionais não sonham suas personalidades. Pelo contrário, tal como lembra Carrozo (1997), é indispensável que os acompanhantes possam ser o mais eles mesmos possível, oferecendo bem mais do que os seus múltiplos saberes. Neste sentido, o autor caracteriza o AT como uma “clínica da pessoalidade”, na qual os acompanhantes são convocados a partilhar de si na relação com o outro e com os espaços de sociabilidade.

Não cabe, então, operar com quaisquer ideais de neutralidade no âmbito deste dispositivo clínico. Assim, a reflexão desenvolvida por Carrozo (1997) dialoga com a discussão levantada por Ferenczi, que ao positivar a elasticidade da técnica, critica os tradicionais regimes de verdade enunciados pela neutralidade e objetividade.

Ao abdicar de ser um instrumento asséptico, o que faria de si um aparelho inerte desprovido de empatia e afeto, o acompanhante terapêutico cria as condições de possibilidade para que os ambientes coletivos possam ser explorados como espaços de troca intersubjetiva, zona na qual uma atmosfera de confiança pode ser estabelecida. Daí, então, outros horizontes subjetivos podem ser descortinados pelo sujeito.

É preciso entrega, na qual dá-se um bocado de si, e recebe-se em troca o que vem do outro. É a isso que Gregório Baremlitt (1997) faz alusão, ao referir-se à importância da amizade no campo do AT:

Acho que (e como já tenho manifestado nas várias oportunidades em que me foi dado o privilégio de participar das reuniões desses agentes) um dos problemas que faz sofrer os diversos usuários do “poliverso psy” é a deterioração de determinadas imagens (aqui estou usando a palavra imagem no sentido filosófico do termo), da relação “humana”... particularmente... da *amizade*. (...) A amizade, que entendida como essa combinação de solidariedade, respeito e carinho, na qual o empenho pela intensificação criativa da vida do amigo chega aos mais nobres extremos... porque a vida própria não é concebível senão como complemento proporcional da

do outro..., se essa amizade não é impossível, o certo é que tem se tornado cada vez mais infrequente. (p. 180, grifado no original)

A política da amizade no AT depende do acompanhante terapêutico saber conjugar a sua singularidade com a do outro, compondo com a própria subjetividade, em que pese os atravessamentos e os acontecimentos que marcam o seu percurso e história de vida. Assim, somente se implicando genuinamente na relação, é possível dar continente ao sofrimento do outro. A profusão de seu alcance exige, do profissional que exerce a clínica do AT, deixar-se preencher por modos insuspeitos de ser e estar em sociedade, modos ainda não declarados, a serem inventados no jogo das interações.

Disto depende uma abertura a outras formas de vida, afetando-se pelo modo como o outro vive e pensa o mundo. O que implica em cuidar para não impedir o sujeito de enunciar a sua loucura, estigmatizando-o de acordo com os estereótipos reducionistas, veiculados pela psiquiatria tradicional, de base alienista.

É preciso, em suma, que as intervenções dos acompanhantes sejam tributárias de um devir ético-estético que faz dos encontros, acontecimentos prenes de sentidos. O fato de as intervenções se darem no âmbito coletivo situa os atores envolvidos no domínio das não certezas. Por isso a exigência de plasticidade dirigida aos acompanhantes, por isso a necessidade de flexibilizar as intervenções, fazendo da técnica uma experimentação conjunta, obra aberta. Neste sentido, nos chama a atenção Isso Guertman (1997):

Um filme, uma cena, um encontro podem ter o efeito de uma “ruptura de campo”. A vida, se bem vivida, tem o poder de ruptura. É em relação a esse efeito que podemos “legitimar”, num contexto social, nossa prática como um método clínico de intervenção. Resta a questão da transferência. (...) O procedimento do AT. *é por excelência uma manobra transferencial, pois coloca o sujeito num outro lugar em relação à sua subjetividade*, e, nesse sentido, fundamental para o tratamento das psicoses. A ruptura de campo na teorização do acompanhamento terapêutico é podermos nos apropriar do que já está aí, *a potência latente* dos conceitos de que já dispomos, para, quem sabe, até mesmo poder superá-los. (p. 237-238, grifado no original)

Voltamos à questão da transferência, desenvolvida por Ferenczi (1928 [2011]), e levantada por Figueiredo (2008) a partir das reflexões freudianas. Ao romper com a moldura do quadro, que envolvia – e em grande medida ainda envolve – os discursos e práticas assistenciais tradicionais, o AT repousa suas

intervenções com base em relações horizontais, entretecendo uma abordagem afetiva que contempla dois registros numa única proposta: a clínica e o espaço.

Poética dos espaços, o AT opera deslizamentos que fazem dos percursos, topografias renovadas, esgarçando fronteiras no cotidiano coletivo, cujo fundamento é a própria vida, em todas as suas possibilidades. É por isso que afeto é uma palavra síntese neste dispositivo, palavra que denota um campo transferencial no qual ambos são bafejados pelas forças do “fora”, pela intensidade do encontro com o(s) outro(s).

O AT depende desse toque de afetividade que se vale dos arranjos dispostos na cultura, para situar a vida além de qualquer pretensão de regulamento. Clínica ampliada e implicada, clínica do/no cotidiano. Enfim, clínica composta a partir de tudo o que é visto, ouvido e sentido no domínio coletivo.

6 Considerações finais

De uma cidade, não aproveitamos as suas sete ou setenta e sete maravilhas, mas a resposta que dá às nossas perguntas. (As cidades invisíveis, Ítalo Calvino)

No percurso desta tese buscamos analisar a prática clínica do AT, visando investigar as especificidades que compõem este dispositivo terapêutico. Para tanto, nos empenhamos em refletir acerca da relação estabelecida entre acompanhante e sujeito acompanhado, tendo-se o cenário da cidade como pano de fundo.

Para enfrentar os objetivos mencionados, nos valem de uma abordagem interdisciplinar. Deste modo, buscamos passear por reflexões advindas de variados domínios do conhecimento, dialogando com autores da psicologia, psicanálise e psiquiatria, bem como transversalizando suas reflexões com análises históricas, sociológicas e filosóficas.

Retomaremos, agora, as conclusões alcançadas por meio dos capítulos, a título de elencar as principais questões discutidas, bem como assinalar os eventuais desdobramentos para as hipóteses levantadas. Afinal, o que esta pesquisa faz pensar?

No primeiro capítulo, contextualizamos a filiação do AT à Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro, circunscrevendo, com isso, a sua inserção e compromisso com a luta antimanicomial, em prol da desinstitucionalização da lógica asilar. Vimos que, ao despontar como parte integrante do Projeto de Reabilitação Psicossocial, este recurso clínico investe nas trocas socioculturais.

Deste modo, o AT transversaliza as linhas que compõem a rede de assistência à saúde mental, atuando como agente responsável por mantê-las atreladas ao plano coletivo, evitando ao máximo que sejam engessadas em práticas de segregação e exclusão. Assim, opera uma desestabilização nas tradicionais categorias dicotômicas que insistem em contrapor saúde e doença, dentro e fora, sujeito e objeto.

Vimos no capítulo seguinte que o AT se vale da rua e dos demais espaços públicos como *lócus* privilegiado de suas intervenções, o que o configura como um dispositivo clínico-político. A aposta do AT reside nos espaços de vitalidade

que compõem a cidade, nos quais o acaso dá o tom. Trata-se, com isso, do uso criativo dos ambientes sociais, explorando as possibilidades abertas pelo jogo imprevisível das relações humanas.

Tomar a cidade como matéria de suas intervenções e cenário de suas investidas, faz com que não seja possível erigir um único sistema de conceituação para abarcar este dispositivo. Isso ocorre porque, em suas andanças, acompanhante e sujeito acompanhado lidam o tempo todo com os desafios impostos por uma série de contingências, contradizendo a possibilidade de uma pretensa formalização desta prática, sob o regime de saberes e fazeres previamente determinados.

No terceiro capítulo, nos dedicamos à investigação acerca da atmosfera relacional que se estabelece entre o par acompanhante e acompanhado. Partimos da hipótese de que se trata de um vínculo, em grande medida, distinto daquele que permeia os consultórios e clínicas de atendimento, promovendo outra qualidade de relação.

Nossas reflexões neste domínio apontaram para a dimensão da intersubjetividade como sendo indispensável para o campo do AT, exigindo um manejo clínico que aposta na relação que pode ser estabelecida no *espaço potencial* de criação conjunta. Assim, o vínculo neste dispositivo é desenvolvido no âmbito da realidade compartilhada, o que nos levou à compreensão de que a amizade desponta como uma categoria conceitual fundamental para o AT.

Finalizamos a tese delineando, no último capítulo, os desdobramentos clínicos deste ofício marcado por um tipo específico de amizade. Trata-se de um campo transferencial menos hierárquico, uma vez que tanto acompanhante quanto acompanhado se veem vulneráveis e abertos às forças do “fora”, o que os situa em um plano clínico comum.

A atmosfera afetiva, neste caso, é marcada pelo estabelecimento de vínculos mais horizontais, entendendo-se este como sendo o fator diferencial que caracteriza o AT. Concluiu-se, com isso, que este dispositivo terapêutico concentra suas intervenções a partir de uma abordagem que enlaça a clínica ao espaço público, atuando por meio de uma micropolítica cotidiana.

Mas, resta ainda a questão: até que ponto os indivíduos considerados loucos e/ou desviantes da norma encontram brechas nas práticas de dominação e exclusão, podendo exercer as suas formas autênticas de ser e estar na sociedade?

Existe mesmo espaço para eles, em um mundo marcado pelo individualismo, pelo preconceito e pela intolerância à diferença?

Neste contexto, ressaltamos o fato de que nem sempre os ambientes públicos favorecem o trabalho do AT. Tal como visto, o viver na cidade impõe enormes desafios à dupla acompanhante terapêutico e sujeito acompanhado, colocando-os frente a situações extremamente difíceis, com destaque para as violências cotidianas que assolam, sobremaneira, as grandes cidades.

A este respeito, vale fazer uma breve interpolação nas questões levantadas até aqui, para assinalar que os habitantes da cidade do Rio de Janeiro viveram dois momentos distintos, no decorrer dos quatro anos em que esta tese foi desenvolvida. Quando ingressei no curso de Doutorado, no início de 2013, o clima disseminado era de euforia, tanto pela realização da Jornada Mundial da Juventude, naquele mesmo ano, quanto pela proximidade dos megaeventos esportivos – Copa do Mundo de Futebol em 2014 e Olimpíadas em 2016.

As Unidades de Polícia Pacificadora – UPPs – àquela altura já haviam sido implementadas, oferecendo certa impressão de segurança, em especial nas áreas consideradas mais nobres, notadamente o caso da Zona Sul. Não obstante, em Junho de 2013, o aparente estado de ordem e paz foi interrompido pelas manifestações populares, que se insurgiram, a nível nacional, contra o aumento na tarifa dos transportes, ainda que saibamos que os motivos para o descontentamento eram, e continuam sendo, outros, relacionados a inúmeros fatores.

Desde então a cidade deu uma cambalhota. A título de exemplo, podemos citar o recrudescimento da guerra pelo controle do tráfico de drogas e armas, como sendo um fator que aumentou os índices de violência, revelando a fragilidade do projeto das UPPs. Além disso, passamos a presenciar um cenário de caos nas ruas e avenidas, em função da intensificação dos engarrafamentos de automóveis, diante das inúmeras obras, espalhadas cidade afora. Isso para ficarmos apenas nestes dois exemplos.

As intensas mudanças ocorridas na cidade, brevemente mencionadas, só fazem reforçar a hipótese de que a crise atual não é apenas de ordem político-econômica, mas, sobretudo, social e afetiva. Isso porque, a despeito das manifestações populares que vimos presenciando desde então e que apostaram nas ocupações coletivas da rua, verifica-se a tendência – por parte dos centros de

comando e poder – à disseminação de um contexto de medo, individualismo, privatização e desvitalização dos ambientes públicos.

Nesta conjuntura, princípios básicos relacionados à garantia dos direitos humanos são ameaçados pelo fundamentalismo de livre mercado, o qual faz avançar, vertiginosamente, o processo de privatização dos bens públicos, gerando um estado de isolamento e indiferença. Assim, desenvolve-se um cenário de progressiva perda de direitos, atingindo, em especial, os indivíduos que possuem baixo poder de contratualidade na trama das trocas político-econômicas.

Este ambiente, de desidratação dos laços sociais e comunitários, reforça ainda mais a tese acerca da importância do (re)estabelecimento de pactos coletivos voltados para o resgate dos valores éticos e políticos. Assim, é urgente refletirmos, em conjunto, sobre o tipo de cidade que queremos habitar.

Fiz esta digressão, a fim de pontuar que vivi estes dois cenários distintos no decorrer da escrita da tese. Este contexto atravessou, portanto, os modos de apropriação da cidade empreendidos durante os acompanhamentos realizados. Em minha prática ao longo destes anos – cuja opção do ir e vir se dava quase sempre pelo uso de transporte público –, tive que dialogar com as mudanças que foram ocorrendo. Isto é, deixei de frequentar algumas ruas e bairros, fiz alterações em alguns horários de AT ou mesmo re programei algumas atividades, seja por conta da intensidade do trânsito ou movido pela insegurança frente à violência. Por conta disso, algumas propostas menos públicas foram se tornando tentadoras, como utilizar táxis ou trocar um show na praia por uma visita ao *shopping*, opções as quais busquei bravamente resistir.

À luz das questões debatidas e reunidas neste trabalho, fica claro que não há caminho sem que se invista nos contratos relacionais baseados em vínculos afetivos marcados pelo compartilhamento e intercâmbio de experiências, domínio em que o outro deixa de ser colocado no lugar de *outsider*, doente, incapaz e/ou perigoso. Somente o encontro com o diferente, ou melhor, com a diferença que o outro enuncia, nos habilita ao reconhecimento mútuo, podendo valorizar o singular que habita cada um.

No que concerne aos limites do presente trabalho, cumpre esclarecer um importante aspecto metodológico, o qual permeou a tese: fiz a opção por abordar o campo do AT, arregimentando diversos discursos interdisciplinares que sustentam a discussão teórica sobre o tema. A escolha pelo diálogo entre

diferentes domínios, inevitavelmente reduziu o alcance do trabalho no que concerne ao amplo e complexo campo da assistência à saúde mental, o que exigiria um mergulho mais profundo nos meandros que marcam os desafios enfrentados pelo movimento da luta antimanicomial.

A presente tese partiu ainda de minha própria atividade como acompanhante terapêutico particular, sendo, portanto, em grande medida, enformada por este lugar específico de enunciação. Com isso, apesar de ser um trabalho de cunho teórico, traz consigo as limitações de ter sido realizado por alguém que desenvolve as questões a partir da própria prática, desconhecendo algo mais do dia-a-dia do serviço público.

Ainda relacionado à questão assinalada acima, a produção desta tese abriu frestas interessantes que indicam a necessidade da produção de outros estudos futuros. Neste sentido, entendo como um caminho promissor a produção de investigações que possam cartografar as práticas cotidianas de acompanhantes terapêuticos que trabalham no âmbito do SUS.

Outro caminho que vislumbro como interessante seria investigar práticas que são pautadas pelo avesso do registro psiquiátrico tradicional. Isto é, que se distanciam de relações estabelecidas a partir de categorias nosológicas que distinguem o normal do patológico. Em outras palavras, práticas que ensejam outros modos de estar com a loucura, os quais transcendem inclusive a prática do AT. Nos últimos anos, elas têm ganhado algum espaço, insinuando-se como uma interessante estratégia de inserção psicossocial de pessoas consideradas acometidas por intenso sofrimento psíquico. Trata-se, por exemplo, de festas que ocorrem em algumas residências terapêuticas autogeridas, abertas a quem quiser chegar, nas quais as pessoas compartilham momentos de troca, situando-se todos num mesmo plano de convivência, sem hierarquias entre os profissionais do cuidado e os ditos “pacientes”, implodindo, assim, as distinções estigmatizantes.

Por fim, desejo que este trabalho faça mover, assim como fui movido. Que incite a um estado de permanente questionamento, proporcionando deslocamentos: das certezas postas, das formas de flunar pela cidade, dos modos de percepção acerca da loucura. Em suma, que seja um apelo dirigido à necessidade de ser e existir a partir da autonomia e da liberdade.

7

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. Revisitando os Paradigmas do Saber Psiquiátrico: Tecendo o Percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica. In: _____. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

ARAÚJO, F. **Um passeio *esquizo* pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos clínicos à política da amizade**. Niterói/RJ: 2007.

_____. Do amigo qualificado à política da amizade. **Estilos da clínica**, v.10, n.19, p.1-11. 2005.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. Data do trabalho original não encontrada.

BALINT, M. Introdução. In: FERENCZI, S. **Psicanálise IV / Sándor Ferenczi - Obras completas**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Trabalho original publicado em 1967.

BAREMBLITT, G. Amigos qualificados... ou acompanhantes terapêuticos? In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A CASA (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997.

BARRETTO, K. **Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. São Paulo: Unimarco Editora, 2000.

BASAGLIA, F. O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Trabalho original publicado em 1977.

_____. A utopia da realidade. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Trabalho original publicado em 1974.

_____. A maioria desviante. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Trabalho original publicado em 1971.

_____. As instituições da violência. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Trabalho original publicado em 1968.

_____. Um problema de psiquiatria institucional: A exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Trabalho original publicado em 1966.

_____. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: Mortificação e liberdade do 'espaço fechado'. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Trabalho original publicado em 1964.

BAUMAN, Z. **Confiança e medo na cidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BENJAMIN, W. **Magia e Técnica, Arte e Política**. Obras Escolhidas I. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. O Flâneur. In: **Charles Baudelaire um lírico no auge do capitalismo**. Obras escolhidas III. São Paulo: Brasiliense, 1989. Data do trabalho original não encontrada.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARROZZO, N. Apresentação. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A CASA (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997.

CASTEL, R. **A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: 1. artes de fazer**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994. Trabalho original publicado em 1980.

CHAUÍ-BERLINCK, L. **Novos andarilhos do bem: caminhos do Acompanhamento Terapêutico**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

CHOAY, F. A História e o Método em Urbanismo. In: BRESCIANI, S. (Org.). **Imagens da Cidade: Séculos XIX e XX**. São Paulo: Editora Marco Zero, 1994.

COOPER, D. et. al. **Psiquiatria e Antipsiquiatria em Debate**. Porto/PT: Afrontamento, 1977.

DESCARTES, R. **Meditações Metafísicas**. São Paulo: Nova Cultura, 1996. Trabalho original publicado em 1641.

DESPRET, V. Leitura etnopsicológica do segredo. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.23, n.1, p. 5-28. 2011.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.205-215. 2009.

FERENCZI, S. Elasticidade da técnica psicanalítica. In: **Psicanálise IV** / Sándor Ferenczi - Obras completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Trabalho original publicado em 1928.

_____. Princípio de relaxamento e neocatarse. In: **Psicanálise IV** / Sándor Ferenczi - Obras completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Trabalho original publicado em 1930.

_____. Análise de crianças com adultos. In: **Psicanálise IV** / Sándor Ferenczi - Obras completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011. Trabalho original publicado em 1931.

FIGUEIREDO, L. C. Presença, implicação e reserva. In: FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JÚNIOR, N. (Orgs.). **Ética e técnica em psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2008.

FOUCAULT, M. Da amizade como modo de vida. In: MOTTA, M. B. da. (Org.). **Estratégia Poder-Saber** / Michel Foucault. Ditos & Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. Trabalho original publicado em 1981.

_____. A Loucura e a Sociedade. In: MOTTA, M. B. da. (Org.). **Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise** / Michel Foucault. Ditos & Escritos I. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. Trabalho original publicado em 1994.

_____. **História da loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2013. Trabalho original publicado em 1961.

FRAYSE-PEREIRA, J. Por uma poética do acompanhamento terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A CASA. **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997.

GAGNEBIN, J. M. O Camponês de Paris: uma topografia espiritual. In: _____. **Sete aulas sobre linguagem, memória e história**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

GONÇALVES, L.; BENEVIDES DE BARROS, R. Função de publicização do Acompanhamento Terapêutico: a produção do comum na clínica. **Psicologia & Sociedade**, v.25, n.spe.2, p. 108-116. 2013.

GONDAR, J. Ferenczi como pensador político. **Cadernos de Psicanálise – CPRJ**, v.34, n.27, p.193-210. 2012.

GUERTMAN, I. A teorização no acompanhamento terapêutico: impasse ou ruptura? In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A CASA (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997.

HARVEY, D. **Cidades rebeldes**: do direito à cidade à revolução urbana. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

KOVADLOFF, S. Prólogo. In: KURAS DE MAUER, S.; RESNIZKY, S. (Orgs.). **Territórios do acompanhamento terapêutico**. Buenos Aires: Letra Viva, 2009.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1967.

LEFEBVRE, H. **O direito à cidade**. São Paulo: Centauro, 2008. Trabalho original publicado em 1968.

KURAS DE MAUER, S.; RESNIZKY, S. **Territórios do acompanhamento terapêutico**. Buenos Aires: Letra Viva, 2009.

MEDEIROS, E. **Sándor Ferenczi**: entre os limites da clínica e as experimentações técnicas. 2015. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MOREIRA, J. Matrizes históricas do Acompanhamento Terapêutico: raízes e conceituação. **Pulsional**: Revista de Psicanálise, ano XVI, n. 173, p. 48-59. 2003.

ORTEGA, F. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda., 1999.

PALOMBINI, A. Utópicas cidades de nossas andanças: *flânerie* e amizade no acompanhamento terapêutico. **Fractal**: Revista de Psicologia, v.21, n.2, p. 295-318. 2009.

_____. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto**: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. 2007. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PECHMAN, R. Os Excluídos da Rua: Ordem Urbana e Cultura Popular. In: BRESCIANI, S. (Org.). **Imagens da Cidade**: Séculos XIX e XX. São Paulo: Editora Marco Zero, 1994.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. Amizade e ética do cuidado em psicanálise. **Revista Psicologia USP**, v.24, n.2, p. 333-337. 2013.

PHILLIPS, A. **Winnicott**. Aparecida/SP: Ideias & Letras, 2006.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: _____. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PRADO DE OIVEIRA, L. R. **O sentido da amizade em Ferenczi**: uma contribuição à clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Uapê, 2012.

REIS NETO, R. **Acompanhamento Terapêutico**: emergência e trajetória histórica de uma prática em Saúde Mental no Rio de Janeiro. 1995. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

RIBEIRO, A. A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v.14, n.1, p. 77-83. 2009.

ROLNIK, R. **O que é cidade?** São Paulo: Brasiliense, 1994.

ROLNIK, S. Clínica nômade. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A CASA (Orgs.). **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997.

ROTELLI, F. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

ROUANET, S. É a cidade que habita os homens ou são eles que moram nela? **Revista USP**: Dossiê Walter Benjamin, n.15, p. 49-75. 1992.

SAFRA, G. *Placement*: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. **Psychê**: v.10, n.18, p. 13-20. 2006.

_____. Prefácio. In: BARRETTO, K. **Ética e técnica no Acompanhamento Terapêutico**: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco Editora, 2000.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SENNETT, R. **Carne e pedra**: o corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: BestBolso, 2008.

_____. **O declínio do homem público**: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SERENO, D. **Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos**: uma clínica na cidade. 1996. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O. G. **O fenômeno urbano**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973. Trabalho original publicado em 1902.

SERPA, O & VELOZO, R. Acompanhante Terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**: ano IX, n.2, p. 318-338. 2006.

VENTURINI, E. Prefácio. In: AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Trabalho original publicado em 1956.

_____. Formas clínicas da transferência. In: **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Trabalho original publicado em 1955.

_____. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Trabalho original publicado em 1954.

_____. Psicoses e cuidados maternos. In: **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Trabalho original publicado em 1952.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Trabalho original publicado em 1951.

_____. A mente e sua relação com o psicossoma. In: **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Trabalho original publicado em 1949.

_____. Desenvolvimento emocional primitivo. In: **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Trabalho original publicado em 1945.

_____. A observação de bebês numa situação padronizada. In: **Da pediatria à psicanálise**. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Trabalho original publicado em 1941.

_____. A tendência anti-social. In: **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1995. Trabalho original publicado em 1956.

_____. Alojamentos para crianças em tempo de guerra e de paz. In: **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1995. Trabalho original publicado em 1948.

_____. Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In: **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1995. Trabalho original publicado em 1947.

_____. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. Trabalho original publicado em 1963.

_____. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. Trabalho original publicado em 1962.

_____. Contratransferência. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. Trabalho original publicado em 1960.

_____. A capacidade para estar só. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. Trabalho original publicado em 1958.

_____. O brincar: uma exposição teórica. In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Trabalho original publicado em 1971a.

_____. A criatividade e suas origens. In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Trabalho original publicado em 1971b.

_____. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Trabalho original publicado em 1967a.

_____. A localização da experiência cultural. In: **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Trabalho original publicado em 1967b.

WIRTH, L. O Urbanismo como modo de vida. In: VELHO, O. G. (Org.). **O fenômeno urbano**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973. Trabalho original publicado em 1938.