

25 ANOS DEPOIS, UM POUCO DA ESTRADA EM QUE FIZ MEU CHÃO: ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E REFORMA PSIQUIÁTRICA

LEMBRANÇAS REMOTAS E UM SONHO COMUM⁷⁹

Analice de Lima Palombini

Nada mudou.

Exceto talvez os modos, as cerimônias, as danças.

O gesto da mão protegendo o rosto,
esse permaneceu o mesmo.

O corpo se enrosca, se debate, se contorce,
cai se lhe falta o chão, encolhe as pernas,
fica roxo, incha, baba e sangra.

Nada mudou.

Além do curso dos rios,
do contorno das costas, matas, desertos e geleiras.

Entre essas paisagens a pequena alma passeia,
estranha a si própria, inatingível,
ora certa, ora incerta da sua existência,
enquanto o corpo é, é, é
e não tem para onde ir.

WISLAWA SZYMBORSKA, [*poemas*]

Não sou uma pessoa que tenha sofrido na carne a violência da ditadura. Quando o golpe aconteceu, eu era criança pequena ainda, filha de uma classe média alheia – até onde sei – à conjuntura política. O que havia eram indícios muito vagos, conversas em tom grave, nebulosas e cheias reticências, acerca de algum personagem mal definido, parente de parentes ou amigo de amigos, alguma fatalidade envolvendo esse personagem, que atingia desgraçadamente toda sua família e pela qual o próprio era responsabilizado. Mas isso não nos tocava, e eu, criança, seguia incauta do que se passava.

⁷⁹ Parte desta seção encontra-se publicada no boletim Psiu, do Diretório Acadêmico Samuel Eggers, o Incrível – Dasein (PALOMBINI, 2016a) e no jornal Sul21 (PALOMBINI, 2016b)

A lembrança mais clara e direta que tenho da incidência da ditadura civil-militar em minha vida se deu alguns anos depois do golpe, quando eu já frequentava a escola e me coube, em sala de aula, fazer um cartaz enaltecendo a construção da estrada transamazônica, obra monumental do governo brasileiro que iria unir o país de norte a sul – era o que nos dizia, por crença ou por medo, a professora. Lembro até hoje do papel cartolina em que fiz o cartaz, das figuras recortadas das revistas, mostrando a estrada que ia se fazendo da terra vermelha, ferida viva no coração da floresta, e, no canto inferior direito do cartaz, uma foto do militar no poder e os dizeres, escritos em hidrocor vermelha, do meu próprio punho, “Viva o nosso presidente General Garrastazu Médici!”. Tenho a lembrança tão viva disso até hoje, como se esse cartaz feito por mim fosse signo da violência impetrada sobre o meu corpo pela ditadura, signo cujo sentido eu só pude apreender a posteriori.

Por menor que seja, só essa lembrança já me dói. No entanto, não derramei meu sangue pelo fim da ditadura, não tive pais, tios, irmãos torturados, mortos, desaparecidos. Foi somente com o ingresso na universidade, em 78, que eu fui tomar contato com a realidade silenciada do país. O Centro Acadêmico dos Estudantes de Psicologia da UFRGS (CAEP) ocupava uma sala lateral ao Bar do Antônio (hoje incorporada ao bar), ao lado do antigo prédio da Filosofia, próximo à Reitoria. Era ali, entre as mesas do bar (onde bebia-se cerveja à vontade), as salas de aula e nossa sala de reuniões, trabalho, militância, que eu pela primeira vez me engajava nas lutas do campo democrático. Com passeatas, mimeógrafo e uma velha máquina de escrever, enfrentávamos tempos de guerra fria e ditaduras no Sul das Américas. No Brasil, era o momento também de grandes mobilizações de trabalhadores. Em Porto Alegre, em agosto de 1979, fez história a greve dos trabalhadores da construção civil, na esteira do movimento grevista dos metalúrgicos do ABC paulista, acontecida em abril do mesmo ano. Em outubro, era a vez dos bancários do Rio Grande do Sul entrarem em greve. Eram ares novos aqueles, que nos enchiam de ânimo. Saíamos às ruas para, nas esquinas e nos sinais de trânsito, pedir dinheiro em prol dos operários em greve, cujos salários haviam sido cortados. De dentro dos carros, da porta das casas, das janelas dos apartamentos, a população

contribuía. Um partido de esquerda, dos trabalhadores, começava a se organizar. A ditadura militar, mais cedo ou mais tarde, iria acabar.

Naqueles tempos, a Aids não era realidade ainda, e as festas estudantis nas dependências da UFRGS duravam até o amanhecer. Não havia celulares nem computador, e era por telegrama que nos comunicávamos com colegas de outros estados para organização dos encontros regionais e nacionais de estudantes de Psicologia (EREP e ENEP). Éramos quase todos brancos, filhos e filhas das classes média e alta, mas tecíamos críticas severas a uma Psicologia que já não nos servia. Carregávamos em nós a mesma ebulição que emanava das ruas, e uma enorme vontade de transformação, da Psicologia e do mundo.

Hoje, não há mais limites para o contato virtual em tempo real com estudantes de todos os cantos do país e do mundo, mas a Aids, desde os anos 90, impôs suas barreiras ao sexo livre. Há muito se proibiu a venda de cerveja nos bares dos *campi*, mas o uso de drogas – mais prescritas que proscritas – prolifera entre a juventude. Nas dependências da UFRGS, não se fazem mais festas estudantis que duram até o amanhecer, mas a política de cotas imprime outras cores e outra música ao cotidiano da Universidade e faz dançar nossos saberes (em vez de mpb e rock, o samba, o batuque, o funk).

A Psicologia, ao longo de décadas, viu multiplicar e revolucionar suas formas e espaços de atuação, e, no entanto, não perdeu sua face de polícia e pastor. A ditadura civil-militar teve seu fim decretado nos anos 80, mas sobrevive no legado que nos deixou, em especial as polícias militarizadas e as mídias oligárquicas. Em 2002, o partido dos trabalhadores que ajudamos a construir alcançou o poder, mas alianças feitas e erros cometidos cobram caro hoje seu preço.

Em 2016, a democracia pela qual íamos às ruas em 1979 se desfez no ar como castelo de cartas. Os militares estão nos quartéis, mas polícias e milícias prendem, torturam e matam, à sombra de uma Justiça indiferente ou cúmplice, enquanto as tevês nos impingem toscos enredos de ordem e progresso e fingem legalidade.

É certo que não nos faltavam conquistas por alcançar no âmbi-

to dos direitos e das políticas públicas em nosso país. Era preciso costurar outros panos ao manto curto da nossa democracia para estendê-lo aos moradores das periferias, à juventude negra, às comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas. Hoje, porém, sob os desmandos de um governo ilegítimo, assistimos ao desfazer, um a um, dos fios arduamente tecidos desse pano pouco que cobre nossas carnes e (mal) nos veste de cidadania.

Em 2016, o mundo deu voltas, e o país retornou a um passado que nunca deixou de insistir. Desde as primeiras horas de prenúncio do que estava por vir, nós, que éramos estudantes naqueles últimos anos da década de 70, saímos às ruas, um tanto aturdidos de nos reencontrar com o que achávamos que havíamos vencido. Os estudantes de hoje, porém, relutam em nos acompanhar. Haviam saído antes à praça pública, em 2013, e foram golpeados pelas polícias de governos à esquerda e à direita. Há muito, nossos sonhos de juventude foram golpeados. Ontem ou hoje, esses sonhos parecem os mesmos, mas são diferentes as maneiras de ir buscá-los. Possivelmente, nossa experiência tenha algo a ensinar, nem que seja por seus erros, mas também temos a aprender com quem inventa outras práticas solidárias, outras formas de coletividade, e transforma em dança, música e poesia nossas velhas palavras de ordem. Só teremos a ganhar, se soubermos ir às ruas juntos. Não será diferente no que toca ao movimento da luta antimanicomial em defesa da Reforma Psiquiátrica, por um cuidado em liberdade. São vinte e cinco anos de lei da reforma psiquiátrica em nosso Estado, um punhado de histórias por compartilhar e tanto, ainda, por aprender e inventar...

Estado de Direitos, Políticas Públicas e a Transformação das Profissões

Foi em profunda vinculação com os movimentos gerados no contexto de democratização do país, como o da reforma sanitária e o da luta antimanicomial, que teve início minha trajetória profissional, em meados dos anos 80. Pude colher os frutos que a geração que me antecedeu plantou⁸⁰

⁸⁰ Ao longo de trinta e poucos anos, coube-me mais o esforço de sustentação e fortalecimento das políticas públicas que os movimentos de democratização do Brasil foram construindo do que uma luta de resistência contra a ditadura ou mesmo de formulação

e que geraram transformações no fazer profissional no campo das políticas públicas, a partir do texto constitucional de 1988 e seus desdobramentos na forma de leis, com repercussão em diversos setores como atenção à infância e adolescência, saúde e educação especial, com ênfase nos processos inclusivos e em defesa de um bem-estar social, na contramão das políticas neoliberais globalmente hegemônicas.⁸¹

Assim, fui psicóloga, servidora pública estadual e a seguir municipal, compondo sucessivamente equipes multiprofissionais, buscando caminhos para o trabalho interdisciplinar e em articulação com outros setores, no campo da assistência social, da educação, da saúde... Acompanhei o início do desmonte dos grandes pavilhões da antiga FEBEM e ainda guardo na memória a imagem absurda do imenso salão de berços enfileirados onde quedavam, tristes e desamparados, os bebês em situação de adoção. Fiz parte da equipe de assessoria psicopedagógica da Secretaria Municipal da Educação, que levava à frente, de forma pioneira, o trabalho de inclusão escolar. Integrei as equipes dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial de Porto Alegre (na época, Centros de Atenção Integral à Saúde Mental – CAIS Mental), criados no início dos anos 90, quando

dos princípios dessas políticas, no seu nascedouro. Mas, justamente, o fato de ter investido toda uma vida de trabalho nesse esforço de fortalecimento de políticas públicas faz com que eu viva, hoje, o seu desmonte como uma violência ao país que é também uma violência sobre o meu corpo, uma violência da qual não soube ler seus sinais, aceitando concessões, tolerando o intolerável. Carrego, em relação a isso, uma culpa de sobrevivente: como foi possível aceitar que o país se mantivesse submetido à mesma polícia e à mesma mídia dos tempos de ditadura? como uma política pública avançada como o SUS, que tem como um dos seus princípios o controle social, que afirma a cidadania, a autonomia, o protagonismo dos usuários do sistema de saúde, pôde coexistir com uma polícia que tortura e que mata? com uma mídia que fabrica mentiras a seu favor? como? ...Só resta esperar que saibamos aprender com essa dolorosa experiência e que possamos reinventar um país...

81 Podemos citar, entre outras, em ordem cronológica: Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, em apoio e garantia de direitos às pessoas com deficiências; lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA; lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS; lei estadual n. 9.716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, antecedendo em nove anos a aprovação da lei federal n.10.216, de 06 de abril de 2001; lei n. 8.742 de 07 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social).

Porto Alegre formulou seu plano de saúde mental para a cidade conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica e a territorialização dos serviços.⁸²

O trabalho foi, para mim, experiência formadora e produtora de conhecimento. Em especial, a experiência junto aos CAIS Mental, em conformidade com a Política de Saúde Mental de Porto Alegre formulada no início da década de 90, marcou profundamente a minha trajetória profissional e foi determinante da direção do meu trabalho na Universidade, onde, anos mais tarde, ingressei como docente. Quatro grandes desafios acompanhavam essa experiência: 1) o cuidado nas situações de grave sofrimento psíquico (acompanhar a loucura fora do espaço fechado do hospital); 2) o trabalho em equipe (aposta compartilhada entre vários); 3) a invenção de formas novas de cuidado (exercício de desconstrução e construção de saberes); 4) o protagonismo dos usuários (aprender a fazer *com* eles e não *por* ou *para* eles).

Há, porém, um elemento formador que atravessa a minha passagem pelos três setores (Assistência Social, Educação, Saúde): é essa relação muito direta com o *território*, com o espaço habitado por aquelas pessoas a quem se dirigia o meu trabalho – seus territórios existenciais. Contudo, é ao viver a experiência do trabalho no campo da saúde mental que a relação estabelecida com o território na perspectiva intersetorial, para a oferta de cuidado integral à população, torna cada vez mais sensível a relação entre clínica e cidade.

82 Para que se possa ter uma ideia do quanto o processo de democratização do país, a constituição de 1988 e as leis que lhe sucederam em benefício de um Estado de direito e bem estar social transformaram o contexto de trabalho de nossas profissões e a oferta de serviços à população, basta dizer que, em Porto Alegre, até 1990, havia apenas duas vagas para psicólogos junto à Prefeitura Municipal, ambas alocadas no Setor de Recursos Humanos, ou seja, como atividade meio e não atividade fim. O Sistema Único de Saúde era então uma realidade recente, mas mudou radicalmente a cara da assistência à saúde no país e, conseqüentemente, das nossas profissões. A implementação do SUS multiplicou os postos de trabalho – e, rapidamente, nosso Sistema de Saúde tornou-se o maior empregador de profissionais de psicologia no país.

Acompanhamento Terapêutico: Clínica, Cidade, Política...

Uma relação assim, forte e viva com a cidade, teve oportunidade de experimentar através dessa modalidade da clínica que é o acompanhamento terapêutico (AT), que se apresentou como acontecimento no contexto do trabalho no CAIS Mental. Não foi algo escolhido, pensado, foi algo que, quando dei por mim, estava fazendo, sem nem saber como nomear.

O AT pode ser definido como uma clínica sem muros, que se realiza no espaço aberto do urbano, acompanhando cotidianos de vida de forma a favorecer o estabelecimento de laços entre o sujeito acompanhado e o território por ele habitado. O AT busca alargar os modos de habitar a cidade, para que nela a diferença possa ter lugar.

É uma prática surgida nos anos sessenta, junto a comunidades terapêuticas⁸³ na Argentina e no Brasil, podendo ainda ser referida, com outros nomes, às experiências de desinstitucionalização da loucura na Inglaterra, Estados Unidos e Itália. Mas o AT ganhou novo contorno em nosso país, no contexto de uma política de saúde mental que pôs em obra a construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio. A cidade, e não mais o asilo, passava a configurar o espaço em que a experiência da loucura requeria ser acompanhada. (PALOMBINI, 2007)

Com efeito, atuando num serviço de base comunitária, de portas abertas, vinculado ao território de vida das pessoas a quem prestamos cuidado, forçosamente somos chamados a acompanhá-las para além da porta do serviço, não só nas andanças entre outros pontos de uma rede intersectorial de serviços, mas pelas ruas do bairro, no cotidiano das relações familiares e de vizinhança estabelecidas. Lembro que, no Cais Mental da Vila Cruzeiro (primeiro Cais de Porto Alegre), fui provocada por um jovem a sair em passeio pelo bairro durante as sessões que ele tinha comigo, e o encontro na rua com vizinhos, com esquinas que guardavam histórias, com casas que ele tinha frequentado, produziram um material clínico que não

⁸³ Refiro-nos aqui às primeiras comunidades terapêuticas surgidas na esteira dos movimentos reformistas do pós-guerra, em nada assemelhadas às comunidades terapêuticas que assolam o país hoje, em geral de cunho religioso, submetendo usuários de drogas a regime de confinamento e violação de direitos.

seria possível entre quatro paredes. Depois, convidada a compor a equipe do Cais Mental Centro, que, em parceria com a equipe de abordagem de rua da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), tinha como missão o atendimento à população de rua em sofrimento psíquico, foi que me encontrei com o livro “A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico” (EQUIPE, 1991), do Instituto A Casa, de São Paulo. Estudávamos juntos, na equipe, esse livro, buscando inspiração para dar forma a práticas de cuidado que ainda estavam por ser inventadas; havia pouquíssima bibliografia, naquela época, que pudesse nos dizer de uma clínica voltada ao singular de cada caso, em equipe multiprofissional disposta ao trabalho interdisciplinar e em rede intersetorial. A leitura desse livro foi o que me permitiu dar nome ao que um serviço tipo CAPS nos levava a fazer. O AT, cujo exercício se dá entre lugares, fora de quatro paredes, em meio ao burburinho das ruas, apresentava-se então como uma função emblemática da mistura e do contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo urbanos, constituindo-se em paradigma da direção clínico-política em que uma dada concepção da reforma psiquiátrica pretende mover-se. Não se desconsiderava, com isso, o risco apontado por Suely Rolnik (1997), no belo texto “Clínica Nômade”, de que o AT viesse a constituir a rua como um novo dentro absolutizado, por força de um encarceramento no manicomio mental de que nos fala Peter Pal Pelbart (1997). Mas a aposta que se fez levava-nos a investir no AT como modo de atenção à saúde mental que pode ser inteiramente condizente com a concepção e a dinâmica dos serviços comunitários, com um cuidado em liberdade. Assim, no CAIS Mental, o AT configurava uma função que atravessava as diferentes profissões, que se incorporava às nossas práticas terapêuticas. E configurou-se também em um dispositivo potente de formação profissional, como prática na qual se iniciavam os estagiários de psicologia que recebíamos. Cabia a mim a supervisão local desses estagiários, e pude constatar os efeitos desse trabalho sobre os estudantes em formação, sobre os usuários que eles acompanhavam e sobre a equipe que se surpreendia com as transformações subjetivas que um AT podia produzir. Desde então, não deixei de me ocupar do AT como dispositivo de formação, primeiro como psicóloga no serviço, depois como docente na Universidade, sempre guiada pelos princípios do Sistema Único de Saúde, na perspectiva do trabalho interdisciplinar, intersetorial, em rede.⁸⁴

Talvez a face potente do AT seja, justamente, seu caráter inter, sua função de passagem, travessia, entre lugares, entre profissões, entre disciplinas, entre diferentes funções – formação, pesquisa, clínica, política pública... Função produtora de redes, como nos mostram trabalhos como o de Maurício Hermann (2010) e o de Laura Gonçalves (2007), entre outros. Tal potência, porém, não é uma prerrogativa da função AT. No contexto brasileiro, como vimos, o trabalho numa perspectiva inter, trans ou entre-disciplinar atravessa a proposta do Sistema Único de Saúde, desde a sua origem, trinta anos atrás. É política pública incidindo sobre o conjunto das profissões do campo da saúde, operando de forma muito marcante na saúde mental e que inspirou também a proposta do Sistema Único de Assistência Social, de implantação mais recente no país.⁸⁵

Para falar desse tema, Ricardo Burg Ceccim (2004),⁸⁶ num artigo que vale a pena ler, escreve sobre o que ele chamou de perspectiva *entre-disciplinas* do trabalho em saúde no contexto do SUS, fazendo uso de uma cena do filme *Diários de Motocicleta*, que conta da viagem de Ernesto Guevara e um amigo, ambos estudantes de medicina na época, pela América Latina. A cena se passa no hospital de leprosos, no Peru, onde os dois trabalharam por um período. É aniversário de Ernesto e véspera da partida dos dois daquele lugar. O aniversário é comemorado junto com a equipe do hospital, mas Ernesto quer despedir-se dos leprosos, que ficam na colônia, na outra margem do rio. É noite, Ernesto não encontra o barco

vinculado ao Instituto de Psicologia da UFRGS, irá completar vinte anos de atividade ininterrupta em 2018. Desde 2014, tenho a alegria de dividir a coordenação desse projeto com a colega e amiga Vera Pasini, a quem sou grata pela parceria que pudemos estabelecer na experiência de uma educação para o SUS e em defesa de uma reforma psiquiátrica antimanicomial.

85 Hoje sob séria ameaça.

86 Aproveito o ensejo para fazer aqui meu desagravo a esse professor, colega da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, trabalhador, pesquisador, militante incansável do SUS, formulador de políticas como a de Educação Permanente em Saúde e das Residências Multiprofissionais em Saúde, vítima, sob pretexto de investigação, de ação violenta e desmedida da polícia federal e de sua espetacularização nos meios de comunicação, configurando, não só julgamento a priori que desconsidera presunção de inocência, mas um ataque à própria Universidade Pública e a educação e produção de conhecimento em defesa do SUS. Tristes tempos estes, em que são solapados, diuturnamente, os princípios mais elementares de um estado democrático de direito.

para fazer a travessia e resolve fazê-la a nado, para desespero de seu amigo e de toda a equipe que se junta para assistir, em aflição, o seu feito, que nunca antes fora tentado por ninguém. Do outro lado do rio, os moradores da colônia se juntam também, na margem do rio, torcendo por Ernesto, apostando que ele possa alcançá-los. Ernesto nada com dificuldade, tomado pela asma, contra a corrente, quase submerge, já próximo da terra, sendo acudido pelos moradores que o retiram da água e o carregam em festa para suas cabanas. Eis o que escreve Ceccim, sobre essa cena:

A terceira margem é a da travessia, a da falta de identidade das margens, aquela que se torna *intempestiva* e não produto do *tempo das margens*. No filme, chegamos a ver o protagonista atravessando um rio, contra a correnteza e contra a crise de asma, afastando-se de uma margem onde a *clínica* pertence aos terapeutas profissionais e alcançando a margem onde a clínica é a dos usuários (doentes de hanseníase). A terceira margem é a da travessia, da transmutação de valores, da surpresa dos clínicos e dos usuários. [...] não é uma clínica do passado que se opõe a uma clínica do presente [...] é uma utopia em movimento, é o *entre* onde “eros e logos conversam”. [p.264]

Nesse lugar-meio encontra-se aquele que aprende, que entra em alteridade, que se depara com as fragilidades de cada referência profissional/disciplinar para dar respostas aos problemas concretos (do experimentar da vida), onde não é possível discernir qual atuação própria e privativa pode dispor da oferta da atenção, cuidado, tratamento, cura ou terapia necessária ao singular evento do assistir e à singular experiência de vida que se põe em cena.

Se os atos terapêuticos são, como apresentamos, atos de cuidado, escuta e tratamento, três são os intercessores, os fatores de exposição obrigatórios, as interfaces que precisam prover a formação em saúde: a alteridade com os usuários, a experimentação em equipe e a prática de saúde como afirmação da vida. (CECCIM, 2008, p.266)

Michel Serres, citado por Ceccim, incita-nos à experiência de mergulho nesse lugar-meio:

Ninguém sabe nadar de fato antes de ter atravessado, sozinho, um rio largo e impetuoso, um braço de mar agitado. Só existe chão em piscina, território para pedestres em massa.

Parta, mergulhe. Depois de ter deixado a margem, você continuará durante algum tempo muito mais perto dela do que da outra à sua frente, tempo bastante, pelo menos, para que seu corpo se aplique ao cálculo e silenciosamente reflita que ainda pode voltar. Até um certo limiar, você conserva esta segurança: o mesmo que dizer que ainda não partiu. Do outro lado da aventura, o pé confia na aproximação, desde que tenha ultrapassado um segundo limiar: você está tão próximo da margem que pode dizer que já chegou. Margem direita ou esquerda, não importa, nos dois casos: terra ou chão. Você não nada espera para andar, como quem salta, decola e atinge o chão, mas não permanece em vôo

Ao contrário, o nadador sabe que um segundo rio corre neste que todo mundo vê, entre os dois limiares, atrás ou à frente dos quais quaisquer seguranças desapareceram: ali ele abandona toda referência. (SERRES, 1993, p.11)

É nesse lugar movente, nessa terceira margem do rio, sem chão, sob risco de ser tragado pela força das águas, que eu visualizo o AT, no exercício pleno de sua função, dando passagem aos acontecimentos, ao movimento, à afetação pelo outro, produzindo mudanças de lugar, produzindo transformação. Lugar movente que, para o ideário que criou o Sistema Único de Saúde, é compartilhado por todos os profissionais de uma equipe, é o lugar desde onde, no encontro genuíno com o usuário, se pode produzir um cuidado integral à saúde, cuidado que opera no território de vida desse usuário e não no espaço fechado da instituição. O AT encarna, assim, uma qualidade própria ao trabalho em saúde no âmbito da política pública de saúde vigente no contexto brasileiro⁸⁷

⁸⁷ Política que, desde a sua fundação, resistiu bravamente às investidas neoliberais que

O AT configura, igualmente, uma das estratégias clínico-políticas requeridas pelo processo de desinstitucionalização, sendo emblemático da interpenetração, dessa perda de chão de cada um dos saberes envolvidos nesse processo, em contágio com a cidade.

Mas, se o AT é feito dos acontecimentos que emergem dos seus trajetos pela cidade, entre a casa e a rua, o dentro e o fora, a instituição e o céu aberto, ele faz jus ao nome clínica, que Eduardo Passos (2006) vai definir como “senhora das passagens”, no limiar entre o público e o privado, entre a interioridade e a exterioridade do setting terapêutico, entre nós e a cidade, entre a clínica e as redes sociais, em trânsito por entre as disciplinas. A clínica, diz Passos, é menos um lugar, um *topus*, do que uma utopia que se queira ativar, esse não lugar nos interstícios de uma passagem, essa terceira margem do rio.

Não é por outro motivo que Fábio Araújo (2005) vai afirmar que toda a clínica é acompanhamento terapêutico. O acompanhamento terapêutico, diz Fábio, não só é uma forma de se fazer a clínica, mas é a forma mesma como a clínica se faz. Ou melhor, o AT é uma função que leva ao seu limite máximo a forma como a clínica se faz. Qual é esse limite máximo? O encontro com a cidade. Com efeito, independente de que se realize dentro de casa, ao pé da cama, ou em andanças pela rua, o AT se caracteriza por um empuxo à cidade. Mas não é qualquer cidade que o AT busca ativar. A cidade que o AT intenta, que a clínica, no seu limite, intenta, é aquela que Richard Sennett (1988) define como assentamento humano onde está dada a possibilidade de encontro com o estranho. Ou seja, de encontro com o outro em função de alteridade, produtor de transformações subjetivas. Isso é a clínica, isso é o AT. Lugar de passagem, lugar movente, terceira margem do rio, perda de chão. Isso é clínica e é política também. No Brasil, política pública, que nós vivemos o desafio permanente de fazer valer.

Sendo lugar de passagem, a sua aprendizagem apenas se faz possível em ato, na experiência da travessia, exposta aos seus riscos, aos seus perigos.⁸⁸

Como disse acima, há bastante tempo venho trabalhando com formação tentaram derrubá-la, e hoje, sob um governo ilegítimo, enfrenta sua pior crise.

88 Cf. Larrosa (2002), na análise etimológica da palavra experiência, inclusa no texto “Notas sobre a experiência e o saber da experiência”, como travessia de um perigo.

– seja formação em serviço, com profissionais ou residentes de saúde, seja formação universitária, articulando ensino, pesquisa, extensão, estágio, no âmbito da graduação em psicologia e áreas afins. Formação em saúde, em especial saúde mental, e formação em AT, são, para mim, indissociáveis, o AT sendo dispositivo de formação para a saúde mental, condizente com uma política pública de saúde e uma certa concepção de clínica, como expus aqui. Pois, se a clínica (entendida como senhora das passagens), por um lado, coloca-se como pressuposto orientador para a prática do AT; o exercício dessa prática, isto é, a travessia de seus riscos, a experiência AT, por outro lado, vem forjar um estilo próprio à clínica. Abrir-se para o novo, seguir fluxos alheios, ser afetado pelo encontro com o outro, desinvestir o narcisismo, suportar a ignorância para não precipitar um saber que aliena, são vivências que se impõem ao acompanhante no encontro cotidiano com seu acompanhado, configurando uma experiência formadora por excelência.

O AT então é expressão de uma política pública que propõe um cuidado integral à saúde, é a forma limite como a clínica se faz, é um dispositivo potente de formação. E, por fim, o AT é também um método, um meio de pesquisa, que se faz à medida que se caminha, sem uma meta definida de antemão: pesquisa clínico-política, analisadora da clínica, porque a leva ao seu limite, que é a cidade; analisadora do processo da reforma psiquiátrica, porque, acompanhando o usuário, seja em seus percursos pelos serviços e outros equipamentos e dispositivos próprios às políticas públicas, seja na experimentação de uma sociabilidade que se exerce em espaços variados da cidade, é a implementação mesma da reforma psiquiátrica que é assim acompanhada, colocando em análise o funcionamento das redes e a forma como as comunidades locais, a começar pelas famílias, respondem à desinstitucionalização da loucura.

Mas a experiência radical de encontro da loucura com a cidade, de que o AT se faz ponte, meio, passagem, coloca em cena, para o acompanhante, estar junto com seu acompanhado, fazer *com* ele, e não *por* ou *para* ele. É juntar-se ao outro, o que requer a aprendizagem de um outro ritmo, a experiência de um tempo lento, aberto aos seus acontecimentos, à escuta da sua palavra. Com efeito, o AT permite a aprendizagem de uma

atitude em relação à pessoa a quem se volta nosso trabalho: uma abertura à experiência do outro, uma certa prontidão capaz de dar acolhida ao que se passa e que exige, ao mesmo tempo, a paciência da espera pelos acontecimentos – a capacidade de lidar com imprevistos e improvisos. O AT também coloca o profissional em formação em contato com a teia complexa de relações – pessoas, lugares, objetos –, espaços e temporalidades múltiplos, constitutivos da subjetividade e que se colocam em causa no trabalho clínico, nas práticas de cuidado e atenção psicossocial. É uma experiência radical, de liberdade e risco, através da qual as formas pré-concebidas de nossas profissões do campo da saúde – suas insígnias, estereótipos, dogmas – são abandonadas para que o estilo singular a cada profissional possa emergir, incidindo, de forma produtiva, nas inserções futuras do acompanhante no campo das práticas profissionais, de modo geral, e, mais particularmente, no âmbito da clínica. Pois todos esses aspectos que se apresentam de forma destacada no AT, longe de serem específicos desse trabalho, constituem o alicerce mesmo da clínica, naquilo que ela pode conter de potência criadora e produtora de novos sentidos (em ruptura, portanto, com sua dimensão asilar, manicomial). Assim, se a clínica, por um lado, é um pressuposto orientador para a prática do AT, por outro, o exercício dessa prática vem forjar um estilo próprio à clínica, que implica a desinstitucionalização da clínica mesma.

Cidade-polis X Cidade-mercado

Quando a cidade acolhe o estranho, é a racionalidade própria ao urbano que se vê perturbada pela intrusão da diferença em seus espaços. Como escreve Frayze-Pereira (1997, p.33) no livro *Crise e cidade*, abrir-se à cidade ao habitá-la, errar por suas ruas, pode ser “uma ação de resistência à lógica imposta pela modernidade contemporânea”, restabelecendo “o valor de uso do espaço numa sociedade que privilegia o valor de troca”, investindo na construção de novos códigos relacionais.

Tal investida – a aposta na cidade como espaço para o encontro com o estranho – implica uma concepção da cidade como cidade-polis, em oposição à cidade-mercado. Se esta última impõe a privatização do espaço público e o apagamento do “colorido e destemperado” das ruas em favor de

usa uniformidade e ordem, a cidade-polis investe no poder de produção de relações, conflitos e negociação, que não recusa a fricção dos encontros nem a possibilidade de ligação que a cidade provê. (PECHMANN, 2005?, s/p)

No AT, como em todo ato clínico e em qualquer das práticas profissionais em que nos engajamos, é possível reconhecer o polo disruptor que emerge dessas práticas – através do qual se faz possível um alargamento dos modos de habitar a cidade – e o seu polo normalizador – ligado ao contexto disciplinar de onde tais práticas provêm, em que se impõe uniformidade e controle à vida na cidade. Não se tem a pretensão de eliminar essa tensão e polaridade. Seremos capazes de reconhecer a presença desses dois polos em cada ato profissional que praticamos já nos situaria num patamar muito promissor no campo da ética do cuidado em saúde mental.

Fato é que a tarefa que se apresenta às políticas públicas, ao campo da saúde mental, às redes de atenção psicossocial – tarefa de mediação social para o estabelecimento de laços efetivos entre seus usuários e as comunidades locais, oferta de espaços de expressão e conexão com o mundo – esbarra hoje num contexto de precarização extrema do trabalho e ausência de mecanismos de proteção social que geram empobrecimento, vulnerabilidade, ruptura de laços e violência, além de colocar em risco a própria noção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado. É a afirmação da cidade como polis ou como mercado que se coloca em questão, aqui, reiterando a política como ação imanente às práticas de atenção psicossocial.

Sigamos juntos, nas ruas...

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos clínicos à política da amizade*. Dissertação (Mestrado em Estudos da Subjetividade) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2005.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva *Entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (org.). *Cuidado – as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ, 4ª. ed., 2008, p.261-280.

EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.). *A rua como espaço clínico*. Acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.

FRAYZE-PEREIRA, J.A. Crise e cidade. Por uma poética do acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997, p.19-35.

GONÇALVES, L.L.M. A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica. O contexto, o texto e o fora-texto do AT. Dissertação (Mestrado em Estudos da Subjetividade) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007.

HERMANN, M.C. *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: UMESP, 2010.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n.19, jan/fav/mar/abr 2002, p.20-28.

PALOMBINI, A.L. Ei, *Psiiu*, há quanto tempo!. *Psiiu*, publicação do Diretório Acadêmico Samuel Eggers, o Incrível – Dasein, julho 2016.

PALOMBINI, A.L. Ei, Psiu, há quanto tempo!. *Jornal Sul21*, 04 de julho de 2016. Disponível em <https://www.sul21.com.br/jornal/ei-empsiuem-ha-quanto-tempo-por-analise-de-lima-palombini/>. Acesso em 26/08/2017.

PALOMBINI, A.L. Psicanálise a céu aberto? In: COMISSÃO de Periódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). *Psicose: aberturas da clínica*. Porto Alegre: APPOA/Libretos, 2007, p.156-175.

PASSOS, E. A clínica, o método e as experiências de passagem. Conferência de abertura do *I Congresso Internacional, II Congresso Ibero-Americano, I Congresso Brasileiro de AT "Singularidade, Multiplicidades e Ações de Cidadania"*. São Paulo, 7, 8 e 9 de setembro de 2006. Não publicado.

PECHMAN, R.M. Quando Hannah Arendt vai à cidade e encontra com Rubem Fonseca, ou da cidade, da violência e da política. [2005?]. Mimeografado.

PELBART, P.P. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúdeloucura 2*. São Paulo: Hucitec, p.131-138, 1997.

ROLNIK, S. Clínica Nômade. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). *Crise e cidade*. Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997.

SENNETT, R. *O declínio do homem público*. As tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SERRES, M. *Filosofia mestiça*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.