

A PRÁTICA PSICOLÓGICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO SOB A PERSPECTIVA DE UMA ARTICULAÇÃO ÉTICA

Eduardo Pelliccioli¹

Resumo

Este artigo discute de que forma podemos entender o que são práticas psicológicas e o Acompanhamento Terapêutico a partir de uma conjunto enunciados conceituais que organizam e determinam estas práticas. A perspectiva ética é tomada como uma consequência importante nas formas de se pensar e praticar o Acompanhamento Terapêutico e é problematizada no que se refere ao processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Palavras-chave: Práticas psicológicas; acompanhamento terapêutico; ética.

Abstract

This article discuss what is psychological practices and therapeutic accompaniment. The ethical view is taken as an important way to think and practice the therapeutic accompaniment, linking it with the Psychiatric Reform process in Brazil.

Key-words: Psychological practices; therapeutic accompaniment; ethic.

INTRODUÇÃO

Não quero relativizar nada, quero sim desnaturalizar!

Cecília Coimbra

*Se não podemos assimilar o cérebro a uma máquina,
e se não podemos explicar o pensamento sem fazer
referência a uma subjetividade consciente, é também
impossível, no dizer de Canguilhem, reduzir o
funcionamento mental a uma atividade química.*

Elisabeth Roudinesco

¹ Psicólogo, Especialista em Teoria Psicanalítica, Mestre em Psicologia pela PUCRS e Docente da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI.

Na tese de doutoramento de Cecília Coimbra, intitulada “Gerentes da Ordem: algumas práticas ‘psi’ nos anos 70 no Brasil” (COIMBRA, 1992), é realizado um extenso trabalho de contextualização daquilo que ela denomina “práticas ‘psi’” e das subjetividades dominantes no Brasil das décadas de 60 a 80. As principais transformações sociais, políticas, econômicas e culturais são analisadas e debatidas tendo como pano de fundo a família de classe média brasileira, a grande consumidora de tais práticas e alvo principal de uma série de normatizações de cunho “científico”, legitimadas pela Medicina Psiquiátrica, pela Psicanálise e pela Psicologia.

Um dos pontos centrais de seu texto, e que nos interessa aqui sobremaneira, está no questionamento da perspectiva essencialista que toma conta, de alguma forma, da Psicologia e de seu fazer ainda hoje:

Tais discursos que se afirmam “científicos” e “neutros” produzem na família e na sociedade em geral, “verdades” dotadas de efeitos poderosíssimos. Essas múltiplas falas dos especialistas “competentes” geram o sentimento individual e coletivo de incompetência, poderosa arma de dominação. Portanto, no chamado “discurso da competência” os técnicos especialistas aparecem como os que entendem do assunto, possuem o saber, verdadeiros iluminados, detentores do conhecimento “científico”, “rigoroso”, objetivo” e “neutro”. (COIMBRA, 1992, p.76)

Em um contexto político em que predominava a cena da opressão e da repressão instauradas por uma ditadura militar, onde o trabalhador de classe média buscava seu quinhão do milagre brasileiro através da ascensão social, da aquisição da tão propagandeada casa própria e de um consumismo incentivado, emerge uma prática psicológica determinada. Esta indicava a centralidade da família na célula social e engendrava um estranho deslocamento: a transmutação de categorias de pensamento e ações políticas em categorias de pensamento e ações psicológicas. Não era de se estranhar, pois, que neste conjunto de fatos e situações históricas, ocorresse uma espécie de esvaziamento político (no sentido partidário e no da atuação do próprio cidadão em relação a pólis) paralelamente ao crescimento de uma psicologização da vida cotidiana e social. Psicologização esta legitimada enquanto “científica” e porta-voz oficial dos saberes sobre o comportamento e inter-relacionamentos humanos.

Irônico pensar que logo a Psicologia tomasse - e ainda o tome - para si este papel regulador e de controle dos afetos e das posturas, das intimidades e das sexualidades, das fantasias e dos prazeres... ela que, conforme pudemos ver anteriormente, não pôde afirmar categoricamente sequer seu lugar de origem claramente e tampouco elencar com precisão e de maneira indubitável - sem criar celeumas - suas matrizes. Pois é ela mesma que ocupará a frente deste processo coadunador de outros que produziram e produzem subjetividades hegemônicas e centralizadas.

No rastro desta Psicologia vem o Acompanhamento Terapêutico (AT): influenciado pela nova ciência que se instaurava no Brasil, ele adota seus ditames, seus princípios e suas normas como parâmetro para suas intervenções. O AT seguirá por muitos anos (até os dias de hoje) a idéia de que as patologias são, acima de tudo, originadas no sujeito, e no seu interior, e tem a ver com os problemas deste sujeito com suas relações objetais, recalçando instâncias fundamentais e constitutivas de todos nós, como a política, a ética e a condição sócio-histórica. O Acompanhamento Terapêutico, voluntariamente, procura por apadrinhamentos que validem sua prática. Uma destas personagens será a Psicologia. E é por isto mesmo que devemos colocá-la na berlinda: ela deve ser discutida, questionada e pôr-se, também, no lugar de um campo de atuação política e que, por isso mesmo, não pode privar-se do debate franco. Caso contrário, poderá vir a ser somente mais uma ferramenta de controle social e psicológico a serviço de quem habilmente a colocar neste lugar.

É neste cenário, nos anos 70/80 que surge no Brasil a figura do acompanhante terapêutico (at). Segundo Ibrahim (1991), o antigo auxiliar psiquiátrico da década de 60 e início da 70, e que mais tarde passou a denominar-se de acompanhante terapêutico, teve de repensar sua função dentro das instituições psiquiátricas e fora delas (com o passar dos anos), já que seu campo de atuação ampliou-se notavelmente. Até então, este auxiliar desempenhava tão somente um papel de auxiliar mesmo, de psiquiatras e/ou psicólogos responsáveis pelos atendimentos. Questões relativas ao diagnóstico, perspectivas clínicas, intervenções terapêuticas baseadas em técnicas e teorias psicológicas estavam fora de sua competência.

Afirma Coimbra (1992) que o familiarismo, nesta época, surgia como um artefato de controle social: elevou-se a importância da instituição “Família” para a manutenção de uma pretensa sociedade adequada às boas normas de convivência e saudável, lugar em que

a disciplina e o controle vigilante sobre os atos e afetos eram vigentes. Os problemas e os desvios pessoais ou comportamentais, nos ensina a autora, tinham suas “origens” sempre relacionadas à esfera íntima e intrafamiliar. Não raramente as ameaças desviantes eram vividas como sendo oriundas das deficiências psicológicas e morais dos filhos (COIMBRA, p. 67). O esvaziamento político - sobretudo o partidário - das relações era uma máxima.

Cena 1: acompanhantes terapêuticos ganham as ruas e levam seus pacientes para lá circular. Isto acontece na Argentina e logo chega ao Brasil. Tiram-nos dos manicômios e - quem sabe, em um arroubo romântico - acreditam protestar contra a segregação em relação à loucura e às práticas manicomiais. Recaem sobre si reações de estranhamento e reprovação de transeuntes; os olhares ferem e machucam.

Cena 2: jovens brasileiros saem para as ruas também, só que para confrontar a ditadura militar. Recaem sobre si reações de estranhamento e reprovação dos guardiões militares de uma ordem civil; os olhares, agora transformados em violentos confrontos, ferem e machucam os corpos, tiram vidas.

A Reforma Psiquiátrica perceberia, ao contrário do que ainda afirmam seus críticos ingênuos, que sua luta se travaria bem longe dos grandes manicômios: seria nos bares, nas mesas comportadas dos almoços familiares de domingo, nas classes dos colégios, nas turmas das faculdades, nas reuniões pastorais, nas urnas (quando estas existissem) e junto aos trabalhadores. As Práticas Psicológicas, através da Medicina e da Psicologia, corroboraram uma espécie de enclausuramento moral da família sobre si mesma: o privado torna-se sinônimo de interioridade encerrada e secreta, obscura, quase obscena. A importância dos “sentimentos internos” e os comportamentos são transformados, pouco a pouco, em categorias psicológicas que passam a legitimar análises, interpretações, intervenções, proibições e ortopedias sentimentais. O sujeito psicológico, interiorizado nas suas reflexões e minimizado nas suas possibilidades, configura-se como um novo parâmetro para todas as coisas. Dá-se especial importância aos estudos sobre a personalidade, o caráter, sobre o psiquismo, que quase sempre aparecia no lado interno da linha divisória entre o dentro e o fora. É como se agora, estivesse decretada a demarcação “clara e absolutamente visível” entre o intra e o extrapsíquico, entre o público e o privado e, por que não, entre o bem e o mal.

As Práticas Psicológicas, e tenho a triste certeza de que o AT também integrou estas colunas, habilitaram um conjunto de conhecimentos que serviram para uma ação reguladora e de ajustamento das almas. Alguns exemplos? O controle a natalidade, as liberdades e as constrictões dos costumes sexuais, as deliberações e as proibições sobre as normas da vida conjugal (o divórcio, o desquite, a separação), as atenções especiais às “crianças desadaptadas”, as naturalizações recrudescidas sobre a doença mental e tantos outros.

E os acompanhantes terapêuticos, o que pensavam? Reproduzo abaixo trechos do livro das argentinas Susana Mauer e Silvia Resnizky que, em 1971, quando ainda eram estudantes de Psicologia em seu país, trabalharam com o Dr. Eduardo Kalina, a quem se confere o mérito e o esforço pessoal pelo batismo do nome “acompanhamento terapêutico” (MAUER e RESNIZKY, 1987, p. 40-44)²:

Funções do acompanhante terapêutico:

- 1. **Conter o paciente** – a contenção é a primeira e fundamental função do acompanhante terapêutico, qualquer que seja o processo em que se acham os pacientes. Deve oferecer-se como suporte tal qual um “agasalho humano”...*
- 2. **Oferecer-se como modelo de identificação** – o acompanhante terapêutico, ao trabalhar em um nível dramático-vivencial, não interpretativo, mostra ao paciente, in situ, modos diferentes de atuar e reagir frente às vicissitudes da vida cotidiana. Primeiramente, porque rompe com os modelos estereotipados que o levaram á enfermidade. Em segundo lugar, porque ajuda o paciente a aprender, a esperar e a postergar. E, finalmente, porque lhe oferece a possibilidade de adquirir, por identificação, mecanismos de defesa mais adaptáveis.*

² É necessário fazer uma nota de esclarecimento. É verdade que a equipe do Dr. Eduardo Kalina foi, a sua maneira, pioneira no trabalho com pacientes psicóticos utilizando-se do recurso do AT. Este nasce no seio de sua equipe multidisciplinar denominada Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple en Psiquiatria – CETAMP e produz, no contexto de sua época, um trabalho respeitável e digno. Não se trata aqui de analisarmos diretamente o seu trabalho e sua equipe, senão de poder entender o porquê de algumas de suas práticas e suas vicissitudes. O livro de onde extraio os trechos citados foi o primeiro sobre AT em todo o mundo e o primeiro a ser publicado no Brasil. Também foi o primeiro que li e tenho-o na conta de um trabalho sério de duas acompanhantes terapêuticas que marcaram a história do AT na América do Sul. Contudo, nem mesmo elas escaparam das armadilhas de seu tempo.

3. **Emprestar o “ego”** – o acompanhante terapêutico se empresta como se fosse um “motor com combustível” capaz de planificar e decidir pelo paciente naquelas situações onde este ainda não é capaz de agir por si mesmo. Serve-lhe de “Ego” auxiliar, assumindo funções que o Ego do paciente, por estar comprometido e debilitado pela enfermidade, não pode desempenhar naquele momento...
4. **Perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente** – na fase de diagnóstico, o acompanhante terapêutico tratará de perceber as capacidades manifestas e latentes do paciente para poder realizar uma seleção e hierarquização delas. No curso do processo terapêutico, estimulará o desenvolvimento das áreas mais organizadas de sua personalidade neurótica em detrimento de seus aspectos mais desajustados... (...) ao propor tarefas de acordo com interesse do paciente, estará ajudando-o a reencontrar-se com a realidade, com o mundo dos objetos...
5. **Informar sobre o mundo objetivo do paciente** – ao estabelecer um contato cotidiano com o paciente, o acompanhante terapêutico disporá de informação fidedigna sobre seu comportamento na rua, os vínculos que mantém com os membros de sua família, o tipo de pessoa com que prefere relacionar-se, as emoções que o dominam. Registrará, também, condutas que chamam a atenção na vida cotidiana em relação à alimentação, ao sono, à higiene pessoal.
6. **Representar o terapeuta** – (...) se produz uma ampliação da ação do terapeuta, o que equivale a dizer que essa ação não se restringe ao “aqui e agora” da sessão. Algumas vezes, o acompanhante terapêutico terá que ajudar o paciente a metabolizar interpretações efetuadas pelo terapeuta e, inclusive, deverá refazê-las...
7. **Atuar como agente socializador** – o paciente severamente perturbado sofre de uma importante desconexão do mundo que o rodeia. (...) o at terá por função atenuar essa distância, facilitando-lhe o reencontro, de forma paulatina e dosada, com o todo perdido...
8. **Servir como catalisador das relações familiares** – o at pode contribuir, ademais, para descomprimir e facilitar as relações do paciente com a família...

Na condição de acompanhante terapêutico que fui, sempre achei que conter um paciente era uma das ações mais violentas que se poderia realizar. E a fiz um sem número de vezes. Fui violento, dominador, agressivo e inflexível; não nego meus atos (ou seriam “minhas passagens ao ato”?), ao contrário, exponho-os. Mas isto não os justifica, por certo que não. Também não devo escamotear o fato de que foi assim que aprendi a fazer Acompanhamento Terapêutico, e assim o fiz. Quantas vezes me coloquei na ridícula cena de querer ser um “*agasalho humano*” (!) para meus pacientes!

Quantas e quantas vezes ouvi de experientes profissionais que eu deveria ser um modelo de identificação para meus acompanhados. Logo eu, violento, inflexível, agressivo e dominador. Acho que não gostaria que meus pacientes aprendessem que *esperar e postergar* são normas do bom comportamento a serem seguidas e copiadas. Suas vidas tem sido - e já assisti a algumas duras cenas nestes dez anos de AT - uma longa, penosa e morosa espera: espera pela hora da consulta, espera pela hora do remédio, espera pela hora da refeição, espera... gostaria de acreditar que o Acompanhamento Terapêutico pudesse potencializar o que há da urgência de viver em cada paciente; gostaria de acreditar que o Acompanhamento Terapêutico pudesse fazer com que cada usuário tivesse alguma liberdade para escolher – e haver-se com isto – seus próprios modelos de identificação.

Um de meus maiores medos quando fazia AT não era o de ser brutalizado por algum sujeito em surto ou de que algum deles fugisse rua a fora, mas era o de *emprestar o meu Ego*. Logo o meu! Por quê? Justo o meu próprio Ego, cheio de imperfeições e curvas morais reprováveis e indecentes, mas que ainda assim era o único que eu tinha! Servir de “*motor com combustível*” capaz de *planificar e decidir pelo paciente naquelas situações onde este não é capaz de agir por si mesmo* soa tão arbitrário e improvável que até o meu Ego - que já sabemos possuir conteúdos reprováveis e indecentes - não suportaria realizar. “*Motor com combustível*” que *planifica*, para mim, é patrola.

Que estranhos sentimentos promoveriam tais intenções: *perceber as capacidades manifestas e latentes do paciente para poder realizar uma seleção e hierarquização delas*. Como eu poderia fazer tal hierarquização. É bem verdade que um psicólogo comportamental talvez me respondesse, mas eu não estou interessado em comportamentos!

Sequer acredito que possa fazer alguém *reencontrar-se com a realidade e com o mundo dos objetos*. É disso que se trata em um AT?! Minha proposta é que não.

Dispondo de *informação fidedigna* sobre o comportamento do paciente na rua, sobre os *vínculos que mantém com os membros de sua família, o tipo de pessoa com que prefere relacionar-se, as emoções que o dominam*, configura-se como um modelo de controle rígido que parece ter suas origens em manuais dos serviços militares. E que estranha familiaridade destas intenções com aqueles tempos, não?

Operar na condição de alguém que deve *ajudar o paciente a metabolizar interpretações efetuadas pelo terapeuta* aponta, por um lado, o fato de aquelas ats argentinas trabalharem em equipe; por outro, de que ainda funcionavam dentro de um modelo terapêutico hierárquico e que pensava o AT como um auxiliar do terapeuta. Ou seja, havia um terapeuta do caso e as ats vinham para complementar seu trabalho.

O paciente severamente perturbado sofre uma importante desconexão do mundo que o rodeia. Pois a Psicanálise - a mesma teoria que guiava a equipe do CETAMP de onde vieram as autoras destas frases - ensinou-me que, geralmente, esta perturbação severa é precisamente uma forma de laço e reconstrução com aquilo que se denomina por “realidade”.

Diante disso, da influência direta dos argentinos sobre os psicólogos, psicanalistas e psiquiatras brasileiros, o AT que aqui se forjou nas décadas passadas só poderia mesmo funcionar dentro de uma lógica privatista, que opusesse termos como público/privado, individual/social, normal/anormal e assim por diante. É dentro deste encadeamento que problematizo o AT quanto às suas funções, seu alcance e suas restrições. E é dentro deste encadeamento que compreendo o trabalhador acompanhante terapêutico como produtor de novas Práticas Psicológicas e protagonista de novas metodologias de trabalho, precisamente por estar sitiado em uma rede pública de saúde. Para isto, é necessário discutirmos alguns elementos daquilo que conhecemos por Reforma Psiquiátrica.

Dos ideais da Reforma Psiquiátrica

A partir da afirmação na forma das leis da Reforma Psiquiátrica³ surgem demandas para novas abordagens de tratamento aos pacientes, principalmente psicóticos. Em termos

³ Refiro-me às leis 9.716, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul (de 1992) e à lei

históricos, é no final dos anos 70 e início dos anos 80 (ou seja, alguns anos antes da aprovação da primeira lei sobre a Reforma Psiquiátrica) que os atos aparecem no cenário nacional com certa força:

O amigo qualificado argentino (futuro acompanhante terapêutico) chega ao Brasil na década de 70, percorrendo com clareza pelo menos dois distintos trajetos: No primeiro, ele passa por Porto Alegre e chega ao Rio de Janeiro, sendo conduzido por Carmem Dametto. No segundo, chega diretamente a São Paulo na companhia de psicanalistas argentinos, fortemente influenciados por Lacan, pelas teorias de grupo-operativo e de análise institucional (SERENO, 1996, p.22).

A questão é que o tratamento a estes pacientes já não se restringia mais principal e/ou unicamente aos hospitais psiquiátricos e manicômios, reinscrevendo assim, não só a abordagem terapêutica em relação a eles mas, dilatando e estendendo o próprio campo de atuação mesmo. O espaço público agora, passa a ser compreendido como um alargamento do campo possível de tratamentos para pacientes portadores de sofrimento psíquico. Este momento historicamente datado, em que se abre espaço para este tipo de circulação do louco pelas ruas, coincide com o fim do regime ditatorial em nosso país e com a abertura política que orientou a cena nacional.

Pensar a loucura - ou o louco - nas ruas é uma idéia que certamente toma ares de transgressividade ou até mesmo um caráter *non sense*. O motivo não é assim tão obscuro como poderíamos inferir: o isolamento, enquanto tratamento para o louco, vem desde muito tempo sustentando-se na qualidade de um dispositivo necessário, preventivo e curativo. Era Pinel quem aplicava com requintes esta técnica, onde o ponto alto era a extração do doente de seu meio familiar e social, considerado provocador de suas idéias confusas, sua irritabilidade e sua agressividade que, não obstante, era provocada por elementos imaginários (CASTEL, 1978, p. 85-88). Quando do início do século XIX, momento institucionalizante das grandes casas asilares, Esquirol, discípulo de Pinel, justifica o isolamento dos loucos através de cinco prerrogativas fundamentais, hoje tornadas clássicas: 1. garantir a segurança dos loucos e de suas famílias; 2. liberá-los da influência externas; 3.

vencer suas resistências pessoais; 4. submetê-los a um regime médico; 5. impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (FOUCAULT, 1979, p. 126)⁴.

O ideal de um tratamento psiquiátrico era efetivado na instituição fechada, não só pelas razões acima listadas mas pelo fato de que seria possível realizar a observação do fenômeno numa espécie de estado puro, salvaguardado das contingências familiares e microsociais que interferiam na vida do paciente. A imposição de um determinada ordenação e reordenação na vida dos usuários a partir da eliminação dos sintomas constituía-se na ordem do dia. Por certo o paciente não discutia seu próprio tratamento e nele não podia intervir: o seqüestro, avalizado – ou não – por familiares, a força física, a brutalidade – quando necessária (!) – e as punições de caráter sócio-educativos compunham (e ainda compõem) parte do leque de ferramentas utilizadas no interior de um asilo para doentes dos nervos. A loucura comparece como um mal a ser estirpado, a ser removido. Sua afronta aos valores dos grupos sociais nos quais está inserida parece reverter em atos de restrição contra si mesma. Estas restrições podem ser desde uma bizarra Nau dos Loucos (*Stultifera Navis*), descrita em detalhes por Foucault, até castigos corporais com fins terapêuticos (FOUCAULT, 1978, p. 5 - 44).

Apesar dos anos, podemos verificar que tais medidas - ou, ao menos, parte delas - ainda são executadas. É possível perceber que a instituição, em si mesma, é colocada no lugar da própria ferramenta de cura, por excelência. Como se o fato do isolamento acompanhado pela vista médica e seus recursos técnicos fossem, *per se*, promover a cura. Este é um dos pontos centrais sobre o qual a Reforma Psiquiátrica produz uma feroz crítica.

Existe ainda outro aspecto interessante: o sujeito, que também é cidadão (sujeito-cidadão), no ato de sua internação parece ver desmoronar continuamente todos os direitos que lhe eram legalmente atribuídos enquanto cidadão. No manicômio, seu destino fica nas mãos dos médicos, dos enfermeiros, dos auxiliares, dos psicólogos... fica nas mãos daqueles que, desde suas ações, constituem as Práticas Psicológicas. Estes, especialmente os médicos, classificam as doenças; as doenças, através deste agente cientificamente respaldado, agrupam sujeitos; estes sujeitos, selecionados e granjeados de acordo com modelos nosográficos nos quais se encaixam seus comportamentos bizarros, são

⁴ É necessário lembrar que Esquirol, a partir do grande projeto alienista, defende uma posição que reconhece a loucura enquanto um “tratamento moral”, em contraposição aos médicos organicistas de sua época – os

classificados como portadores de uma doença diferente, distinta das outras anomalias orgânicas e que poderiam ser extirpadas através de procedimentos cirúrgicos: a loucura. Com efeito, levar os loucos para as ruas em situação de tratamento, especialmente para os clássicos praticantes da psiquiatria, seria espantoso.

Desta feita, o manicômio não só passa a ser o local do tratamento para os seus enfermos quanto o próprio tratamento! Se assim o é, faz sentido compreender porque o modelo reclusivo e alicerçado na internação se fortalece. O projeto alienista vigora e atravessa mais de um século praticamente intocado. Será nos manicômios que a psiquiatria irá reforçar e mesmo constituir seu saber e seus fundamentos teóricos e práticos, criando uma espécie de nova delegação social e científica. É Basaglia quem profere a crítica:

A psiquiatria clássica está limitada à definição de síndromes nas quais o doente, extraído de sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado, ‘constrangido’ a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica. (BASAGLIA, *apud* AMARANTE, 1996)

O fato é que este modelo tem sido alvo de fortes ataques por parte daqueles que, como eu, compreendem que esta forma de tratamento beira a crueldade. Sua base está calcada, ainda hoje, na tutela e em uma vigilância panóptica acirrada. Para os que ainda duvidam disto, basta visitar um grande hospital psiquiátrico. Dar à doença espaço maior do que lhe cabe no contexto de um ato terapêutico resulta em uma prática nefasta que segue o modelo acima descrito. Nefasta porque elide tanto quanto pode a condição de sujeito do cidadão que a usufrui (ou, mais francamente falando, que por ela é subjugado) e o concebe enquanto objeto: objeto de pesquisa (psiquiátrica, psicológica, de acompanhantes terapêuticos, de enfermeiros, de neurologistas e tantos outros quantos possam caber nesta lista), objeto de experimentação, objeto de apreciação, objeto de medo, enfim, objeto.

É preciso problematizar a instituição do manicômio (nos termos como foi descrito até então), a psiquiatria clássica, o Acompanhamento Terapêutico, a Psicologia de cunho essencialista e determinista. É preciso problematizar a doença mental enquanto fruto de uma disposição predominantemente orgânica e biológica do ser humano, no sentido de que a fonte de todos os seus distúrbios e males estejam locados em alguma parte obscura do aparelho cerebral. Esta circunstância conduz ao esquecimento de que há um elemento vivo

anatomopatologistas – que a tinham enquanto causa fundamentalmente orgânica.

por trás de qualquer patologia e, neste caso, um elemento humano. É algo como se nos interessássemos mais pela patologia em si do que pelos seus efeitos de sofrimento e pena que pode causar naqueles que são seus agentes ⁵.

Para Paulo Amarante, a Reforma Psiquiátrica é:

(...) um processo complexo no qual quatro dimensões simultâneas se articulam e se retroalimentam. Por um lado, a dimensão epistemológica opera uma revisão e reconstrução teórica no campo da ciência, da psiquiatria e da saúde mental. Por outro, a construção de novas estratégias e dispositivos de assistência e cuidado (...) na dimensão jurídico-política temos a revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária (...) finalmente, na dimensão cultural, um conjunto muito amplo de iniciativas vão estimulando as pessoas a repensarem seus princípios, pré-conceitos, opiniões formadas (com a ajuda da psiquiatria) sobre a loucura. (AMARANTE, 2001)

Estas quatro dimensões, é preciso fazer a ressalva, só tomam corpo de forma efetiva quando dadas a partir de um trabalho interconectado. Faz-se necessário um esforço conjunto para que estes termos se tornem constitutivos de um *corpus* intelectual e prático de ações que emergem desde a comunidade em geral até os centros acadêmicos. Para tal, eles precisam muito mais funcionar em um processo de complementaridade do que, somente, somarem-se entre si, ou seja, não é simplesmente a soma dos termos que resultará eficiente mas, que eles operem como necessários e indispensáveis entre si. Despretensiosamente comparando, uma espécie de nó borromeu⁶, só que com um laço a mais.

⁵ Certa vez fui assistir a um grupo de pacientes diagnosticados com “transtorno afetivo bipolar” em um determinado hospital de Porto Alegre. Todos eles tomavam uma medicação chamada *carbolitium*. Ao chegar na sala onde aconteceria o encontro, deparei-me com tal inscrição na porta: “*Grupo do Litium*”. Por certo que não me surpreendi ao notar que sua coordenadora passara todo o tempo exaltando as benfeitorias que tal remédio causaria a todos os seus usuários ali presentes, esquecendo-se até mesmo de abrir a sessão com um simples “boa tarde, como vão vocês?”. Em um dado momento, ela afirma – com a categoria que lhe era conferida por seu jaleco branco – que todos ali (esquecendo-se de excluir a si mesma da lista!) eram bipolares, ao que um jovem responde: “eu não sou bipolar! Eu sou Fulano de Tal...”. A coordenadora, pacienciosa, replica: “não, você é um bipolar... isto que você está fazendo – negar sua doença – faz parte de seu comportamento afetado pela patologia”. O jovem insiste: “não adianta você me chamar de bipolar, meu nome é Fulano de Tal, filho de... irmão de ... neto de ...”. Por que eu haveria de me surpreender de um grupo denominado – certamente, não pelos pacientes – de *Grupo do Litium*, quer dizer, onde a estrela era o remédio, a patologia e não seus usuários?!

⁶ Originalmente, o nó borromeu era o brasão de uma família medieval italiana chamada Borromeu e que propunha um acordo com outras duas famílias de tal forma que o símbolo desta comunhão demonstrava que, se um dos laços se rompesse, provocaria a dissolução com os outros dois, necessariamente. As famílias possuíam então, um pacto. Lacan teoriza, através do nó borromeu, as instâncias do Real, Imaginário e do Simbólico. Elas formam o tríptico elemento que constitui a condição essencial borromeana que, se por um lado estão homogeneizadas pelo efeito do enodamento, por outro, apresentam-se distintas umas das outras e

Ora, mas o que tudo isto tem a ver com as Práticas Psicológicas, com os trabalhadores acompanhantes terapêuticos (especialmente quando estão inseridos na rede pública de saúde) e questões sócio-políticas dos anos 70 e 80? É que no campo das políticas públicas, onde estavam inculcadas Práticas Psicológicas, ainda persistia um modelo manicomial que desconsiderava determinados fundamentos básicos que davam conta da questão, por exemplo, do exercício da cidadania plena, dos direitos humanos e dos deveres do Estado para com seu cidadão. Mas como incorporá-los em um Estado autocrático? Foi necessária uma reformulação e uma reconstrução dos laços sociais que relacionavam sociedade (ações concretas na área da saúde, surgimento de novos movimentos sociais e formulação de leis estaduais e federais) e seu conceito de sofrimento psíquico. Destacam-se aí os movimentos denominados Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, que são, no meu entender, emblemáticos de uma transição política maior e que inclui transições também nas esferas das práticas sociais, públicas, psicológicas e mesmo econômicas. Segundo Torre e Amarante, deu-se a produção “de um novo lugar para a subjetividade louca, ao estabelecimento de uma nova relação com ela e a criação de fissuras na serialização da psiquiatria” (TORRE e AMARANTE, 2001).

Neste contexto ocorre um deslocamento importante: passa-se a encarar o portador de sofrimento psíquico crônico ou agudo não mais como um “doente mental” somente, mas como um “sujeito” também. É nesta transição que situamos este segundo termo (sujeito) enquanto forja de um conjunto de mobilizações que inclui e são determinadas por esferas políticas, históricas, econômicas, culturais, artísticas, sociais... o sujeito constitui-se, entre outras coisas, a partir de inscrições lingüísticas (ou produções semióticas) que instituem e constroem modos de ser, de pensar e de se reconhecer no mundo através de domínios simbólicos e registros sociais. Então, não há como, na sua própria formulação enquanto Ser, subtrair-se de determinadas condições (citadas acima: políticas, históricas...) e deixar de tomá-las como elementos radicais neste processo de produção de subjetividades. Atentemos à proposição de que “a organização e as relações sociais estabelecidas determinam de diferentes formas o processo de sofrimento psíquico” (RAMISON & SILVA, 1997), quer dizer, nesta idéia não cabe o modelo privatista de pensar a Psicologia e suas psicopatologias.

fazem, portanto, buraco nos registros em que se inscrevem.

Será pontualmente em cima desta discussão que se abrirá a possibilidade de pensar a ética como efeito da articulação comprometida com os operadores teóricos desta pesquisa (e seus efeitos amplos sobre os seus agentes: os pesquisadores, os trabalhadores do CAIS-Mental e outros) e seus intercessores, como o trabalhador at na rede pública de saúde. Ao compreendermos que a moral pode ser um conjunto de tradições e costumes que se estabeleceram como aceitáveis e corretos, a ética será então a reflexão crítica desta moral (GUARESCHI, 2003). Com efeito, esta reflexão não pode acontecer isoladamente, já que é indispensável uma espécie de reflexividade⁷ daquele que pensa tal ou qual proposição para que possamos analisá-la. É pensar na ética enquanto esfera calcada em um dialogismo radical que pressupõe uma dupla interação (e ação) dos sentidos e das vozes que advém das partes que compõem um diálogo.

Como efeito de um modelo ético monológico que suprime diferenças e saliências do tecido discursivo, surge o elemento fundamentalmente dicotomizado: o certo em oposição ao errado; o bem em oposição ao mal; o belo em oposição ao feio; o essencial em oposição ao superficial e assim por diante. Corre-se o risco de se tornarem secundárias as relações interpessoais alicerçadas no debate plural e que envolvam o trato - subtraído de violência - com a alteridade. As dicotomizações postas desta forma, produzem discursos que funcionam como base para métodos, pesquisas e termos acadêmicos e que, sabemos, tendem a se pulverizarem socialmente como verdadeiros.

Com efeito, se posso pensar que o humano contém propriedades, isto não significa que eu deva tomá-lo como um ser-no-mundo constituído por essências, deslocando-o arbitrariamente e descaracterizando-o de suas contingências culturais, históricas e identitárias. Se eu opero teoricamente com pressupostos que naturalizam os objetos (ao invés de tomá-los como construídos também) sobre os quais incidirei enquanto pesquisador ou teórico, é certo que as conseqüências serão previsíveis: o louco será sempre louco (desde sempre e para sempre), o certo será sempre certo e o errado será sempre errado. Não podemos, afirmo, nos deixar tomar por estas falsas premissas, caso contrário cairemos em um fatalismo fácil e barato, contudo, com conseqüências difíceis e que nos custarão caro.

⁷ Reflexividade aqui no sentido da contemplação racional, do pensamento, do exame crítico de certo conteúdo.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P.. (2001). Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Centro Cultural de Saúde, 2001. *Textos da Mostra Inaugural "Memória da Loucura"*. Disponível em <www.cdsm.ufes.br>.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Basaglia, F & Basaglia, O. (1996). Un problema di psichiatria istituzionale – l'esclusione come categoria socio-psichiatrica. Em Amarante, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Castel, R. (1978). *A Ordem Psiquiátrica - a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Coimbra, C. M. (2002). *Por uma Psicologia Cidadã*. Entre Linhas, Porto Alegre, n.º 15, jul/ago. P.6-7. Entrevista.
- Coimbra, C. M. (1992). *Gerentes da Ordem: algumas práticas 'psi' nos anos 70 no Brasil*. Tese de Doutorado – USP, Instituto de Psicologia – Curso de Pós-graduação em Psicologia. USP, São Paulo, 2 volumes. 487 p.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Guareschi, N. (2003). A Psicologia Social inserida no campo dos Estudos Culturais: uma contribuição para a discussão das práticas psicológicas. [Resumos] Em Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO (Org.) Anais do XII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO: estratégias de invenção do presente – a Psicologia no contemporâneo (p.38). Porto Alegre: PUCRS,. 1 CD-ROOM,
- Ibrahim, C. (1991). Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. Em *Equipe de ats do hospital dia a casa: a rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta, 1991. p. 41-43.
- Mauer, S. & Resnisky, S. (1987). *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos*. Campinas: Papyrus Editora, p.33-48.
- Ramison, M. D. & Silva, J. T. (1997). Um re-olhar sobre um caminho de trabalho, expressão e vida. Em *Saúde mental e trabalho: transpondo as fronteiras hospitalares*. Puel, E. (et al.) Porto Alegre: Dacasa, p. 77.

Sereno, D. (1996). *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade*. São Paulo. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo – USP.

Torre, E. H. G. & Amarante, P. (2002). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Em *Ciência e Saúde Coletiva*. 6 (1): 73-85.