

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

CONVIVENDO COM MIGUEL E MÔNICA:

uma proposta de Acompanhamento Terapêutico de crianças autistas.

Carlos Frederico de Macedo Coelho

Brasília

2007

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CONVIVENDO COM MIGUEL E MÔNICA:
uma proposta de Acompanhamento Terapêutico de crianças autistas.

POR
CARLOS FREDERICO DE MACEDO COELHO

Dissertação apresentada no Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como requisito parcial para
a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica
e Cultura.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Izabel Tafuri

Brasília – DF

2007

A Banca Examinadora que aprovou essa dissertação teve a seguinte composição:

Presidente – Prof. Dr^a Maria Izabel Tafuri

Membro – Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Membro – Prof. Dr. Kleber Duarte Barretto

Membro Suplente – Prof. Dr^a Marisa Maria Brito da Justa Neves

Brasília, 26 de Março de 2007

*“Oh, a storm is threat'ning
My very life today
If I don't get some shelter
Oh yeah, I'm gonna fade
away”¹*

Gimme Shelter
(M. Jagger/K. Richards)

¹ Oh, uma tempestade está ameaçando minha vida, se eu não achar abrigo, eu vou desaparecer aos poucos.

Dedico esse trabalho à *Miguel*
e *Mônica*, pequenas criaturas
que muito me ensinaram sobre
a riqueza das diferenças e a
possibilidade de um outro
viver.

Agradecimentos

Ao CNPq pela ajuda financeira.

Aos funcionários do Instituto de Psicologia pelo auxílio e atenção dados a mim nesse mestrado.

Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

À Professora Dra. Maria Izabel Tafuri, pela maneira dedicada, presente e sempre disposta com a qual me orientou nesse trabalho, sem a qual este projeto não teria tomado forma.

À Ana Lúcia Amado pela excelente revisão ortográfica dessa dissertação.

À Jennifer Souza, pela tradução do Abstract.

Aos professores componentes da banca: Professor Dr. Ileno Izídio da Costa, Professor Dr. Kleber Duarte Barretto, Professora Dra. Marisa Maria Brito da Justa Neves, pelas valiosas contribuições e arguições que instigam a enveredar ainda mais na pesquisa e na promoção de saúde mental.

Aos amigos do mestrado, Marília Sobral, Ivan Abreu, Lívia Milhomem, Luciana Parra, Caroline Fabrine, Vanessa Lazary, Tatiana Yokoy, Maria Del Carmem, Giuliana Cores, Wainer Martins, Kiki, Fabio Angelim, Carlos Peroni, Rafael, Maviane Ribeiro, Ana Janaína Souza, Demétrius França, Marcela Favarinni, Marina Agra e Michelângela Madeira pela amizade e o enriquecimento humano que vocês sempre me dão.

Aos meus ex-alunos da Disciplina de Graduação “Tópicos Especiais em Psicopatologia”, por terem me ensinado a ser professor.

Às famílias de Miguel e Mônica, por terem permitido conviver com essas doces criaturas que muito me ensinaram.

Aos amigos da quadra 213 Sul, Frederico Abreu, Frederico Souza, Marco Antônio Queiroz, Luciano Pontes, Igor Saraiva, Leandro Gonçalves, José Ribamar Júnior, Bruno Dantas e Henrique Fontenelle, meus amigos “vagabundos” e sagrados, pela ruidosa e saudavelmente “insana” convivência.

À minha guia e mentora, Sandra Maria Báccara Araújo, que ajudou e ainda me ajuda a ser uma pessoa cada dia mais apaixonada pelo ser humano.

À minha eterna babá, Letícia.

Aos meus irmãos, Marco Aurélio, Juliana e Cristiane por serem, simplesmente, meus amados irmãos.

À minha sobrinha Evelyn, que apesar da distância de um oceano, me faz querer ser a cada dia um tio melhor.

Aos meus pais, José e Geralda, pelo amor incondicional ao caçula que sou e por terem me ensinado que ajudar o próximo é muito mais que um gesto de boa vontade, é um gesto honroso, enobrecedor e necessário para esse tão sofrido mundo.

A Deus, por ter colocado as pessoas que eu amo em minha vida.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO.....	13
-----------------	----

CAPÍTULO 1 - A ANTIPSIQUIATRIA: SUAS IDÉIAS E SEUS PRINCIPAIS AUTORES

1. 1 – Uma elaboração histórica da exclusão social da loucura	19
1.2 – O Movimento da Antipsiquiatria	26
1.2.1 – Ronald Laing	28
1.2.1.1 – Maud Mannoni e a influencia de Laing	31
1.2.2 – David Cooper	32
1.2.3 – Franco Basaglia	36
1. 3 – Os esforços da Antipsiquiatria	40

CAPÍTULO 2 – A LOUCURA NA INFÂNCIA E OS SEUS DIFERENTES CUIDADOS

2.1 – O <i>a priori</i> e a loucura na infância	44
-------------------------------------------------------	----

2.2 – A Experiência de Bonneuil	50
2.3 – O social como elemento terapêutico para crianças	53

CAPÍTULO 3 – ACERCA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

3.1 – Um Histórico do Acompanhamento Terapêutico	56
3.2 – Definições de Acompanhamento Terapêutico	59
3.3 – Alguns objetivos e características do AT	64
3.4 – O que é esperado de um acompanhante terapêutico	66
3.5 – O Acompanhamento Terapêutico de Crianças	70
3.6 – Aprendizado pessoal com o AT	71

CAPÍTULO 4 – OS ACOMPANHAMENTOS TERAPÊUTICOS COM MIGUEL E MÔNICA

4.1 – Apresentação	74
4.2 – O caso Miguel	74
4.2.1 – A invasão de campos de saber: o pedagógico e o terapêutico.....	79
4.3 – O Caso Mônica	81
4.3.1 – A minha entrada como um dos acompanhantes na escola.....	86
4.3.1.1 – Um dia fora da rotina e de muitas mordidas	88
4.3.1.2 – Impressões contra-transferenciais desse dia tão difícil	94

4.3.1.3 – Abrindo a guarda com Mônica: uma estratégia que deu certo	97
4.3.1.4 – Jogando o jogo de Mônica: o ensaio e a cantata de Natal	101
4.3.1.5 – A apresentação da cantata: um dia emocionante, mas de impasses	104
4.4 – Bonneuil e o autismo: uma postura institucional que inspira o trabalho de AT	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

RESUMO

Inspirada pelas idéias do movimento antipsiquiátrico inglês, da psicologia democrática italiana, e da psicoterapia institucional francesa, o Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma prática clínica destinada a promover melhorias na qualidade de vida de pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave através da circulação dessas pessoas em ambientes do cotidiano. Além disso, é uma prática clínica que busca re-socializar essas mesmas pessoas que, pelo seu sofrimento psíquico grave, são isoladas do convívio social.

O presente estudo pretende discutir aspectos importantes para a prática de AT com crianças, a partir de duas experiências Acompanhamento Terapêutico com crianças autistas realizadas pelo autor, haja vista que há pouco material bibliográfico publicado no Brasil a respeito dessa prática com crianças.

Essa dissertação tem como fundamentação básica de discussão as idéias de Maud Mannoni acerca da desinstitucionalização do atendimento psicoterápico de crianças portadoras de sofrimento psíquico grave, idéias essas que englobam o trabalho de Acompanhamento Terapêutico.

A metodologia de investigação desse trabalho coincide com a prática supervisionada de Acompanhamento Terapêutico realizada pelo autor. A experiência imediata do autor na realização desses acompanhamentos é o principal instrumento de análise das informações obtidas nessa investigação.

A principal conclusão que se faz acerca do trabalho de Acompanhamento Terapêutico com crianças é que essa é uma atividade que deve se orientar no princípio de que o profissional que realiza essa atividade deve advogar em favor dessa criança no processo de socialização,

compreendendo os limites e capacidades que essa mesma criança têm que são influenciados pelo seu sofrimento psíquico grave, mas tentando ir além desses limites, investindo em uma postura acolhedora e flexível que auxiliaria essa criança a viver de maneira mais adequada o seu cotidiano.

ABSTRACT

Inspired by the ideas of the English antipsychiatric movement, by the Italian democratic psychology and by the French institutional psychotherapy, the Therapeutic Accompaniment (TA) is a clinical practice designed to promote and improve a better quality of life in patients who suffer psychology illnesses through re-assimilation in routine social environments. This a clinical practice that attempts to re-socialize this very patients, by fault of their psychiatric illnesses, have become isolated from society and social norms.

This study intends to discuss various important methods, which can be applied to TA therapy with children based on two cases of TA therapy used with Autistic children observed by the author, due to the fact that there is very few academic publications in respect to this therapy in Brazil, specifically work done with children, can be used as references.

This dissertation has its theoretic fundament in Maud Mannoni's ideas about the alternative clinical practice with children with serious psychological suffer. Such ideas have much to do with the Therapeutic Accompaniment.

The methodology of this investigation coincides precisely with the supervised practice of Therapeutic Accompaniment. The results and initial observations taken from this study have become the key components for analysis and as an academic resource on the subject matter.

The main conclusion of this work is the fact that the children's Therapeutic Accompaniment is a clinical practice guided by the idea that the professional who does this activity must advocate in favor of the children during their socialization process, by understanding their limits and possibilities, however trying to go beyond the children's limits, investing in a kindly and flexible position that would assist this child to live in more adequate way its daily one.

Introdução

Diversos são os caminhos que nos levam ao contato com a loucura. Por ter começado a freqüentar consultório psicológico desde a minha adolescência (e ter aprendido bastante com essa experiência), era claro o meu desejo de ser psicólogo clínico, profissional que, pela escuta e pela fala, era capaz de auxiliar as pessoas a serem mais plenas. Ter sido paciente de psicanálise abriu-me os olhos ao fato de que, em determinado nível, somos ignorantes sobre elementos fundamentais de nossa própria existência.

Lembro-me que, por volta dos meus treze anos de idade, assisti a um filme chamado “*Rain Man*”, estrelado por Tom Cruise e Dustin Hoffman. Como muitos devem saber, esse filme conta a história de dois irmãos, separados desde pequenos, que partem em uma viagem de carro pelos Estados Unidos, a fim de reaver a herança do falecido pai. O destaque do filme é que um desses irmãos é autista de alta capacidade. Para o irmão normal (amargurado com a vida e bastante ganancioso), essa viagem de carro se converte numa interessante jornada de auto-conhecimento pois o comportamento do personagem de Dustin Hoffman parece sensibilizá-lo para as estranhezas de um mundo até então desconhecido: o fascinante, porém assustador, mundo do autismo. Esse foi filme foi um divisor de águas em minha vida, pois fez acender em mim o interesse de conhecer mais acerca do autismo. Chamava a minha atenção nesse filme a impossibilidade do personagem autista de estabelecer vínculos afetivos com as pessoas. Pela minha pouca experiência de vida, não conseguia acreditar que existiam pessoas assim, radicalmente incapazes de ter qualquer sentimento por alguém, mas que, ao mesmo tempo, nutriam a necessidade extrema de vincular-se de maneira estereotipada a objetos.

Na escolha de minha profissão, pesou o desejo que tinha de exercer uma profissão que conciliasse minha curiosidade sobre esses enigmas da vida e a minha vontade de ajudar o próximo. Quando entrei na graduação do curso de Psicologia da Universidade de Brasília, sentia que esse meu desejo seria atendido.

Depois de ter passado três anos estudando as particularidades do psiquismo humano e as diferentes vertentes teóricas que o estudam, era chegado o momento de colocar tudo que aprendi em prática. Quando descobri que havia em minha universidade uma professora que trabalhava com autismo, decidi reacender o meu interesse adolescente de conhecer essa doença e poder trabalhar clinicamente com esse tema. Resolvi integrar o grupo de pesquisa e atendimento de crianças autistas do Laboratório de Psicopatologia do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília coordenado pela professora Maria Izabel Tafuri. Imaginava que, em pouco tempo, já estaria atendendo crianças autistas em consultório, pois achava que o que havia aprendido em sala de aula já seria suficiente para atendê-las. Eis que o destino me prega uma peça e toda a minha expectativa vai ao chão.

Ao invés de atender crianças autistas nos moldes clássicos de um consultório, a professora Maria Izabel Tafuri, minha supervisora de estágio, me oferece a possibilidade de realizar o Acompanhamento Terapêutico (AT) de uma criança autista em uma escola de ensino regular. Confesso que, na ocasião, fiquei frustrado com essa oferta, mas, mesmo assim, aceitei pela minha curiosidade de conhecer acerca do autismo.

Porém, um outro fato também me incomodava: o que era, afinal de contas, Acompanhamento Terapêutico? Sabia muito pouco sobre essa prática e não imaginava que esse atendimento era realizado com crianças. Cheguei a ir atrás de material bibliográfico sobre Acompanhamento Terapêutico, mas fui encorajado por minha supervisora de estágio a não fazer isso, pois ela acreditava que, num primeiro momento, seria mais interessante privilegiar meu

sentimento de estar com junto com essa criança autista, do que me lançar sobre qualquer tipo de conhecimento técnico acerca do Acompanhamento Terapêutico.

Portanto, além de frustrado, eu estava também confuso e inseguro: não havia nenhum conhecimento técnico que me ensinaria o jeito ideal estar junto de uma criança autista. Confesso que houve momentos em que pensei em desistir de atender crianças autistas dessa maneira. Ainda assim, havia algo que me motivava a prosseguir. Para ser franco, ainda hoje desconheço essa motivação, já que o trabalho de Acompanhamento Terapêutico é para mim prática extremamente difícil.

Posteriormente, fui buscar conhecimento teórico sobre essa prática. Soube, por Mauer & Resnizky (1987) que o AT foi prática criada na Argentina, originalmente pensada como mais um recurso no manejo clínico das psicoses nas instituições psiquiátricas, uma alternativa para pacientes com os quais as abordagens clássicas haviam fracassado.

Não satisfeito com a informação de que o AT seria um tratamento institucional paliativo da psicose, pude saber por Carvalho (2002), que o Acompanhamento Terapêutico visa oferecer às pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave a possibilidade circular no cotidiano da cidade, resgatando sua saúde mental, qualidade de vida e inclusão social.

Descobri, em Barretto (2000), que boa parte da minha insegurança também era compartilhada por outros profissionais. Achava que a minha prática não era séria e digna de reconhecimento profissional pelo fato do AT parecer, para mim, um inútil passeio na cidade.

Porém, nessas minhas andanças pela bibliografia do AT, o seguinte fato me chamou maior atenção: há muito pouco escrito a respeito da prática do AT com crianças. Não há ainda no Brasil um livro ou uma compilação de publicações menores que trate especificamente do AT infantil. Isso, para mim, foi uma decepcionante constatação: seria justamente o meu tema de dissertação o menos privilegiado no que diz respeito à quantidade de material bibliográfico.

Todavia, o que era decepção virou uma boa oportunidade. A escassez de material sobre a experiência de AT com crianças motivou-me, ainda mais, a trabalhar com esse tema. Esse trabalho não pretende propor diretrizes básicas de atuação no Acompanhamento Terapêutico de crianças: mas, sim, apontar alguns aspectos importantes em relação a essa modalidade clínica com crianças. Um dos aspectos importantes dessa prática levantados nessa dissertação, por exemplo, está no fato de que o AT com crianças tem papel importantíssimo no processo de inclusão escolar de crianças portadoras de psicopatologias graves. Ouso afirmar que o ambiente em que um acompanhante terapêutico de crianças mais atuará é a escola. A escola parece ser o grande lugar de inclusão social de crianças portadoras de sofrimento psíquico grave, e é justamente nele que o profissional viverá os seus maiores impasses. Não por coincidência, a maior parte dos impasses discutidos por mim nesse trabalho se deram em ambiente escolar.

O objetivo desse trabalho é colocar em discussão aspectos importantes acerca do trabalho de Acompanhamento Terapêutico com crianças. Para tal empreitada, o método de investigação desse trabalho coincidiu com a minha prática em Acompanhamento Terapêutico que, vale mencionar, foi bastante curta. No ano de 2007, completei quatro anos de prática em AT. A minha experiência pessoal advinda da prática do AT e as conseqüentes supervisões clínicas foram o subsídio básico para a fundamentação teórica e prática de meu trabalho. Por ser um estudo que preza a experiência pessoal da dupla acompanhante-acompanhado não houve a preocupação de elaborar um instrumento objetivo de coleta de dados. A coleta e análise de dados correspondeu à impressão pessoal do autor-pesquisador.

Acerca da forma de apresentação e do conteúdo da dissertação, ela está dividida em cinco capítulos.

O primeiro capítulo faz breve relato da história do surgimento dos cuidados médicos com a loucura a partir da Idade Média, prática de cuidados que parecia constituir apenas mais uma

maneira de segregar o louco do convívio social em nome da manutenção do *status quo*. Nesse mesmo capítulo, discute-se também o surgimento de uma disciplina que denuncia essa equivocada prática de cuidados – a Antipsiquiatria. Com a intenção de proteger o louco desse processo de segregação social, essa disciplina vem denunciar a ética dos cuidados médicos que reduz os loucos a indivíduos sem autonomia e sem discurso e defender uma prática terapêutica capaz de validar o discurso do sujeito louco e valorizar a sua existência em sociedade.

O segundo capítulo dessa dissertação discute a questão da loucura na infância. Aponta o fato de que a loucura na infância é simbolizada pela imagem da criança deficiente incapaz de aprender. Por esse fato, existiria a preocupação de se reeducar a criança louca de maneira a encaixá-la em um programa pedagógico pré-determinado bastante tecnicista e limitado. Um exemplo apresentado nessa dissertação é o famoso caso do *Selvagem de Aveyron*, que descreve a experiência, coordenada por Jean Itard, médico colaborador de Pinel, de reeducar uma criança surda encontrada em uma floresta francesa. Como contraponto a essa discussão, discute-se os princípios de atuação da Escola Experimental de Bonneuil sur-Marne, uma instituição de acolhimento de crianças portadoras de sofrimento psíquico grave que se inspirou de maneira significativa nos ideais da Antipsiquiatria, ao estabelecer para si a postura crítica-constructiva de ser uma instituição destinada ao arrebatamento institucional (*instituiton éclaté*) por parte de seus próprios usuários. Tal postura ajudou a evitar o risco de que a instituição de acolhimento alimentasse a loucura de seus usuários. Além disso, a instituição de Bonneuil investiu no tratamento da loucura das crianças em locais que não fossem propriamente terapêuticos, como, por exemplo, na vizinhança da própria instituição. Tal postura parece andar de mãos dadas com aquilo que o Acompanhamento Terapêutico, nos dias de hoje, propõe como prática terapêutica.

No terceiro capítulo, é feita apresentação mais pormenorizada da prática do Acompanhamento Terapêutico: a sua história, as suas diversas definições, os seus objetivos, o

que se espera de um acompanhante terapêutico. É apontado, também nesse capítulo, o fato de que pouco se produz em literatura a respeito dessa prática com crianças.

No quarto capítulo, são apresentadas as vinhetas clínicas dos casos de Miguel e Mônica, duas crianças autistas acompanhadas por mim. Essas duas experiências de Acompanhamento Terapêutico são a base para a discussão dos pontos fundamentais acerca do AT com crianças. Nesse capítulo, discuto os impasses vividos pelo AT no processo de inclusão social (no caso dessa dissertação, representada pela inclusão escolar) e as qualidades esperadas de um acompanhante terapêutico na realização de tão árdua tarefa.

Finalmente, no quinto capítulo desse trabalho, são apresentadas as considerações finais.

A prática do Acompanhamento Terapêutico é ainda bastante recente na história dos cuidados com a loucura. Fazendo uma analogia, o Acompanhamento Terapêutico de um modo geral seria uma criança que já começa a andar ajudada por seus pais – o saber acerca do cuidado humanizado com a loucura. O AT de crianças, por seu turno, é ainda um bebê que repousa confortavelmente (ainda bem) no colo desses pais. Espero que essa dissertação seja um pequeno estímulo para que esse bebê possa descer do colo materno e aventurar-se nesse mundo fascinante e tão necessário da promoção de saúde mental.

Capítulo 1

A Antipsiquiatria: suas idéias e seus principais autores.

1. 1 – Uma elaboração histórica da exclusão social da loucura.

Para uma compreensão mais abrangente da loucura nos dias atuais é fundamental que o pesquisador busque compreender a história desse fenômeno a partir da Idade Média. O obscurantismo cultural e científico daquela época justificou uma série de atitudes radicais com a loucura. Certos acontecimentos daquele período influenciariam a maneira como os loucos seriam tratados e um desses acontecimentos mais marcantes foi a lepra.

Durante a alta Idade Média, a lepra assolava a Europa e era vista como o grande flagelo do ocidente – alvo de comiseração cristã e repúdio. Com as medidas de isolamento dos doentes, o número de leprosos diminuiu acentuadamente, a epidemia foi controlada e a doença deixou de ser uma ameaça iminente. A estrutura dos leprosários, entretanto, continuou de pé, assim como persistiu também o sentimento paradoxal de repúdio e compaixão cristã em relação aos leprosos. Mudaram-se apenas os personagens desse sentimento: vagabundos, mendigos, presidiários, sífilíticos e “cabeças alienadas” (Foucault, 1972, p. 6).

Para ambos os personagens – leprosos e loucos – a necessidade de proteção e, por conseqüência, isolamento, era iminente. O louco, por sua natural estranheza com o restante da comunidade parecia clamar em conjunto para si a repressão, o isolamento e um “cuidado” que o afastava do social, pois a sua loucura era contagiosa e maléfica. A exclusão dos leprosos e dos loucos medievais era antes um fato carregado de valores sociais do que propriamente simples

cuidados médicos. Esse é o raciocínio medieval típico que ainda persiste em nossa contemporaneidade, mas que é disfarçado sob a máscara do cuidado.

Na era Medieval, os loucos passaram a ser não apenas personagens que preencheram o espaço vazio da antiga instituição de combate à lepra, mas também novo alvo de controle da ideologia cristã dominante na época. Eram escorraçados pela sociedade européia que os prendiam em albergues de detenção sob o pretexto de que esses viviam em um estado de vagabundagem. Por serem expulsos da cidade, os loucos passavam a ter existência errante na geografia medieval européia: viviam em constante peregrinação entre uma cidade e outra, já que nenhuma cidade se prontificava a acolhê-los.

A Nau dos Loucos tem aí sua origem. Embora tenha sido considerada, durante muito tempo, apenas um tema da cultura medieval européia, ela realmente existiu: eram barcos contratados para levar os loucos expurgados de uma cidade para outra. Era, possivelmente, uma maneira de se acabar com o comportamento errante dos loucos entre as cidades.

Por sua atribuição, a Nau dos Loucos dos idos do século XV carregava um componente simbólico bastante claro do lugar em que o louco se encontrava na sociedade medieval européia. Lançar o louco à navegação era ter certeza de que, além de limitar a sua errância, seria possível fazê-lo partir para um lugar distante, longe do contato com as pessoas sãs. Além disso, a navegação entregava as pessoas à incerteza da sorte (Foucault, 1972, p.12). O embarque era dado às incertezas do destino, cada embarque poderia ser o último.

Era para um outro mundo que o louco embarcava, e era de um outro mundo que ele desembarcava. A Nau dos Loucos era simbolicamente um local de passagem, de transição. O louco estava e não estava, simultaneamente, em um lugar. A Nau dos Loucos simbolizou um limiar que serve de prisão ao louco, um lugar em que não está em lugar algum. Ele é colocado no interior do exterior e vice-versa, postura essa que permanece, simbolicamente, nos dias de hoje

(Foucault, 1972, p.12). Os hospitais psiquiátricos de nosso século são grandes locais de permanecimento e não de existência de pessoas não adaptadas às convenções sociais.

Com essa exposição, busquei chamar atenção para o fato de que a Idade Média foi o período no qual surgiu a base da segregação que ainda hoje acontece com os loucos da sociedade ocidental. A partir do século XVII, essa estrutura de segregação evoluiu para uma estrutura de internamento o que bem se expressa com a fundação do Hospital Geral, na França.

O Hospital Geral foi uma reorganização administrativa dos estabelecimentos hospitalares franceses. Os estabelecimentos destinados a receber os loucos passaram a ser agrupados sob uma administração única e padronizada. Era função do Hospital Geral recolher, alojar e alimentar aqueles que se apresentavam por espontânea vontade ou aqueles que para lá eram encaminhados.

O Hospital Geral não era um estabelecimento médico por excelência. Era antes uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decidia, julgava e executava: era a terceira ordem de repressão. Era uma instância da ordem monárquica e burguesa que se organizava na França nessa mesma época (Foucault, 1972, p.50). A instituição tinha autonomia administrativa que a permitia organizar a sua política de internamento da maneira que melhor lhe fosse conveniente.

Haja vista as ações de internação do utilizadas no Hospital Geral no século XVII, faz-se necessário ressaltar que o processo de internação era carregado de peso ideológico relacionado à ascensão das idéias iluministas e dos ideais de predestinação da reforma protestante.

A imagem da pobreza não era mais a mesma, pois a prática do internamento dava uma nova dimensão à pobreza (Foucault, 1972, p.56). A miséria, que na Idade Média era vista com compaixão e caridade pela doutrina cristã, passa a ser vista como um castigo àqueles que não foram abençoados pela predestinação divina pregada pelo calvinismo.

Assim, os internos dos Hospitais Gerais não se enquadravam unicamente no critério de estarem acometidos por algum tipo de doença ou mal. Podiam ser internados simplesmente por serem pobres. O indivíduo era pobre e louco por um desígnio divino. A pobreza sofreu um processo de dessacralização que se estendeu à loucura até os dias atuais.

Loucura e pobreza passaram a conviver no mesmo espaço social: o hospital. O louco, que na Idade Média era alguém que vinha de um outro mundo, aparentemente desprovido de qualquer intenção maléfica, passa a se destacar como um problema, um caso de polícia. Se antes era acolhido porque vinha de um outro lugar, de um outro mundo e de um outro imaginário, posteriormente passou a ser excluído por pertencer a esse lugar, um lugar de culpa e castigo. O louco passa a perturbar maciçamente a ordem do espaço social.

Foucault (1972) sintetiza bem a fundamentação ideológica para as medidas de internamento no século XVII:

“A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido” (p. 78).

As idéias de internação do século XVII fizeram com que os loucos passassem a se misturar com diversos personagens sociais. Criminosos, mendigos e loucos faziam parte da mesma instituição de internamento. Esse contexto de indistinção entre os diversos internos da instituição só mudou a partir do momento em que Pinel foi nomeado diretor geral do Hospital Geral de Paris. Pinel teve como meta desenvolver métodos de distinção entre as pessoas realmente acometidas pela insensatez e as pessoas sãs. Foi forçado então a desenvolver um lidar “desmascarador” da loucura. (Foucault, 1972, p. 465).

A primeira medida que Pinel tomou para “desmascarar” a loucura foi a de abolir a corrente e o calabouço. Em Bicêtre, grande centro de hospitalização de Paris, fora decidido que os alienados só seriam mantidos acorrentados em último caso. Notando-se nos alienados uma melhora com ar e liberdade, as suas correntes passaram a ser deixadas de lado. Contudo, por trás desse gesto benevolente, havia o interesse de Pinel de criar um ambiente em que o desatino pudesse se tornar dominante, de maneira que Bicêtre passasse a ser realmente um lugar de acolhimento somente de insanos e não mais de outros tipos (Foucault, 1972, p. 466).

A atitude de romper com a corrente e o calabouço em Bicêtre, além de ter sido um gesto político, foi também um gesto que para Pinel dizia respeito a uma nova maneira de lidar com o louco: o lidar terapêutico. Para Pinel, a cura da loucura se daria por meio de um agir terapêutico, em favor do ar livre e da liberdade. A terapêutica das correntes rompidas diz respeito à tentativa de liberar o homem para o resgate de uma potencialidade moral benéfica.

Pinel dá um exemplo claro desse resgate moral pelo caso do soldado Chevingé: era um soldado que havia sido acometido por um delírio de grandeza e acreditava ser um general. Por mais que o soldado estivesse delirando, Pinel havia reconhecido nele uma excelente natureza por trás desse fato. Assim, liberta-o afirmando que vai tomá-lo ao seu serviço, e exige dele toda a fidelidade que um bom patrão pode esperar de um servo reconhecido. A melhora então acontece.

Chevingé passa a ser empregado de Pinel, chegando até a protegê-lo em situações de perigo (Foucault, 1972, p. 473).

Esse gesto ensejou o uso da moral como elemento básico de cura para a loucura. Para Pinel, a cura do louco vem a ser a estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado. A cura da loucura é sublinhada pelo ponto de vista da aprovação social e pela definição de papéis pré-existentes, como no caso citado, uma relação de senhor e servo. Não se tratam de duas razões espontâneas que se reconhecem, mas, sim, de dois personagens já determinados, que surgem em um momento de conveniência mútua segundo estruturas já dadas de antemão (Foucault, 1972 p. 474).

Porém, ao mesmo tempo em que, supostamente, se desenvolvia uma terapêutica inovadora para a loucura, a sua condição passava a andar lado a lado com a devassidão moral: “*A loucura, agora, é parente da decadência social, que surge confusamente como sua causa, modelo e limite. O asilo passa a ser o lugar da denuncia da decadência moral e local da uniformização moral*” (Foucault, 1972, p. 489).

O asilo criado por Pinel desempenhava a função de refletir ao louco a sua insanidade. A terapêutica, desenvolvida a partir da idéias de Pinel, era persuadir o louco de sua própria loucura a fim de libertá-lo dessa condição. É chegada a fase da humilhação em que o discurso do louco é invalidado e desqualificado. Acreditava-se que por essa desqualificação, o sujeito passaria a se enxergar e retomaria a sua sanidade. Todo esse desmascaramento em nome de uma verdade moral que seria a panacéia para os males da loucura.

A inserção na vida do insano de figuras autoritárias é conseqüência da utilização da moral como meio de cura para a loucura. Toda a terapêutica da loucura elaborada por Pinel é organizada de maneira que o louco se veja cercado em um mundo de juízo por todos os lados. Ele deve saber-se vigiado, julgado e condenado. O insano passa da falta à punição (Foucault, 1972, p.

494). O asilo de Pinel não é o lugar da observação, do diagnóstico e da terapêutica e, sim, do julgamento, da culpa e da condenação.

Paralelamente, é fundamental comentar a existência de uma figura central à manutenção da loucura: o médico. A este não é delegada a função de ser científico e, sim, de ser sujeito moral. Era tido como sábio, um detentor de ilibada moral mantenedora da ordem. Sua profissão médica é requisitada mais como garantia jurídica e moral do que como garantia científica. Não obstante de exercer um domínio sobre o louco, havia a intenção de proporcionar ao louco algum tipo de cuidado. Segundo Haslam *apud* Foucault (1972):

“É muito importante ganhar a confiança desses enfermos e provocar neles sentimentos de respeito e obediência, o que só pode ser fruto da superioridade do discernimento, de uma educação distinta e da dignidade no tom e nas maneiras. A tolice, a ignorância e a falta de princípios, sustentados por uma firmeza tirânica, podem provocar o temor, mas sempre inspiram desprezo. O vigilante de um hospício de alienados que consegue ascendência sobre eles dirige e regulamenta seus comportamentos à vontade; deve ser dotado de um caráter firme e ostentar na ocasião um aparelho imponente de seu poder. Deve ameaçar pouco, mas executar, e, se for desobedecido, a punição deve vir de imediato” (p. 498).

O saber médico deve ter, de acordo com o comentário supracitado, um poder que imponha respeito e certo temor. Se o saber médico tem poder na loucura, não é porque ele a conhece e, sim, porque ele a domina (Foucault, 1972, p. 498).

O saber médico passa a ser aquele que aliena o seu paciente, pois o médico sabe tudo e tudo domina. O louco não sabe nada e a si próprio não domina. Até o século XIX (talvez, até aos

dias de hoje), a figura do médico desautoriza por completo a verdade de um insano. Desautoriza justamente dando-lhe a pecha de ser o discurso de um louco, carente de veracidade e credibilidade. “Ele fala e age assim porque ele é louco”, seria então o modelo de pensamento médico asilar.

E assim foi extenso o tempo em que a loucura fora encarada por aqueles que a manejam como algo inumano e desprovido de qualquer significado e relevância. A loucura é, *a priori*, um mal a ser combatido. Todavia, não é possível combater uma doença eliminando o seu doente. As medidas terapêuticas pioneiras do século XVII dificultaram a possibilidade de garantir ao portador de sofrimento psíquico grave o mínimo senso de cidadania e pertencimento ao seu meio social.

1.2 – O Movimento da Antipsiquiatria

Se fosse possível sintetizar as idéias dos principais autores da Antipsiquiatria em uma frase, essa seria:

“A Antipsiquiatria defende o louco contra a sociedade”.

Parece claro que essa é uma frase com um conteúdo um tanto quanto radical. Até que ponto é necessário criar uma disciplina que defenda determinado seguimento da sociedade (loucos) do restante da mesma?

Tal ação é uma denúncia contra uma sociedade que forjou durante séculos uma maneira equivocada, desumana e repressora de mais um fenômeno social dentre vários pertencentes à sociedade ocidental. A Antipsiquiatria enfatiza que o aspecto mais perverso do manejo clássico da loucura é travestido de um cuidado com a pessoa portadora de sofrimento psíquico grave.

De acordo com Manonni (1970):

“É a obrigação dos cuidados que a antipsiquiatria contesta; a norma de adaptação que pesa em nossos dias sobre os doentes mentais, arrisca-se, com efeito, a aprisioná-los numa outra forma de sistema repressivo, talvez mais arbitrário ainda do que uma decisão de justiça, da qual pode-se sempre apelar” (p. 178).

A Antipsiquiatria tem como meta contestar o poder que é dado à psiquiatria em “cuidar” do portador de sofrimento psíquico grave. O cuidado que é delegado à psiquiatria parece dizer respeito à necessidade de se criar meios de proteger a sociedade do “louco”. O agir psiquiátrico recebeu um estatuto de cuidado final e básico. O portador de sofrimento psíquico grave não pode ser outra coisa senão o “louco” do ponto de vista psiquiátrico. Portanto, sob o olhar médico, a loucura passa a ser deletéria por natureza, e, não se adaptando àquilo que a medicina considera ser saudável, passa a ser uma doença.

O que a Antipsiquiatria pretende defender é a liberdade do “louco” viver a sua “loucura” sem que isso seja sinônimo de devassidão moral, e que qualquer pretensão terapêutica em relação a esse fenômeno é indesejada. A loucura é um *processus* natural que pode indicar o caminho da cura.

Vejamos o que os principais autores em Antipsiquiatria têm a dizer.

1.2.1 – Ronald Laing

A vertente teórica que Ronald Laing utiliza para a compreensão do fenômeno da loucura é a fenomenologia existencial. Por meio dela procura caracterizar a natureza da experiência da pessoa com o seu mundo e consigo mesma (Laing, 1969, p. 15). Tem a tarefa de formular o que é o mundo do outro e a sua maneira de ser nele. Postula que cada homem está, ao mesmo tempo, separado de seus semelhantes e a eles vinculado. Por esse olhar existencial, Laing (*apud* Bosseur, 1974, p.64) acredita que o esquizofrênico é um ser que sofre de uma insegurança ontológica inicial contra a qual deve se defender. Afirma que algumas pessoas esquizofrênicas parecem ter nascido biologicamente um dia, mas nunca existido de verdade. Passam a procurar se proteger eternamente desse vazio. Muito mais que um vazio, existe nessa situação um sentimento de ser devorado pelo outro, de ser engolido por ele. Esse medo leva o indivíduo ao isolamento, acreditando na possibilidade de proteger a sua identidade ameaçada. Outras pessoas têm o temor de que a realidade invada a sua personalidade. A realidade passa a ser perseguidora.

Em ambas as situações, o sujeito fragilizado se finge de morto e torna-se objeto para escapar dessa ameaça. Porém, a posição de morto revela-se insustentável, pois é impossível fingir-se de morto *ad eterno* estando vivo. Começa-se uma oscilação entre o vivo e morto que inviabiliza a possibilidade de uma existência adequadamente saudável.

Laing denomina essas experiências de angústia existencial profunda que o esquizofrênico vive de experiências do eu encarnado e do eu não-encarnado. Todavia, a vivência dessas experiências não necessariamente diz respeito a uma estrutura psicótica definitiva, tampouco a não-experiência delas diz respeito a uma estrutura psíquica saudável. São situações que podem surgir em consequência de fatos ocorridos na realidade dos indivíduos. Sobre essas divisões do psiquismo, é fundamental ter em mente que dizem respeito a uma experiência em que o corpo

deixa de ser vivenciado como núcleo do ser, passando a ser mero objeto como qualquer outro da realidade. O corpo passa a abrigar um falso *self*, ao ponto que o verdadeiro *self* é desencarnado e perdido, convertendo-se em uma energia desatrelada a qualquer significação da realidade (Laing *apud* Bosseur, 1974, p. 66).

Ainda para Laing, a esquizofrenia ou crise psicótica nada mais é do que uma seqüência natural, com princípio, meio e fim. Trata-se de uma seqüência morte-renascimento em que a pessoa que retorna dela tem a impressão de renascer, de renovar-se e de reintegrar-se ao mundo (Laing *apud* Bosseur, 1974, p. 146).

A psiquiatria tenta usar de todos os seus artifícios para barrar esse processo. Para Laing, a psicose é uma tentativa de romper com o sistema que provoca tal fenômeno (família, sociedade, trabalho) por meio de uma crise. Laing recorre à palavra metanóia para designar a mudança proveniente da vivência dessa crise. Esse termo vem do Evangelho, que significa arrependimento, conversão, transformação espiritual. Para o autor, a metanóia diz respeito a uma completa modificação, uma nova totalidade do ser absorvendo novas parcelas da experiência. Porém, comete-se o erro de confundir esse processo com o início de uma esquizofrenia (Laing *apud* Bosseur, 1974, p.147).

A maneira como Laing compreende o fenômeno da loucura remete à possibilidade do profissional de conviver com a pessoa dita “louca” sem a necessidade de estabelecer juízos pré-definidos sobre a sua condição. Tal possibilidade de compreensão parece ter como base a maneira como Freud lidava com os seus pacientes no início de seus trabalhos: a aceitação plena da pessoa portadora de um sofrimento psíquico com a total qualificação de seu discurso.

Freud, juntamente com Breuer, foi o primeiro pensador a desenvolver uma linha de pensamento e uma terapêutica que necessariamente deve legitimar o discurso da pessoa acometida por um mal psíquico. Em sua primeira experiência hospitalar com histéricas, lhe foi

possível compreender que os sintomas apresentados por essas pacientes comunicavam um sentido muito próprio, fato esse desacreditado pelo conhecimento médico contemporâneo. Foi por meio da escuta desse discurso aparentemente insensato das histéricas que Freud clareou um possível caminho de cura para algumas psicopatologias. Laing parece seguir o mesmo caminho ético de Freud, atendo-se mais ao fenômeno da psicose.

Freud em um primeiro momento conseguiu desalienar o louco, ação essa que vem a ser a base ideológica da Antipsiquiatria. Entretanto, o alienou com o desenvolvimento da psicanálise e a Teoria do Inconsciente. O louco passa a ser o que é pela conjunção de fatores internos e alheios ao controle do próprio indivíduo. Essa crítica a Freud é levantada pela Antipsiquiatria que atribui ao desenvolvimento da teoria do Inconsciente uma nova maneira de alienar o homem de si próprio.

Laing também contribuiu para o desenvolvimento de instituições alternativas de acolhimento da loucura, que vieram influenciar profundamente outros importantes teóricos da loucura, fundando, em 1965, a Kingsley Hall.

Esta instituição estava muito mais próxima, em termos de estrutura e de funcionamento, das comunidades *hippies* que das comunidades terapêuticas propriamente ditas, variantes da psicoterapia institucional (Bosseur, 1974, p. 162). Não havia regulamentação interna de funcionamento: lá os médicos, referências de controle e ordenação por natureza, abandonavam por completo o seu papel de médicos. Evitavam ser os líderes da comunidade, agindo apenas como pessoas comuns entre as outras, salvo situações em que a integridade do interno entrava em risco.

Era um lugar que se propunha ir além do acolhimento da loucura: lá aconteciam seminários de estudo sobre diversos temas concernentes às psicopatologias e à existência

humana. Lá também aconteciam atividades culturais (danças, sarais) e artísticas (pintura, escultura, tecelagem).

1.2.1.1 – Maud Mannoni e a influencia de Laing

Laing foi um pensador que influenciou bastante outros profissionais envolvidos em saúde mental. As suas idéias sobre a humanização do tratamento da loucura e a criação de Kingsley Hall foram influências marcantes no trabalho de Maud Mannoni.

Mannoni foi uma psiquiatra de formação que ingressou decididamente no trabalho de promoção de saúde mental às crianças portadoras de sofrimento psíquico grave. Questionou durante muito tempo a maneira como as crianças doentes mentais seguiam o caminho da institucionalização. O maior alvo das críticas de Mannoni era o processo educacional das crianças especiais. Apontava que o tecnicismo educacional excluía boa parte das crianças que ainda eram incapazes de serem educadas e defendia que a escola deveria enxergar os seus alunos além da ótica pedagógica, afirmando ainda que a instituição escolar deveria se preocupar, também, com aspectos emocionais de seus alunos.

Influenciada por Laing, Mannoni almejava criar um lugar de rupturas institucionais, onde pudesse existir um espaço para a criação e a fantasia, aberto para o mundo exterior. Para ela, essa era a maneira mais adequada de se acabar com o risco das crianças portadoras de sofrimento psíquico grave seguirem o caminho asilar (Mannoni, 1988, p.73). Influenciada por uma experiência de trabalho em Kingsley Hall, Mannoni criou a Escola Experimental de *Bonneuil Sur-Marne*, na França. Mais adiante, no capítulo dois nesse trabalho será discutido com mais detalhes o trabalho de Mannoni.

1.2.2 – David Cooper

A principal afirmação que Cooper faz a respeito da psiquiatria diz respeito à questão da violência. O tipo de violência de que fala não é a referente a uma agressão à integridade física do sujeito, explícita e constatável aos olhos dos outros. A violência da qual ele trata é a silenciosa e velada: é a da imposição de uma norma de um determinado segmento da sociedade (“sadios”) sobre outro (“loucos”). Para Cooper, a violência *na* psiquiatria é a violência *da* psiquiatria (Cooper, 1967, p. 31). Por essa afirmação o autor desconsidera todo aspecto positivo na psiquiatria, já que esta estabelece como modo de compreensão e de manejo da dita “doença mental” qualquer tipo de hierarquização entre diferentes tipos de modos de ação e compreensão do mundo.

Cooper acredita que a normalidade diz respeito à adequação do indivíduo à norma social e a convenções pré-estabelecidas. Ironicamente, Cooper acredita que os ditos “sãos” são aqueles que não possuem uma aspiração ao internamento asilar (Cooper, *Ibid*, p. 32). Seu entendimento aproxima-se do de Laing acerca da loucura: como possibilidade de reação à alienação inerente do sujeito imerso no meio social. Cooper afirma que o limite entre a sanidade e loucura é bastante confuso e que a maioria dos pesquisadores dessa área evitam o aprofundamento da investigação sobre esse assunto, pois temem se deparar com a sua própria loucura; loucura essa que esses investigadores tendem a notar somente nos “outros” (Cooper, *Ibid*, p. 32).

Sobre o manicômio e o tratamento psiquiátrico, Cooper acredita que o grande sucesso vem a ser o seu fracasso (Cooper, *Ibid*, p.34). O fracasso do tratamento psiquiátrico pode ser entendido como uma reação do sujeito entendido como louco à violência doutrinária do processo de internação. Essa violência diz respeito a uma completa desqualificação da sua condição humana e de seu modo de agir e de compreender a realidade. O discurso do louco (como já é bem

sabido) vem sofrendo seguidas tentativas de desqualificação em nome de um cuidado referente à suposta ameaça implícita que esse discurso carrega. Sabe-se que, de fato, existem situações em que a tentativa de contenção a uma atitude heterodestrutiva e autodestrutiva é bem vinda. O que deve ser prevenido é o convencionalismo de um discurso em que qualquer atitude com o louco é compreendida como uma atitude de censura de sua existência.

Cooper ainda chama atenção para o fato de que é fundamental entender que a compreensão do fenômeno da loucura passa pela compreensão dos aspectos ditos sadios que estão ao redor do sujeito dito louco: família, amigos, escola, trabalho, instituições hospitalares e profissionais da saúde. Mesmo sem ter a intenção, esses aspectos podem carregar dentro de si o germe da condição de fragilidade psíquica que o paciente vive.

Ainda sobre a violência na psiquiatria, Cooper acredita que essa vem a ser “*a ação corrosiva da liberdade de uma pessoa sobre a liberdade da outra*” (Cooper, Ibid, p. 36). A ação livre de uma determinada pessoa é capaz de interferir na liberdade da outra. Pensando a questão do cerceamento da liberdade no caso da esquizofrenia, é possível crer no estabelecimento de critérios de diagnóstico dessa doença como o principal instrumento de ações coercivas. Cooper entende que a utilização do termo esquizofrenia diz respeito a uma necessidade de se criar um critério diagnóstico que abranja todos os quadros malignos de uma afecção cerebral objetivamente comprovável, e, possivelmente explicada por processos biológicos (Cooper, Ibid, p. 36). Essa definição do que vem a ser esquizofrenia é resultado da liberdade dada a um pesquisador para a pesquisa sobre esse tema.

Infelizmente, o pesquisador não pôde atentar para o fato de que a liberdade que tivera em estabelecer a esquizofrenia, de maneira a facilitar o trabalho diagnóstico do profissional, agiu contra a liberdade do sujeito afetado por esse quadro de sintomas que se define, arbitrariamente, como esquizofrenia. Em poucas palavras, o pesquisador não atentou para a implicação social da

utilização do termo esquizofrenia. A liberdade dada ao pesquisador não veio acompanhada de uma postura crítica sobre a responsabilidade de suas ações.

Sobre a origem da esquizofrenia, é na família que Cooper acredita estar o germe do desenvolvimento dessa doença. Dentro do seio familiar acontecem jogos de relação onde a situação de um determinado indivíduo passa a ser insustentável. Esses jogos são compostos por situações em que pólos radicais da vida são colocados em evidencia: sanidade mental/loucura, vida/morte. As leis familiares são confusas e a configuração das relações tende a ser marcada por sentimentos intensos e atitudes radicais. Qualquer quebra da dinâmica familiar resulta em ações críticas do sistema familiar em relação ao sujeito que permitiu que isso acontecesse. Esse indivíduo é jogado em uma situação insustentável em que o surto psicótico é a maneira mais clara e evidente de uma necessidade de se fugir desse ambiente.

Cooper tenta compreender a origem dessas relações conturbadas na família já a partir das primeiras relações mãe-bebê. Ele acredita que tanto a mãe quanto o bebê não se diferenciam nos primeiros anos de sua existência, sendo um sistema único. Cabe a mãe possibilitar um campo de ação onde o bebê possa, aos poucos, se descobrir como sujeito autônomo e diferenciado da mãe. Cooper acredita que existem certas mães que não conseguem realizar esse processo. Os bebês passam a se constituir como um elemento em que o seu crescimento e sua autonomia ameaçam a integridade psíquica materna. Passa haver a necessidade da mãe “matar” psiquicamente esse bebê para que a sua integridade não seja ameaçada.

Não é possível, entretanto, cometer a injustiça de responsabilizar unicamente a mãe por essa situação trágica: existe um conjunto de fatos que vai desde a maneira como foi criada até a forma como o bebê reage a essa situação.

A compreensão da loucura não deve ser linear e unidimensional, e, sim, multicausal e sistêmica, na qual todos os elementos que fazem parte da dinâmica do louco devem ser considerados importantes e decisivos para a manutenção da loucura.

Após o surto, o sujeito escapa do seio familiar: é internado no hospital psiquiátrico. Infelizmente, porém, de acordo com Cooper (Cooper, *Ibid*, p. 38) no hospital psiquiátrico é possível que se repita toda aquela dinâmica que acontecia dentro do sistema familiar. O roteiro da tragédia continua mesmo, mas muda-se os personagens: ao invés de pais e irmãos, temos médicos e enfermeiros. Cooper não entra em detalhes sobre como essas dinâmicas se repetem dentro do hospital psiquiátrico, mas podemos supor que possa haver nesse ambiente um predomínio de atitudes em que o discurso do paciente é invalidado pelas relações de poder do hospital. A compreensão da loucura nesses ambientes parece pouco se atentar para a causalidade sistêmica da loucura de seus internos. Os seus pacientes são loucos por culpa própria ou por outros fatores externos que não o familiar.

A psiquiatria tende a perpetuar a violência familiar, definindo um lugar passivo e material para o esquizofrênico. A psiquiatria entende a loucura do ponto de vista individual e não de um ponto de vista sistêmico. A imagem da pessoa louca é uma abstração que desvia a atenção dos verdadeiros agentes patológicos para um falso agente patológico, no caso, o próprio louco. É como se a abstração do sujeito louco fosse um ícone que absorvesse maciçamente todas as significações da loucura. O louco é o único e exclusivo grande ícone da loucura. Por conta disso, não há a postura de ir além desse entendimento iconoclasta da loucura. O louco é o ente que nos protege da loucura, seja ela a nossa ou a dos outros.

1.2.3 – Franco Basaglia

A compreensão que Basaglia faz a respeito da loucura é semelhante à de Cooper. Acredita que exista um dispositivo social que coloca o louco em seu devido lugar – o manicômio – para que a integridade de certas estruturas dominantes permaneça intacta. A estrutura dominante que Basaglia mais critica é a psiquiatria, em sua incansável necessidade de exercer o seu poder de segmentação e controle social de que a sociedade tanto necessita. Suas críticas são bastante fundamentadas naquilo que Foucault entende ser a vocação maior da psiquiatria: compreender certos aspectos da doença mental de um ponto de vista moral. Lograr a cura da loucura por meio da reabilitação moral do louco, equivale, no entanto, a ferir o senso de liberdade e a integridade do interno.

Basaglia acredita que a sociedade não sabe conviver com o fenômeno da loucura e suas implicações sociais (Amarante, 1996, p. 77). Não saber conviver com a loucura parece ser o mesmo que reproduzir a doença em seu meio social, pois a condição de exclusão reforça a condição da loucura como fenômeno não passível de compreensão e conseqüente convivência.

Basaglia elege como o problema da psiquiatria a sua própria vocação terapêutica. Compreende que essa vocação se configura em uma relação dialética senhor-escravo, na qual se delega ao médico o papel de senhor e ao paciente o papel de escravo. O intermediário dessa relação é o saber psiquiátrico que legitima o domínio e a submissão de cada um. Entretanto, Basaglia não considera ilegítima a compreensão da psiquiatria de entender que, de fato, há um comportamento desviante, um fenômeno que merece atenção (Amarante, 1996, p. 75). Basaglia questiona, sim, a maneira como o conceito de doença é construído pela teoria psiquiátrica, que reproduz a dialética acima citada, a qual qualifica o doente como alguém incapaz, que não consegue achar seu caminho por si só e que deve estar sempre subordinado à figura de um

médico que compreende a sua condição. Certas compreensões da situação do doente tendem a excluí-lo, sob a justificativa de que a cura da loucura só pode ocorrer dentro da instituição a qual ele está protegido da sociedade.

O autor italiano acredita que a solução da psiquiatria vem a ser a desinstitucionalização. Esta não deve acontecer de maneira radical, pretendendo a completa destruição da instituição psiquiátrica, pois a destruição do manicômio seria a destruição de uma referência para o paciente, o que significaria o abandono do interno à própria sorte, situação essa impensável do ponto de vista da integridade do paciente. Basaglia acredita em uma desinstitucionalização que consiga ir além dos muros do hospital psiquiátrico – deve existir da prática da psiquiatria nos mais diferentes lugares onde ela está (no consultório, em sala de aula, na comunidade) e nas mais distintas situações vivenciadas pelo profissional (no ensino, no aprendizado, no diagnóstico, na intervenção).

Esse pensar e agir desinstitucionalizante revelam a possibilidade que tem o profissional de desconstruir os seus conceitos e crenças quando for necessário. Ao desconstruir, para melhor entender e analisar as ações e suas conseqüências, o profissional não estará destruindo algo já existente. Estará, sim, desmontando aquilo que parece ser mais adequado e reconfigurando as suas crenças da maneira mais adequada para cada situação e contexto.

Tal postura de pensamento desconstrutiva tende a colocar a psiquiatria em situação desconfortável. Basaglia faz esse apontamento no que diz respeito à questão da tolerância com a loucura (Amarante, 1996, p. 95). Por meio da nova psiquiatria mais humanizada, reforça-se a idéia do rechaço da violência e da adoção da tolerância. Basaglia (*apud* Amarante, 1996) acredita que:

“... Violência e tolerância são ainda duas faces do mesmo mecanismo repressivo e não o momento dialético de uma situação dinâmica (...) Violência e tolerância são os dois pólos sobre os quais o nosso sistema se funda, e um assume significado no ser o oposto a-dialético do outro (p. 95)”.

Assim sendo, se a relação entre loucura e exclusão não é colocada em uma dialética, a tolerância torna-se mera atualização do mecanismo de exclusão por essa bem intencionada nova psiquiatria humanizada. O risco que Basaglia aponta nessa aparente mudança de postura é o da transformação do mecanismo da tolerância em uma nova relação ortopédica que já existia na imposição da violência e repressão como molas-mestras de ação. Se a relação com o paciente se der de maneira unilateral, os velhos problemas da psiquiatria continuarão a existir.

Basaglia (*apud* Amarante, 1996,) não livra de críticas nem mesmo sua própria teorização da loucura: *“A instituição é concomitantemente negada e gerida; a doença é simultaneamente posta entre parênteses e curada; a ação terapêutica é ao mesmo tempo refutada e executada”* (p. 98).

Basaglia cria um paradoxo para si ao pensar em uma atitude diferenciada em relação à doença mental. Por um lado, defende um modo de ação que não reforce a necessidade de cura e, por outro, acredita que esse mesmo modo de ação possa ser a busca da cura. Mesmo que seja um meio diferenciado, é um meio que busca uma solução para um problema, a suposta cura de um problema. Em meio a essa contradição, a contribuição de Basaglia pode ser melhor compreendida como esforço de mudar a compreensão do que seja cura na loucura. Para ele, negar a instituição não afasta a possibilidade de re-institucionalizar o doente e os conceitos que acerca dele são produzidos (Amarante, 1996 p. 107).

O entendimento de Basaglia é de que o melhor que se tem a fazer é conviver com esse paradoxo. (Amarante, 1996, p. 99). Para ele, o profissional de saúde deve viver dialeticamente as contradições do real. Conviver com paradoxos é possibilitar um pensar ativo e crítico frente à realidade e às diferentes posturas que ela suscita. Basaglia deseja pensar uma outra psiquiatria, em que seja possível inscrever a loucura em campo ético, capaz de resgatar a dimensão das relações entre os homens e de problematizar a função social e política das ciências e dos cientistas, de maneira a dar à loucura a possibilidade de ser compreendida em um aspecto plural (Amarante, 1996, p. 104).

Com esse intuito Basaglia pensa num projeto de desinstitucionalização, que logre a reconstrução da complexidade do objeto – homem – simplificado por antigas instituições. A psiquiatria assumiu, por muito tempo, postura reducionista; atentou quase exclusivamente para aspectos objetivos, mensuráveis e controláveis do aspecto humano (Amarante, 1996, p. 107). Quanto mais simples for compreender o problema de um sujeito, melhor será para a ciência, para o sujeito investigado e para a sociedade que os abrange.

Para a consecução de tal projeto, Basaglia aposta na criação de instituições de desinstitucionalização, que seriam destinadas a se negar e se reinventar continuamente. Esse aspecto institucional um tanto quanto esquizóide constitui maneira interessante – e um tanto quanto controversa – de lidar com a neurose que assola as instituições, haja vista que estas têm a solidificar as suas dinâmicas e a compreensão. Se personalidades psicóticas possuem núcleos neuróticos, é possível pensar que o mesmo ocorre em relação às instituições. Todavia, a estrutura definitiva da instituição é esquizóide. Para lidar com psicóticos, nada melhor que uma instituição que funcione a sua maneira.

Para a implementação dessa ação de desinstitucionalização, Basaglia acredita ser necessária não só a desconstrução do paradigma problema-solução, mas também a mobilização

dos sujeitos enquanto atores sociais de suas histórias (Amarante, 1996, p. 110). Tal proposta diz respeito à possibilidade de se devolver ao interno a cidadania e o seu senso de pertencimento a uma sociedade, ainda que esta o discrimine e exclua. A intenção é proporcionar a esse indivíduo meios de lutar espontaneamente e criativamente contra a discriminação de que é alvo, privilegiando a fala e a compreensão, acima da expertise do profissional médico que o acompanha.

De acordo com Basaglia a mobilização dos sujeitos enquanto atores sociais fica inviabilizada dentro da instituição clássica de internamento. Ele acredita que o verdadeiro local de reabilitação das funções sociais acontece na cidade. (Amarante, 1996, p. 102). A instituição parece ser o local mais adequado para lidar com o paciente em crise, acolhê-lo quando a sua integridade e a integridade dos que o cercam estão deveras fragilizadas. O problema está no que fazer quando a instituição já não lhe é mais necessária. Nesse caso, a recondução desse sujeito ao meio social parece ser o mais recomendável. Entretanto, essa recondução não pode acontecer de qualquer maneira. A possibilidade de um cuidado que não restinga a liberdade do recém egresso parece ser fundamental para o seu processo de re-inserção social. Não é apenas a liberdade que deve ser preservada, mas também a possibilidade de ter um lugar social.

1. 3 – Os esforços da Antipsiquiatria

Não é difícil ter em mente que o esforço que a Antipsiquiatria tem em relação à desinstitucionalização da terapêutica dos “loucos” se converge em combater os locais de permanência e não existência humana, no caso, os estabelecimentos manicomiais. Há um grande esforço que se crie outros locais de acolhimento da “loucura” que não se configurem como locais de segregação e isolamento. Há todo esforço em se quebrar preconceitos acerca da “loucura” e de

fornecer um panorama alternativo àquele que compreende esse fenômeno como sendo algo que beira à bizarrice e à incapacidade total.

A Antipsiquiatria esforça-se em denunciar uma equivocada ética dos cuidados da Psiquiatria clássica. Existe por trás dessa ética dos cuidados da psiquiatria todo um mecanismo que exclui o sujeito. A violência na psiquiatria é a própria psiquiatria que elabora uma série de índices diagnósticos delimitadores da autonomia do sujeito classificado como louco.

Enfim, essa ética dos cuidados com a “loucura” cria uma condição de apartamento dos sujeitos classificados como loucos do convívio com a sociedade. Assim como também, essa mesma ética dos cuidados médicos protege a sociedade sã de conviver com a parcela “louca” da sociedade, já que vivemos hoje em uma sociedade que tolera pouco a diferença e os modos alternativos de viver que a “loucura” evidencia. Em outras palavras, não há lugar reservado ao sujeito dito louco na sociedade, além daquele dos eternos cuidados e da não integração.

A Antipsiquiatria investe na possibilidade de se reconstruir a complexidade do homem que o pensamento institucional e científico simplificou e objetivou. O reducionismo científico colocou o louco em um *status* de objeto, um elemento submisso a práticas médicas muitas vezes invasivas e alienantes. A imperiosa necessidade de se conhecer e dominar a loucura propiciou uma série de imprecisões conceituais que propagou uma maneira simplista e equivocada de lidar com o fenômeno da “loucura”, contribuindo para que o indivíduo acometido pela loucura continue em uma condição alienada.

Costa (2003, p.64) argumenta que o termo “loucura” é generalista e impreciso quanto aos fenômenos que esse mesmo termo se refere. Além de ser impreciso, não contribui para o bem estar do sujeito dito louco e reforça ainda mais a sua posição de sujeito incapaz e deficitário. Isso também acontece na utilização de outros termos, tal como doença mental, deficiência mental e todos os outros termos sinônimos do termo “loucura”.

Como uma maneira de agir contra essa rotulação imprecisa, prejudicial e banalizante dos fenômenos relacionados à loucura, Costa (2003), faz o seguinte desafio:

“Pode-se afirmar com segurança que a história da loucura humana é a história da complexidade dos caminhos da estruturação do indivíduo humano. Já passa do tempo de termos que abandonar termos imprecisos ou mesmo confusos em prol de uma outra compreensão do que seja o ‘sofrimento psíquico humano’”
(p.72).

Essa proposição acima citada dá a possibilidade do profissional envolvido com os fenômenos da loucura se ater ao sofrimento psíquico inerente à esses fenômenos, aspecto esse que deve ser realmente considerado no cuidado dessa pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave. Portanto, nessa dissertação, nos relatos das experiências de Bonneuil, no que for escrito acerca da “loucura” das crianças, acerca do Acompanhamento Terapêutico e nas vinhetas clínicas dos casos de Miguel e Mônica, o termo sofrimento psíquico grave será adotado em lugar de outros termos imprecisos e pouco úteis, tais como loucura, doença mental e deficiência mental.

A utilização do termo sofrimento psíquico grave cria condições de se pensar a condição psíquica do portador desse sofrimento para além de uma classificação médica nosográfica alienante e incapacitante, pois fala pontualmente daquilo que ele sofre e sente, sem se prender a índices diagnósticos que nadam dizem da sua experiência como sujeito e o aprisionam em um lugar simplista de incapacidade. De alguma maneira, falar sobre a loucura a partir do sofrimento psíquico de seu portador é agir em favor de um pensamento complexo que favorece a condição desse sujeito, já que o sofrimento psíquico é causado por fatores que vão além da “doença mental” do sujeito. Devolver a complexidade ao portador de sofrimento psíquico grave é um elemento chave para o bem estar desse indivíduo.

Parte dessa complexidade também pode ser restaurada quando se aposta na mobilização dos sujeitos como atores de suas próprias histórias. A partir do momento em que o indivíduo pode contar a sua história e inserir a sua marca histórica no coletivo, o caminho para o retorno da complexidade humana pode ser traçado. Todavia, essas histórias não seriam bem contadas dentro do ambiente asilar. Essa história deveria acontecer no coletivo, no meio social. Deveria acontecer, enfim, na cidade. Ela é o grande palco onde as encenações da vida acontecem.

É nisso que inspira o surgimento do Acompanhamento Terapêutico. Uma prática que auxiliaria o louco institucionalizado a atuar historicamente no palco do cotidiano e da cidade. Contracenar a sua loucura no cotidiano denota a possibilidade de devolver ao louco senso de pertencimento à um meio mais criativo que auxiliaria na possibilidade de oferecer novos referenciais de atuação e existência que poderiam proporcionar-lhe um devir menos sofrido.

Mas antes de discutir acerca do Acompanhamento Terapêutico, vejamos sobre a questão da loucura na infância, já que o objetivo dessa dissertação é a discussão sobre o Acompanhamento Terapêutico de crianças.

Capítulo 2

A loucura na infância e os seus diferentes cuidados

2.1 – O a priori e a loucura na infância

Mannoni (1973, p. 156) comenta que a infância foi uma das grandes descobertas da modernidade, enquanto que a infância deficiente foi uma das grandes descobertas da contemporaneidade (com as instituições médico-pedagógicas aparecendo simultaneamente). A deficiência de certas crianças justificava a existência de um acompanhamento médico-pedagógico que as auxiliaria em sua dificuldade de se adaptar às normas e padrões sociais pré-estabelecidos. Todo esse cuidado deveria ser conduzido por um sujeito provido de um saber científico capaz de determinar e controlar as diversas variáveis de um modo de agir desviante. Surge a era da infância enferma: “Assim, após a era da descoberta da infância, veio a era da infância enferma. *Empenhado em administrar a vida da criança, o legislador conduziu-se, na colocação das estruturas, como uma mãe ansiosa e superprotetora ...*” (Grifos da autora) (Mannoni, 1973, p. 152).

Não há dúvida que as intenções desse legislador/cuidador eram as melhores em relação ao tratamento das crianças portadoras de sofrimento psíquico grave. O conhecimento científico e seu modelo de investigação *apriorístico* despontavam como grandes promessas no combate às mazelas sociais. A crença no método científico como meio prático de intervenção no social era fundamentada. O problema, no entanto, estava na aplicação rigorosa desses princípios.

O conhecimento científico se sobrepunha a qualquer outro. O conhecimento legítimo era aquele que, em alguma medida, poderia ser regulado e controlado e tudo o que fugia ao domínio da técnica era posto de lado.

Foucault (*apud* Mannoni, 1973, p. 157) ressalta que o desenvolvimento da medicina marca um momento decisivo na história dos cuidados: a doença, que antes estava ligada a metafísica do pecado, passava a se materializar numa referência orgânica, cabível de ser mensurada e controlada. Por esse raciocínio, as supostas doenças mentais se materializariam em uma lesão orgânica invisível.

Com essa nova compreensão de doença, o médico passa a ter o domínio sobre o arbítrio desse indivíduo doente, já que somente ele teria o olhar adequado para descobrir essa lesão invisível.

O domínio médico sobre o homem doente afetou o homem padrão. O referencial de homem saudável era definido pelo conhecimento médico. Cabia ao médico e ao pedagogo elaborar diretrizes que determinariam as características de uma existência saudável. Assim, inúmeras teorias filosóficas, pedagógicas e médicas inspiraram o surgimento de técnicas de reeducação, o que fortaleceu pretensões científicas que vão influenciar decisivamente as práticas educacionais e corretivas (Mannoni, 1973, p.157).

O caso do selvagem Aveyron (Mannoni, 1973, p.158) ilustra de maneira clara a pungente preocupação pedagógica que se converte em ortopedia. Na França do século XVIII, Victor, um menino de 11 anos foi encontrado nu em um bosque do interior do país. Aparentemente, não se notava nele qualquer vestígio de que um dia fora uma criança civilizada. Provavelmente, ainda muito pequeno, havia sido abandonado à própria sorte por ser uma criança defeituosa (era surdo). Após a sua captura por aldeões da localidade da floresta, foi encaminhado a um asilo coordenado por Pinel que, já de início, o considerou incurável. Todavia, Jean Itard, um médico especializado

em oligofrenia e surdez, acreditava em um prognóstico melhor para esse jovem. Itard elaborou um programa reeducativo que desenvolveria no jovem Victor a habilidade de se comunicar. O sucesso dessa empreitada estaria intimamente ligado à possibilidade de Victor se adequar candidamente a esse programa. A terapêutica desse programa deveria seguir cinco pontos (Itard *apud* Mannoni, 1973):

1. *“Vinculá-lo à vida social, tornando-a mais branda do a que levava então...”*
2. *Despertar a sensibilidade nervosa pelos estimulantes mais enérgicos e, algumas vezes, pelas vivas afeições da alma.*
3. *Ampliar a esfera de suas idéias, proporcionando-lhe necessidades normais e multiplicando suas relações com os seres que o cercam.*
4. *Levá-lo ao uso da palavra, determinando nele o exercício da imitação imperiosa da necessidade.*
5. *Exercer, durante algum tempo, sobre os objetos de suas necessidades físicas as operações mais simples do espírito, determinando-se, em seguida, a sua aplicação sobre os objetos de instrução”*(p. 168).

Note o leitor que as diretrizes prescritas por Itard a Victor foram determinadas por um conhecimento apriorístico do que deveria ser o parâmetro de comportamento produtivo e adequado. Nada do que fora proposto parecia concordar com as reais capacidades e interesses de Victor. Tratava-se, portanto, de uma experiência de caráter ortopédico, travestida de intenção pedagógica.

Em momento algum, Itard privilegiou a sua experiência imediata com Victor, e nada do que esse jovem trazia de sua experiência passada na floresta era considerado útil para o seu processo de reeducação; ou seja, o grande valor dessa empreitada estava na teoria pedagógica por trás dessa prática e não na experiência real do vivido entre Itard e Victor.

Mannoni (1973) afirma:

“O que Itard não soube fazer, foi – seguindo o que será o conselho de Charcot – submeter-se à sua própria experiência de Victor sem qualquer idéia prévia, até que alguma coisa ganhasse sentido para ele nessa experiência. Se Victor devia ser o professor, só podia ser desse modo. Mas essa tarefa foi, precisamente, impedida pelas resistências de Itard, resistências que mascaravam o próprio saber”. (p. 159). (grifo da autora)

Por ser médico (e viver no século XVIII), a possibilidade de Itard de levar em consideração a sua experiência pessoal com o pequeno Victor era mínima. Pela compreensão racionalista, a experiência pessoal de um pesquisador era considerada um entrave para a obtenção de dados fidedignos sobre determinado fenômeno estudado. Deveria haver um conhecimento médico-pedagógico apriorístico que pudesse intermediar a terapêutica de Itard com Victor. Não havia espaço para atitudes espontâneas, tampouco para a experiência vivida entre os dois.

A teoria implícita no método de Itard fornecia a segurança necessária à prática terapêutica. Entretanto, os resultados foram aquém do esperado e a reeducação, como havia sido planejada, não chegou ao seu objetivo final, evidenciando a falha do empreendimento missionário de Itard e a sua impossibilidade de lidar com as reações inesperadas de Victor (Mannoni, 1973, p. 159).

É curioso (mas não menos importante) notar que a governanta da casa de Itard interagiu de forma bastante espontânea com o pequeno Victor. Sem competência teórica alguma, a governanta conseguia ter atitude mais sensata e frutífera em relação ao menino, pois estava disponível para lidar com as atitudes de Victor que a todos surpreendiam (Mannoni, 1973, p.159).

Essa possibilidade de lidar com o inesperado relaciona-se com aquilo que Freud, quase dois séculos depois, postulou acerca do tratamento de doenças psíquicas: quem define o caminho da cura não é nem o médico nem o pedagogo, e, sim, o próprio paciente. Ou seja, não há conhecimento pré-estabelecido capaz de orientar de maneira determinista a clínica de qualquer psicopatologia. O não-saber *a priori* constitui etapa imprescindível no processo de construção de teorias acerca dos indivíduos e suas psicopatologias.

Freud já dizia que uma das qualidades da psicanálise é fazer coincidirem em sua execução, pesquisa e tratamento. A respeito da postura científica investigativa na técnica psicanalítica, Freud (1912) dizia:

“Não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuando — reunir sua estrutura, tentar predizer seu progresso futuro e obter, de tempos em tempos, um quadro do estado atual das coisas, como o interesse científico exigiria. Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições. A conduta correta para um analista reside em oscilar, de acordo com a necessidade, de uma atitude mental para outra, em

evitar especulação ou meditação sobre os casos, enquanto eles estão em análise, e em somente submeter o material obtido a um processo sintético de pensamento após a análise ter sido concluída”. (p.3)

Eis uma das essências da técnica psicanalítica: uma postura técnica-profissional não determinista que permita elaborar posteriormente uma compreensão teórica sobre determinada doença ou dificuldade. Eis, então, o princípio da metapsicologia em psicanálise.

Para a consecução de tal técnica, o clínico deve ter em mente que, com o seu paciente, deve colocar em suspenso todo seu conhecimento teórico sobre as patologias durante o processo de atendimento. O conhecimento teórico deve servir ao clínico para orientar a sua experiência clínica *a posteriori*. O único conhecimento que deve ser determinante é aquele que o paciente trás de seu sofrimento. Só o paciente tem o poder para alcançar a cura de seus sintomas (Mannoni, 1973, p. 159).

Ao valorizar o que as pessoas dizem sobre si e sobre o seu sofrimento, Freud subverte a lógica científica por trás do cuidados. Assim sendo, não é o médico quem detém o poder de cura e sim o próprio paciente. Esse raciocínio transformou-se em um dos fundamentos dos atuais movimentos de humanização no tratamento do sofrimento psíquico grave.

Essa forma humanizada de agir e pensar é um dos pilares do movimento da Antipsiquiatria e justifica existência de projetos humanitários, tal como a Escola fundada por Maud Mannoni para o acolhimento e tratamento de crianças portadoras de sofrimento psíquico grave.

2.2 – A Experiência de Bonneuil

Em Setembro de 1969, foi criada a Escola Experimental de *Bonneuil Sur-Marne*, em Bonneuil, uma pequena cidade localizada nos arredores de Paris. Criação encabeçada por Maud Mannoni, bastante influenciada por sua experiência de estágio na Kingsley Hall coordenada por Laing, essa instituição, de início, recebeu um formidável apoio de pais desejosos de que seus filhos escapassem do caminho asilar. Alunos de Pierre Fédida também tiveram uma presença importante, participando ativamente das atividades dessa instituição (Mannoni, 1988, p.73).

Bonneuil é, nas palavras de Mannoni, uma *institution éclaté*, uma “instituição arrebitada”. A célebre psiquiatra desejava evitar que a instituição cedesse às armadilhas de um processo de institucionalização segregador, nocivo e tecnicista. É uma instituição que procura não transformar a “loucura” passageira de um membro em uma “loucura” institucional (Mannoni, 1988, p.93).

Esse arrebitamento institucional se efetua com a circulação dos membros da instituição em diferentes lugares, além do campo da instituição. Bonneuil visa incentivar os jovens membros a realizarem atividades na comunidade e, assim, os auxiliar no processo de reinserção social. Aos jovens pacientes dessa instituição é oferecida a possibilidade de conviver e trabalhar com pessoas externas ao ambiente institucional, de maneira que possam aprender um ofício que lhes possa ensinar, de modo espontâneo e participativo, a obediência às regras (Mannoni, 1988).

Essa circulação em diferentes espaços sociais possibilita à comunidade externa de Bonneuil conviver de maneira espontânea com crianças portadoras de sofrimento psíquico grave e aprender, por conta própria, a lidar com elas. O fato de as pessoas da comunidade não conhecerem o diagnóstico médico dos pacientes é algo bastante positivo, haja vista estes diagnósticos, freqüentemente, afastarem as crianças de um contato mais frutífero com outras

peessoas. Trata-se de uma interessante tentativa de lutar contra o estereótipo da “loucura” na sociedade.

Se fosse possível pensar em uma metáfora que ilustrasse essa instituição, seria a de uma mãe que observa ao longe seu filho andar de bicicleta: não está interferindo diretamente na brincadeira dele, embora esteja pronta para socorrê-lo caso ele se machuque ao cair. É uma instituição voltada para o exterior, para a socialização de seus internos. Todavia, está pronta para abrigar o jovem que esteja em crise e para recebê-lo em momentos em que o mundo exterior não é suficientemente compreensivo com seu sofrimento. Quem entra em Bonneuil sabe que um dia irá embora de lá; quem de lá sai, sabe que encontrará as portas abertas caso precise retornar.

Bonneuil é, também, uma instituição que se presta como palco do teatro do sofrimento psíquico grave de certas crianças (Mannoni, 1973, p. 112). Lá se reproduz o lugar em que certas crianças se encontram dentro da estrutura familiar e social. Assim como acontece com os adultos, nessas estruturas familiares a criança portadora de sofrimento psíquico grave se encontra num lugar desprivilegiado e expiatório. Bonneuil é uma instituição continente o suficiente para lidar com essa situação. Lá, as rebeliões são muito bem vindas e esperadas. A instituição deve ser atacada, destruída, resignificada e reconstruída. Esse ataque só é possível quando o interno pode comparar a sua vida familiar e social com a vida na instituição. Assim sendo, os vínculos com o cotidiano anterior devem ser mantidos. No ambiente de Bonneuil, a segregação clássica dos hospitais psiquiátricos é considerada prejudicial ao bem estar desses jovens.

A instituição estourada abre espaço para que a interseção entre o mundo exterior e o cotidiano institucional possibilite o desenvolvimento de um discurso crítico entre os internos, o que é benéfico tanto para os pacientes quanto para instituição. Ela não se imobiliza em um discurso segregador, e a criança se lança na empreitada de criticar o ambiente institucional quando este reproduz certas dinâmicas familiares enlouquecedoras.

Bonneuil é uma instituição que exige dos profissionais envolvidos a possibilidade de questionar o seu papel profissional. Lá é priorizado aos profissionais a capacidade de conviver com crianças portadoras de sofrimento psíquico grave sem ter a necessidade de desempenhar a função de analista, subvertendo a idéia que a interpretação é única atividade desempenhada pelo analista no tratamento da criança (Tafuri, 2003, p.48). Nas palavras de Tafuri (2003), ex-estagiária da clínica de Bonneuil, o profissional que lá atua deve lidar com um paradoxo: “... *comecei a vivenciar a contradição do fato da psicanálise estar no seio de Bonneuil e não ser aplicada diretamente como método de tratamento. Aos poucos entendi que viver em Bonneuil é conviver com esse paradoxo* (p.47).

Esse método de atuação de Bonneuil se justifica pelo fato de que lá, o profissional, ao estar livre do saber científico sobre a doença de determinada criança, tem condição de inventar uma maneira de estar junto da criança a partir de uma experiência pessoal (Tafuri, 2003, p.49). O saber científico sobre as doenças cria uma série de obstáculos para um contato terapêutico pleno entre o terapeuta e a criança. Em Bonneuil, o profissional deve privilegiar a sua vontade e disponibilidade de estar criativamente com uma criança acima da sua vontade de conhecer a “doença” da mesma. Ao colocar essa necessidade de conhecimento científico sobre a doença de lado, se aposta na possibilidade do profissional poder conhecer essa criança ao modo dela e ao seu modo, a partir dos sentimentos da criança e dos seus sentimentos sobre ela. Dessa maneira, é criada a possibilidade da criança ser enxergada pelas pessoas à sua volta para além da doença (Tafuri, 2003, p.49), aspecto esse que é básico para uma instituição que deseja não cair nas garras de um processo de institucionalização excludente.

2.3 – O social como elemento terapêutico para crianças

Uma instituição que lida com o sofrimento psíquico grave infantil deve se reinventar a partir de situações de ruptura (Mannoni, 1973, p. 80). Essa reinvenção diz respeito, por exemplo, à possibilidade de uma criança autista poder escrever a sua história pessoal à sua própria maneira. Esse gesto, no entanto, é muitas vezes questionado em seu valor constitucional. Do ponto de vista médico, o caráter estereotipado de crianças autistas costuma ser percebido como mero índice diagnóstico de patologia, desprovido, portanto, de sentidos mais abrangentes.

Normalmente, é difícil para o profissional perceber que a estereotipia é uma das várias formas que uma criança autista tem de acessar e compreender a realidade e aceitar que o sintoma não é um obstáculo, mas, sim, um meio de acesso ao paciente. Certos pensamentos institucionais não se permitem, no entanto, questionar a compreensão do sofrimento psíquico grave.

Muitas vezes, o estabelecimento dito terapêutico pode alimentar o sintoma daquilo que se define como doença mental. Mannoni (1973) cita o mecanismo de compulsão à repetição elaborado por Freud para exemplificar esse “reforçamento” do sintoma. Existem certas estruturas de personalidade que, por sua própria dinâmica pulsional, se adaptam ao caminho da institucionalização quando vivenciam momentos de crise. Mannoni cita o exemplo de Pierre, um paciente de 14 anos que freqüentava a escola de Bonneuil. Suas crises de violência e passagem ao ato eram compreendidas como meio de buscar reconhecimento por parte do sistema que o abrigava. Havia um aspecto narcísico que o levava repetidamente a assumir o papel de “louco perigoso”. A instituição, por mais bem intencionada que estivesse, tendia a reforçar a existência desse processo. Qualquer postura terapêutica passava a ser segregadora por conta dessa característica de funcionamento psíquico.

Esse fato propõe uma importante reflexão, qual seja, a de que a instituição terapêutica não deve ser o único lugar em que se acolhe o sofrimento psíquico de seus internos (Mannoni, 1973, p. 96). Por conta de sua “inaptidão” com o ambiente terapêutico, Pierre é mandado às montanhas, um ambiente onde não molestaria ninguém, “apenas pedregulhos” (Mannoni, 1973, p. 91). Lá, por acaso, descobre uma casa sendo construída por operários. Mistura-se à eles nessa construção, de maneira que em nada se distingue dos operários.

Com o mesmo raciocínio, é possível defender a possibilidade de que o sofrimento psíquico grave das crianças possa ser bem acolhido em espaços não-terapêuticos. Mannoni (1973) afirma sobre Pierre: *“Porque escapou a um empreendimento terapêutico, a sua palavra pôde entrar num processo de transformação. A permanência no quadro institucional só podia, neste caso, imobilizar o sintoma fixado num veredicto de incurabilidade”* (p. 96).

Os espaços do cotidiano podem oferecer o desafio à criança portadora de sofrimento psíquico grave de buscar um referencial de existência e atuação diferenciado, onde o estigma da loucura não é condição *sine qua nom* para o seu reconhecimento como um membro de uma comunidade. Assim sendo, o vínculo do portador de sofrimento psíquico grave com elementos do cotidiano fora do ambiente asilar se configura como um interessante meio de tratamento das psicopatologias.

Não por coincidência, a busca por espaços do cotidiano como uma via alternativa ao processo de institucionalização vem a ser a grande meta do Acompanhamento Terapêutico. Grande parte do conhecimento que é produzido atualmente pela prática do Acompanhamento Terapêutico destaca a necessidade que há de retirar o portador de sofrimento psíquico grave do confinamento institucional, para levá-lo a circular por diferentes espaços do cotidiano para que possa se beneficiar dos novos vínculos que essas experiências podem proporcionar.

Enfim, o trabalho de Acompanhamento Terapêutico realizado atualmente dá continuidade às idéias de inclusão social do portador de sofrimento psíquico grave defendida por autores da Antipsiquiatria, como a própria Maud Mannoni. Bonneuil pode ser considerada uma instituição geradora de profissionais aptos a difundir e colocar em prática o trabalho de inclusão social do portador de sofrimento psíquico grave pela via do Acompanhamento Terapêutico.

Capítulo 3

Acerca do Acompanhamento Terapêutico

3. 1 – Um Histórico do Acompanhamento Terapêutico

O surgimento do Acompanhamento Terapêutico (AT^{*}) está intimamente ligado ao surgimento de movimentos de contestação dos modelos tradicionais de tratamentos psiquiátricos existentes na Europa e nos Estados Unidos a partir da década de 50. Esses movimentos foram: a Antipsiquiatria, encabeçada por Ronald Laing na Inglaterra; a Psiquiatria Democrática, liderada por Franco Basaglia na Itália e a Psicoterapia Institucional, representada por Jean Oury na França (Equipe ACOTÊ, 2006).

As idéias de Laing que parecem fundamentar a existência do Acompanhamento Terapêutico são aquelas que afirmam que a meta do terapeuta é possibilitar um encontro entre dois sujeitos (o próprio terapeuta e o paciente), de maneira a tentar resgatar a totalidade do paciente através dessa relação. *“Uma psicoterapia deve ser uma tentativa obstinada de dois indivíduos com o propósito de reconquistar, através de suas relações mútuas, a totalidade do estado humano”* (Bosseur, 1974, p. 73). Como muito já se escreveu, o ambiente asilar não é o local propício para esse tipo de empreitada já que esse é um ambiente onde se predomina um jogo de poder no qual a possibilidade de um encontro espontâneo e horizontal entre dois indivíduos é mínima. A convivência entre terapeuta e paciente na cidade seria uma ótima oportunidade para que esse encontro acontecesse, já que nela não há a predominância de um ambiente onde há uma

* Nessa dissertação, AT com caracteres maiúsculos quer dizer Acompanhamento Terapêutico e at com caracteres minúsculos quer dizer acompanhante terapêutico.

terapêutica perversa dos cuidados que reduzem o portador de sofrimento psíquico grave a um indivíduo sem autonomia.

As idéias de Basaglia que caminham ao lado do Acompanhamento Terapêutico são aquelas que dizem respeito a desinstitucionalização dos internos dos antigos hospitais psiquiátricos. Para que isso possa acontecer, é preciso que haja a mobilização dos sujeitos enquanto atores sociais de suas histórias (Amarante, 1996, p. 110). Tal proposta diz respeito à possibilidade de se devolver ao interno a sua cidadania, o seu senso de pertencimento a uma sociedade, mesmo que predomine a postura discriminatória e excludente em relação a ele. O ambiente mais propício à devolução do senso de cidadania do interno dos antigos hospitais psiquiátricos vem a ser a cidade, já que o ambiente institucional asilar tem a predisposição natural de isolar o sujeito do convívio com outros elementos da sociedade.

Apesar dessas idéias terem surgido no pós-guerra, será na década de 1970, na Argentina que o AT vai desenvolver uma prática clínica organizada inserida em ambiente institucional psiquiátrico. O AT foi originalmente pensado como mais um recurso no manejo clínico do sofrimento psíquico grave nas instituições psiquiátricas. Segundo Mauer (1987, p.37), o AT surge como uma necessidade clínica em relação a pacientes com os quais as abordagens terapêuticas clássicas fracassavam. Alguns profissionais de saúde mental, em sintonia com os movimentos de não-confinamento dos pacientes, passaram a exercer novas funções, e a ser chamados de "auxiliares psiquiátricos" ou "atendentes terapêuticos" (EQUIPE ACOTÊ, 2006). Inicialmente o AT recebeu a alcunha de "Amigo Qualificado". Posteriormente, passou a ser chamado de Acompanhante Terapêutico, dando assim um ar mais profissional para essa função.

No Brasil, o início e o desenvolvimento do trabalho de AT esteve ligado ao surgimento das primeiras comunidades terapêuticas no final da década de 60, nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo. Uma das mais conhecidas foi a Clínica Vila Pinheiros, no Rio de

Janeiro, que funcionava como hospital-dia e oferecia um novo espaço de expressão, acolhimento e diálogo com o sofrimento psíquico grave (EQUIPE ACOTÊ, 2006).

Tradicionalmente, acredita-se que o Acompanhamento Terapêutico (AT) surgiu na Argentina na década de 70, no entanto, especula-se que, informalmente a função de AT já existia muito antes em outros países, tais como a França e a Inglaterra.

O psiquiatra francês Eugene Minkowsky, no início do século XX, já realizava esse tipo de trabalho com alguns de seus pacientes os quais destinava mais tempo do que com os demais. Minkowsky mencionou ter passado dois meses na casa de um paciente e essa experiência o fez acreditar ser impossível ter relação profissional com o seu paciente durante as 24 horas do dia. É razoável supor que essa experiência tenha levado Minkowsky a entrar em contato consigo próprio, já que fora constante o contato com a loucura de seu paciente e, possivelmente, com a sua própria loucura. Afirmou que foi possível fazer, do ponto de vista fenomenológico e psicológico, interessantes comparações de sua vida psíquica com a de seu paciente (Carvalho, 2002, p. 24).

Nos anos 30, a terapeuta e psicanalista suíça Mme. Secheyay, atendia a uma paciente psicótica (Renée), a qual acolhia como mais um membro de sua família. A fragilidade psíquica dessa paciente era tamanha que, apesar de sua idade cronológica avançada, o seu estado de consciência se assemelhava a de um bebê de colo, e se sentia castigada por angústias infinitas de culpa e solidão (Safra, 2005, p.18). Nos momentos em que precisava se ausentar, Mme. Secheyay instruíra uma enfermeira a realizar acompanhamento semelhante ao desenvolvido em trabalhos de AT realizados atualmente. Esse acompanhamento surgiu da necessidade de ter alguém que pudesse auxiliar essa paciente quando a terapeuta responsável não estivesse disponível (Lerner *apud* Carvalho, 2002, p. 24). Com essa iniciativa, Mme. Secheyay enfatizou a necessidade de haver tratamento psicoterápico em momentos em que o terapeuta principal não

estivesse presente. Para tanto, a existência de um profissional que pudesse desempenhar a mesma função acolhedora de Mme. Secheyate era fundamental.

3. 2 – Definições de Acompanhamento Terapêutico

Não há uma única definição do que vem a ser o trabalho de Acompanhamento Terapêutico (AT). Tal imprecisão conceitual se deve ao fato do AT não ser monopólio de nenhuma corrente de pensamento e também pelo fato de que como é um trabalho de várias possibilidades de aplicação, uma definição única de AT tende a empobrecer as várias compreensões dessa técnica. Certamente, existem linhas terapêuticas que se apropriam mais dessa técnica do que as demais, como é o caso da psicanálise. Não obstante, a variedade de compreensões e utilizações do AT por diferentes linhas teóricas é grande. A Análise do Comportamento, a Psicologia Humanista, a Psicanálise, a Terapia Sistêmica são alguns exemplos de diferentes linhas terapêuticas que se utilizam da técnica do AT. Vejamos algumas definições que podem ser úteis para uma apreensão mais ampla do Acompanhamento Terapêutico.

De acordo com Carrozzo (1997) o Acompanhamento Terapêutico é “(...) *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*” (p.11)

Rolnik (1997), buscando traçar uma genealogia do AT, nos oferece outra definição do Acompanhamento Terapêutico:

“ (...) *E aí foi aquela avalanche de iniciativas – abrir as portas dos manicômios, formar equipes multiprofissionais, criar ambulatórios de saúde*

mental hospitais-dia, etc –, diferentes territórios que, somados, aumentavam as chances da loucura libertar-se de sua condição de existência doente. Depois veio a necessidade de construir mediações não só entre esses territórios, mas também entre cada um deles e o da família, entre todos eles e a paisagem da cidade – era preciso criar possibilidades reais de vida não doente (...)” (p.83-84).

Com essas definições, Carozzo e Rolnik chamam atenção para a característica do AT de estar vinculado ao tratamento alternativo de sujeitos que foram isolados socialmente por medidas de tratamento tradicional, que são, por sua natureza, segregadoras. É possível compreender que essa é uma clínica de interfaces, não lhe sendo destinado nenhum lugar específico de atuação, tal como acontece na terapêutica clínica tradicional. É também uma clínica de mediações, na qual o acompanhante deve se esforçar para facilitar a comunicação do paciente nos diversos territórios de vivência: família, trabalho, lazer, cidade, instituição de saúde e outros mais. Nessa clínica, a relação da dupla acompanhante-acompanhado está acima da rígida manutenção de um *setting* e de um enquadramento terapêutico tradicional.

Porto & Sereno (1991) elaboraram uma definição em forma de verbete do AT: *“prática de saídas pela cidade com a intenção de montar um “guia” que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico”* (p. 30).

Por essa definição, o AT investe na circulação social do paciente como forma de articular o paciente com o meio social que o cerca. Por si só, essa articulação com o social é terapêutica, pois serve para situar o sujeito em uma posição histórica ativa.

Segundo Barretto (2000, p.19), o Acompanhamento Terapêutico é uma prática clínica herdeira das idéias do movimento antipsiquiátrico inglês, da psiquiatria democrática italiana e da psicoterapia institucional francesa. A essência desse trabalho é a de ser “(...) *um procedimento clínico que busca potencializar essa dimensão simbólica do cotidiano de um sujeito, auxiliando-o a recuperar ou estabelecer aspectos, objetos, ações que o constituam e que o ajudem a se inscrever de uma forma simbólica na realidade compartilhada*”.(Barreto *apud* Carvalho, 2002, p. 34).

Influenciado pela teoria psicanalítica, Barretto (*apud* Carvalho, 2002) afirma que:

“... ao longo da história da psicanálise, houve uma ênfase muito grande na palavra (...). Graças ao trabalho de inúmeros psicanalistas, antropólogos e filósofos, a palavra deixa de ser via mestra de simbolização e passa a ser uma entre outras vias potencialmente simbólicas, como o gesto, a dança, a música e a pintura, etc.” (p.34).

Pela definição de Barretto, o AT tem a função de auxiliar o sujeito incapacitado por alguma incapacidade psíquica a inscrever a sua marca subjetiva no cotidiano. Assim sendo, o cotidiano é representado como uma espécie de tela em branco sobre a qual o sujeito pinta, com tintas mais coloridas, aspectos do seu simbolismo reprimidos pelo peso do sofrimento psíquico. O cotidiano seria um instrumento de re-significação de conteúdos internos violentamente reprimidos e denegados, que levam o sujeito a um estado de isolamento social e afetivo.

Camargo (1991) faz caracterização do trabalho do acompanhante terapêutico que pode servir como mais uma definição do que vem a ser o Acompanhamento Terapêutico:

“Nosso trabalho consiste em estar com o cliente em diferentes situações e contextos para, como um ego auxiliar, ajudá-lo a receber, identificar e responder aos vários estímulos que se lhe apresentam num clima de segurança e incentivo para a abertura de novas vivências. Proceder como um ego auxiliar significa funcionar como ponte entre o mundo interno e mundo externo e vice-versa; o acompanhante terapêutico é portanto um intérprete ativo, diretamente operacional, pois atua no mundo real, concreto e cotidiano do cliente; o acompanhante terapêutico é também um ego auxiliar na medida em que exerce um papel de investigador social pois está no lócus do cliente funcionando este lócus como um contexto terapêutico ampliado”. (p.52).

Por essa definição do trabalho de um acompanhante terapêutico, é possível imaginar que esse é um trabalho “ponte” que une mundos outrora distantes. Une as necessidades do mundo interno do acompanhado com as possibilidades do mundo externo que o circunda. A união desses dois mundos permite que o acompanhado possa deixar a sua marca simbólica nessa realidade externa, que, anteriormente era negada pelas imperiosas necessidades do mundo interno. Permite também que ele passa a acreditar que a realidade externa possa oferecer meios mais criativos de manifestação de seu simbolismo, sem que seja necessário abrir mão das características de seu mundo interno.

Tafari (2006), afirma que o Acompanhamento Terapêutico é considerado, atualmente, uma modalidade de atendimento e uma alternativa à internação de pessoas em sofrimento psíquico grave quando estas estão em crise. A autora supracitada argumenta que para a consecução dessa modalidade de atendimento, é fundamental que o profissional abra mão de sua técnica em favor de uma postura mais pessoal que possibilita um agir terapêutico mais criativo e

espontâneo. Tafuri (2006) cita um fato apresentado por Mannoni (1988) para esclarecer melhor a função do AT:

“... havia um homem que ameaçava se jogar com o seu bebê no vazio, do alto da Torre Eiffel em Paris. Foram mobilizados a polícia, psiquiatras e bombeiros. Quanto mais os policiais insistiam em fazer o homem desistir de se jogar com o seu bebê mais aumentavam as suas ameaças. Chegou então uma jovem, “externa dos hospitais de Paris, com uma cara de preocupação. Ela lhe diz: cuidado com a corrente de ar, o bebê vai se resfriar”. A crise do homem cessou repentinamente. Como num passe de mágica o homem desceu os degraus da Torre Eiffel o mais tranqüilamente possível, carregando cuidadosamente o bebê. (p.2-3) (grifo da autora).

Mannoni (*apud* Tafuri, 2006, p.3) aponta que o homem despertou-se do seu delírio justamente pelo fato da fala da moça vir de um outro lugar que não aquele do Imaginário persecutório desse homem angustiado, característica persecutória essa reforçada pelo discurso dos policiais, psiquiatras e bombeiros que se esforçavam em fazer esse homem descer. Foi nessa fala espontânea e inusitada da moça, desapegada de qualquer tipo de preocupação psiquiátrica, que esse homem angustiado pôde depositar as suas angústias psíquicas graves, sair da crise e incluir-se no meio social. O AT seria então uma prática clínica que aposta o seu sucesso através de uma prática terapêutica pessoal e espontânea desapegada de um viés técnico e científico, que nada tem a ver com o sofrimento psíquico do sujeito.

Enfim, essas diferentes definições apresentadas sobre Acompanhamento Terapêutico parecem apresentar em sua essência um ponto em comum: o de que a vivência do cotidiano, fora

da instituição de internamento, possa ser por si só terapêutica para esses usuários. O cotidiano pode oferecer alternativas mais criativas a uma vivência que, outrora, fora castigada pelo isolamento e pela agonia de existir. A cura do sujeito que estivera anteriormente isolado pelo sofrimento psíquico grave deve ocorrer justamente no social, ou seja, fora do âmbito institucional. O AT seria uma ponte entre o institucional e social, já que, ao lidar com o sofrimento psíquico grave, o âmbito institucional não pode ser radicalmente negado, e deve servir como uma referência a mais para esse sujeito portador desse sofrimento.

Além disso, essas diferentes definições de AT reforçam a necessidade de uma postura profissional diferenciada, que vai além da preocupação da utilização de uma determinada técnica. O AT parece ser, essencialmente, uma clínica de postura humana e menos de técnica.

3.3 – Alguns objetivos e características do AT

Um dos objetivos do trabalho de AT é possibilitar que o portador de sofrimento psíquico grave circule no meio social, favorecendo experiências que possam ser positivas para o seu bem estar como sujeito e cidadão. Permitir a esse sujeito circular pela cidade é apostar que, por meio dessa experiência, ele possa utilizar melhor a sua capacidade criativa. No trabalho de AT existe a preocupação de preservar a “ecologia mental” do paciente, aproveitando os seus recursos e a sua capacidade de criação durante as saídas. Nesse trabalho terapêutico, não se prima por uma “transformação” radical da estrutura psíquica do sujeito portador de sofrimento psíquico grave e, sim, pelo aprimoramento da criatividade inerente à sua natureza (Porto & Sereno, 1991, p.26).

A circulação pela cidade permite ao sujeito em sofrimento deparar-se com a alteridade, aspecto do psiquismo bastante defasado pelo seu sofrimento. A rua, em nossa sociedade, tem o potencial de representar mais um aspecto da alteridade, e nela estão alguns “outros” que circulam

e vivem parte de sua rotina. A rua representa, assim, o espaço de fora, o espaço longe, o outro lado daquele espaço que o louco vive, e é nela que mora o outro, o estranho (Cesarino, 1991, p.110). Apostar nesse conhecimento do “outro lado da rua” por parte do sujeito em sofrimento é permitir que ele lide com a alteridade de maneira mais criativa e menos persecutória. Esse trabalho tem sido fundamental para pessoas portadoras do sintoma paranóico. A rua serve para a desmitificação do outro persecutório.

No trabalho de AT, visa-se também o resgate da cidadania dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico grave. Como foi possível notar pela escrita do Capítulo 1 desse trabalho, há um processo histórico de segregação que retira do sujeito em sofrimento grave o direito de ser sujeito da cidade. A partir do desenvolvimento da Antipsiquiatria foi possível tirar esse sujeito de seu confinamento e denunciar as violências das quais ele era vítima (Berger, Moretin & Neto, 1991). Parece razoável supor que a cidadania desse sujeito nasce da denúncia da violência praticada contra si.

Ao circular pela cidade, o sujeito portador de sofrimento psíquico grave tem a possibilidade de tentar reaver a sua cidadania obscurecida pela sua condição. O AT vem a ser a tentativa prática da busca dessa cidadania roubada no cotidiano da cidade. Existem situações no trabalho do AT em que o paciente se vê em situações em que deve se impor como sujeito ativo e como cidadão detentor de direitos e deveres. O ato de pagar a tarifa do ônibus e requerer meia entrada no cinema, por exemplo, são situações que demandam desse sujeito a noção mínima de cidadania e pertencimento à sociedade.

Uma das peculiaridades da clínica do AT está na montagem de seu enquadre diferenciado da clínica clássica de consultório. Por ser uma clínica que acontece no cotidiano da cidade, o “consultório” se constitui nos espaços públicos. O AT pode acontecer tanto em casa, quanto em ônibus nos cinemas. É a particularidade de cada lugar que irá definir as regras da sessão. É dito

por essa particularidade do AT que o *setting* desse trabalho é ambulante. É a presença do acompanhante terapêutico e a sua capacidade de respeitar o que foi estabelecido no contrato que garantem uma constância fundamental para o tratamento das psicopatologias mais graves. Conseqüentemente, o contrato terapêutico tende a ser o único elemento fixo dessa clínica ambulante. O contrato diz respeito à definição de um enquadre terapêutico que abrangeria um conjunto de regras a determinar o funcionamento de um trabalho terapêutico e que teria por finalidade fixar fatores constantes que delimitam o trabalho (Fernandes, 1991). No contrato, se definem aspectos práticos do trabalho terapêutico como horários das sessões, regras de convivência, honorários e local de atendimento.

3.4 – O que é esperado de um acompanhante terapêutico

Tudo o que foi citado anteriormente à respeito do AT só se faz possível pela existência de um profissional que tenha condição de conviver com o sofrimento psíquico grave da maneira mais espontânea e continente possível. Essa convivência continente por parte do acompanhante terapêutico permite que o paciente possa ter a suficiente organização psíquica para formular uma história e nela poder viver e depositar a sua marca como sujeito:

“Uma vez que sua história faz sentido para alguém, o A.T., o paciente pode se conectar e construir uma Outra cena (Manonni, 1995), sustentando no encontro e não mais no isolamento. O essencial, como diz Manonni, é que a solidão desses pacientes, seu desamparo e sua loucura possam encontrar meios de se exprimir, sem que procure dar-lhes sentido prematuramente” (Berger apud Carvalho, 2002, p.17).

Na prática do AT, o profissional envolvido se vê em posição terapêutica diferenciada. A ação terapêutica do at não está exclusivamente relacionada ao diálogo com o paciente: é o gesto do profissional com as ações do paciente que parece ser a força motriz desse trabalho. A título de ilustração, diz-se pela compreensão psicanalítica do AT que a interpretação se faz em gesto, e, não, em palavras. Muitas vezes, um gesto vem a ser um complemento daquilo que uma paciente não consegue colocar em ação por sua dificuldade de simbolizar e de comunicar em um plano intra-psíquico e inter-pessoal. Essa dificuldade, por si só, é causadora de sofrimento psíquico. A interpretação em AT é feita por um gesto que complementa de maneira ativa o que é feito, liberando o sujeito para continuar a cena imaginada por si (Porto & Sereno, 1991, p.29).

O acompanhante terapêutico se vê, muitas vezes, em uma posição de “sombra” do paciente. Ou está próximo para fornecer a referência e a segurança necessárias na consecução de algum plano do paciente, ou pode ficar um passo atrás, permitindo que o paciente desbrave o mundo à sua maneira, sem a presença constante de uma referência externa (Porto & Sereno, 1991, p.29).

Tal como um anjo da guarda, o at precisa “guardar” a integridade de seu paciente-protegido, impedindo que corra riscos desnecessários, zelando para que não realize atos perigosos à sua integridade e à dos outros em seu meio. Todavia, esse “anjo da guarda” deve dar espaço para que o seu “protegido” viva da maneira mais autônoma possível. Deve permitir que corra riscos, acerte, erre e se frustre, dando sempre a entender que estará por perto quando o seu “protegido” precisar de acolhimento nesses momentos de aprendizagem que podem ser críticos. Deve ser continente em momentos em que uma determinada experiência não for satisfatoriamente compreendida pelo paciente. Espera-se, ao viver esses riscos, que o paciente

possa desenvolver uma noção de si por meio do desenvolvimento da noção de cuidado de si aprendida nessas experiências de vida.

Por ter toda a característica de um tratamento psicoterápico, a expectativa de cura é sempre presente. Todavia, como ocorre com qualquer profissional que lide com a gravidade das psicoses e outras psicopatologias, essa expectativa deve ser repensada. A estrutura psíquica de um paciente portador de sofrimento psíquico grave é complexa o suficiente para se apostar na necessidade imperiosa da existência de uma cura completa e total. Frente a essa difícil situação, o que se pode fazer para o bem estar desse indivíduo é acompanhá-lo na construção dos meios para uma vida viável e criativa. Carrozzo (1991) ao explicar a filosofia de trabalho do hospital-dia A CASA de São Paulo, faz apreciação do tema da cura:

“ A estrutura não é transformável, o que procuramos é fabricar, acompanhar a construção de condições para que esta estrutura psicótica possa funcionar de forma viável nessa sociedade. Entendemos que isto quer dizer um funcionamento psíquico onde haja vida.” (p.34)

Assim sendo, o at deve ampliar a sua noção de cura do sujeito em sofrimento psíquico grave, e deixar de lado a idéia de cura como a remissão completa dos sintomas de uma psicopatologia. Muitas vezes, para o bem estar desse indivíduo em sofrimento psíquico grave, é mais importante acompanhá-lo em sua dor do que tentar buscar uma cura total e completa para esse indivíduo. No AT, o compromisso maior está no bem estar do indivíduo e não na remissão de sintomas que parece dizer mais ao compromisso que esse profissional tem com a eficiência de sua técnica.

A entrega do profissional para a realização do trabalho de AT é considerável, pois habitualmente o acompanhante lida com aquilo que é mais primário e assustador em um ser humano em sofrimento psíquico grave: lidar com situações extremas de crise, sejam elas advindas da psicopatologia ou de uma briga familiar. Camargo (1991, p. 57) relata que vivências de ansiedade, temor, angústia, confusão e caos são inevitáveis, sendo que não há como evitar que o at não mergulhe nas profundezas de seu psiquismo. Portanto, o profissional que realiza AT deve se submeter a algum cuidado psicoterápico.

Em algumas psicopatologias, o acompanhante terapêutico deve estar preparado para lidar com elementos de uma transferência maciça por parte do paciente. O corpo do at deve estar preparado para ser o depositário de angústias e medos profundos que certos sujeitos e, sofrimento tem em relação ao mundo. Sereno, Aguiar & Leonel (1991) comentam um caso de AT segundo o qual, Pedro, 33 anos de idade, um paciente diagnosticado como psicótico, estabelecia vínculos muito fusionados com os acompanhantes terapêuticos. O corpo do at era o grande elemento de fusão desse paciente. Havia uma indistinção de corpos que propiciava essa atitude fusional. O at foi sensível (e corajoso) o suficiente para perceber que essa fusionalidade poderia ser benéfica ao paciente. Reconhecendo essa angústia de se perder nessa fusão de corpos foi possível para o at buscar força e criatividade para usar essa confusão de corpos em prol do paciente: *“Se Pedro me tira do apartamento com o seu corpo, agora eu é quem vou tirá-lo com o meu”* (Sereno, Aguiar & Leonel, 1991, p. 73).

Desde de Itard já havia a preocupação de se realizar um trabalho de vinculação social com pessoas supostamente incapazes. Como foi escrito anteriormente, um dos cinco pontos do programa de reeducação do jovem Victor de Aveyron era o de *“vinculá-lo à vida social, tornando-a mais branda do que a levava então...”* (Itard *apud* Mannoni, 1973, p.168). Todavia, a maneira como se faz isso no AT é completamente distinta da época de Itard. No AT, não há a

preocupação de se reeducar ninguém. Ao contrário, o acompanhante espera aprender algo com o acompanhado. O conhecimento se faz pelo vivido da relação, e, não, pelo olhar apriorístico de determinada psicopatologia. Durante muito tempo, esse olhar apriorístico sobre as doenças mentais justificou a existência do domínio médico sobre a vida das pessoas. Uma das grandes metas da Antipsiquiatria (e por consequência do Acompanhamento Terapêutico) é justamente acabar com esse domínio. Assim sendo, o que conta na experiência de acompanhar alguém está muito mais vinculado a sentimentos do que a conhecimento. Afinal, o sentimento é elemento válido da experiência humana.

3.5 – O Acompanhamento Terapêutico de Crianças

Tudo que foi dito anteriormente nesse capítulo acerca da clínica do AT se refere majoritariamente à prática com adultos. Por conta do AT ser mais praticado com pessoas adultas, não há suficiente material bibliográfico sobre esse trabalho com crianças. A produção de trabalhos sobre o AT infantil é ainda bastante tímida, comparada às inúmeras possibilidades que se abrem para a realização desse tipo de atendimento com crianças.

A produção de material bibliográfico sobre o AT de crianças se resume, no Brasil, a publicação de alguns poucos artigos sobre esse tema em revistas especializadas e em livros sobre a prática do AT em geral. Não existem ainda publicados no país livros que tratem das especificidades do Acompanhamento Terapêutico de crianças. É possível que em outros países possa existir bibliografia específica sobre esse tema, entretanto, há pouca informação sobre a tradução dessas obras em língua portuguesa.

Nesse trabalho, minha experiência com o AT de crianças e a bibliografia já existente acerca do Acompanhamento Terapêutico fundamenta o que será escrito sobre essa prática clínica

com crianças esperando que esse trabalho seja uma pequena contribuição à discussão da prática do AT com crianças, já que a bibliografia sobre esse tema não é suficiente para uma discussão mais aprofundada.

3.6 – Aprendizado pessoal com o AT

Apesar de ter pesquisado em diversos textos as definições e os objetivos do trabalho de Acompanhamento Terapêutico para essa dissertação, a minha formação como acompanhante terapêutico de crianças não se fez em “banco escolar”: aprendi na prática, realizando encontros com os meus pacientes sem a preocupação de seguir um roteiro pré-definido sobre o que deveria fazer. Aprendi sobre essas crianças vivendo o seu dia-a-dia. Foi pela minha vontade de estar junto, no meu caso, de crianças autistas que aprendi a ser Acompanhante Terapêutico.

Minha formação em AT parece ser alternativa ao que acontece com bastante frequência. Essa despreocupação de ter um conhecimento *apriori* do AT foi útil para que, no meu processo de formação profissional, não ficasse preso à diretrizes profissionais que muitas vezes criam dificuldades na relação terapeuta-paciente. A regra era “navegar de acordo com a maré”, sem a preocupação de seguir um “plano de navegação” pré-determinado. Era a situação de cada encontro que mostrava o caminho a ser seguido. Por não ter uma linha de pensamento e ação que influenciavam as minhas atitudes como acompanhante terapêutico, gozava de uma certa liberdade profissional em minha atuação.

Essa liberdade de ação tem vantagens e desvantagens: a principal vantagem está no fato de não haver um conhecimento acadêmico que norteava as minhas ações. “Não saber” sobre o que é escrito sobre a prática do AT permite que se “saiba” mais sobre aquilo que se sente no momento que se está com o acompanhado. Acredito que essa “sabedoria do encontro e do

momento” é o mais importante para um profissional que deseja conhecer e ajudar o seu paciente: esse saber se converte para aquilo que acontece com a pessoa autista, dotada de sentimentos, e não para o corpo autista, dotado de sintomas. Essa postura clínica é defendida por Fonseca (2005) no trabalho clínico com crianças autistas:

“O psicanalista necessita, a partir de então, estar aberto ao novo e ao inusitado que o encontro com essas crianças pode trazer, uma atitude que exige do analista a suspensão do que já se sabe, ou mesmo a capacidade de se deparar com a frustração do que não se sabe”. (p.148)

Colocar em suspenso o que já se sabe sobre o autismo é uma maneira muito eficiente do profissional envolvido no atendimento de crianças autistas entrar em contato com o novo e o inusitado do encontro que há no atendimento dessas crianças.

Portanto, essa visão diferenciada do AT aponta para a primordial necessidade de que esse seja o encontro entre duas pessoas e não entre dois entes irreconhecíveis. Nada do que falei é novidade entre o meio clínico. O que enfatizo é que no AT, essa parece ser interessante e fundamental base de atuação.

A grande desvantagem dessa liberdade de ação é que muitas vezes, o profissional sente-se desprotegido por não ter uma “recomendação clínica” para cada situação. Não há uma base teórica que orienta e “protege”. Todas as ações como acompanhante terapêutico parecem ser de responsabilidade do profissional. Era bastante freqüente em mim, por exemplo, a sensação de que agia como um impostor por não ter, por detrás, um “grande mestre” que atestasse as minhas ações. Mesmo assim, a experiência me mostrou que o paciente pode se beneficiar dessa mistura

que há entre o pessoal e o profissional. Basta que o AT seja continente o suficiente para lidar com tal suposta “confusão”.

Capítulo 4

Os Acompanhamentos Terapêuticos com Miguel e Mônica

4.1 - Apresentação

Gostaria de relatar nesse trabalho um pouco dos desafios da minha experiência com Acompanhamento Terapêutico. Pretendo nesse capítulo, apresentar as vinhetas clínicas de dois casos de AT com crianças realizados por mim. Ambos os casos são de Acompanhamentos Terapêuticos realizados com crianças autistas: Miguel, um menino de três anos de idade, e Mônica, uma menina de quatro anos de idade. Pretendo, na discussão dessas vinhetas clínicas, apresentar o relato de uma experiência pessoal de AT com essas crianças acreditando que isso possa servir como contribuição para o levantamento de questões pertinentes sobre o Acompanhamento Terapêutico com crianças e as suas particularidades.

4.2 – O caso Miguel

Em vez de atender crianças autistas em consultório passei a realizar o estágio de Acompanhamento Terapêutico de Miguel (como será chamado), um garoto autista de três anos de idade, em uma escola maternal durante alguns dias da semana. Miguel já estava em atendimento psicoterápico quando comecei a realizar o seu AT; era atendido por minha supervisora de estágio.

O menino fora diagnosticado como autista por volta dos dois anos e meio de idade, e seus pais relatavam que, até então, agia como uma criança normal. Foi a partir dessa idade que Miguel começou apresentar isolamento afetivo mais acentuado e regressão em sua fala. Não havia nele

nenhum indício de que seu autismo estivesse associado com algum aspecto orgânico. A sua família era proveniente de outro estado e vieram a Brasília a trabalho. Sem ter quem tomasse conta de seu filho enquanto estivessem trabalhando, os pais de Miguel decidiram colocá-lo no Jardim de Infância uma escola de ensino regular.

Fui convidado a fazer o AT de Miguel na escola para auxiliá-lo no seu processo de inclusão social. Além disso, a minha presença na escola o auxiliaria a lidar com um problema imediato que o estava lá afetando. Na escola, havia uma professora que tinha atenção especial com Miguel. A existência dessa figura acolhedora foi algo bastante positivo para ele, pois era alguém que lhe dava amparo emocional para melhor suportar o ambiente escolar. Infelizmente, essa professora foi mandada embora da escola, fato que repercutiu negativamente no psiquismo de Miguel.

A minha função com Miguel era dar-lhe suporte emocional, tal como a sua antiga professora lhe dava, para que pudesse freqüentar a sua escola de maneira mais proveitosa. Miguel passou por repetidos e abruptos cortes de vínculos com pessoas que representavam para ele uma possibilidade de acolhimento emocional importante ao seu desenvolvimento. Foram babás, avós e professores que, abruptamente, saíram de sua vida e não lhe proporcionaram uma sensação de continuidade. Sendo assim, a minha disponibilidade para ele era grande.

A escola de Miguel tinha a expectativa de que a minha presença em sala de aula garantiria que ele realizasse todas as atividades tal como os seus colegas. Era claro para mim que a escola queria alguém que o auxiliasse quase que exclusivamente do ponto de vista pedagógico. A preocupação maior da escola era a evolução pedagógica de Miguel.

Por não estar em consultório, sentia-me desconfortável naquele lugar. Além de ser a minha primeira experiência mais próxima com uma criança autista, acompanhar uma única criança em sala de aula me parecia algo estranho a vista de todos. Por ser alguém que buscava ter

uma formação clínica, enxergava Miguel e seus colegas com olhos terapêuticos. Sendo eu um acompanhante terapêutico, pensava que deveria agir de maneira terapêutica. Essa postura gerou alguns conflitos entre mim e a escola.

Miguel era um garoto que constantemente pedia acolhimento emocional físico. Necessitava muito do colo das pessoas, independente de quem fosse. Eu procurava atender prontamente aos pedidos de Miguel, oferecendo-lhe colo, mas esse gesto não era bem visto pelos professores.

O insistente desejo de Miguel de ficar aconchegado em meu colo era uma maneira de buscar uma sensação de apaziguamento que, no ambiente escolar, não conseguia achar. A sua busca pelo aconchego no corpo do outro pode ser entendida como uma conquista. Em uma criança autista, a capacidade de se aconchegar no colo do outro é o indício de uma possibilidade de sair do seu isolamento, já que, na maior parte dos casos, as crianças autistas buscam aconchego em comportamentos autísticos, tal como girar ao redor do seu próprio corpo. A busca de aconchego em um outro corpo é indício de uma capacidade de reconhecimento da alteridade, o que é, clinicamente, um bom sinal.

Essa busca de Miguel por aconchego foi um fato bastante controverso na escola. A professora não achava muito interessante que eu lhe desse colo toda vez que me pedia, pois, supostamente, eu o estaria isolando do contato com as outras crianças. Nas palavras da professora, “mimando-o e privilegiando-o em detrimento das outras crianças”. No entanto, eu achava o contrário: acreditava que o colo era um momento constituinte que Miguel poderia ter para reorganizar-se e adquirir confiança para realizar as atividades na escola. A minha orientadora também considerava que o colo seria, na fase de aproximação com o meu paciente, uma forma de nos reconhecermos um a outro.

Nesse trabalho de AT na escola, eu agia como um “anti-Itard”: ao invés de querer educá-lo a ser uma criança candidamente adequada às necessidades da escola, me preocupava em aprender com ele o que necessitava no ambiente escolar. Eu acreditava poder aprender sobre o autismo com o meu paciente, majoritariamente, pela via do encontro, e, menos, pelo conhecimento apriorístico sobre os sintomas autísticos de Miguel. O conhecimento sobre o seu autismo não aconteceria antes do encontro, e, sim, durante o encontro.

A situação do colo, anteriormente citada, permitia perceber o embate que há entre a postura terapêutica e a postura pedagógica. Existem certas formas de subjetivação que parecem não se adequar satisfatoriamente à lógica pedagógica. Bastos (2001) indaga:

“ ... se a escola está aberta a se questionar e se repensar como um espaço para acolher não só as questões relativas ao pedagógico, mas também aquelas que apontam na direção do sujeito, ou seja, trata-se de perguntar se é possível, para a escola, tomar a criança não exclusivamente pela ótica das suas capacidades cognitivas, mas nessa posição de sujeito do desejo, enquanto construção de uma estruturação psíquica que a psicanálise aponta não coincidir com o desenvolvimento biológico” (p. 3)

Por essa afirmação, é possível acreditar que a escola possa ter um papel pedagógico alternativo em relação às crianças que estão vivendo um processo de inclusão, papel esse que leve mais em consideração os ganhos emocionais de estar na escola do que necessariamente a capacidade cognitiva de se adequar às normas da escola. É provável que, grande parte das escolas se beneficiariam se permitissem agir como em Bonneuil, ou seja, se oferecessem não apenas

educação, mas também um espaço continente onde as crianças pudessem deixar a sua marca espontânea e individual.

No processo de alfabetização, grande parte das crianças portadoras de sofrimento psíquico grave ainda está vivendo momentos de constituição psíquica que a maioria das crianças normais já superou. Seria bom se a escola pudesse investir em uma postura que respeitasse esses momentos constitutivos dessas crianças, tal como se faz em Bonneuil. Possivelmente, a resistência das escolas em agir assim se deve ao fato de que têm dificuldade para compreender e lidar com crianças autistas, as quais podem revelar comportamentos assustadores e inesperados.

A minha experiência em AT com Miguel me fez atentar para o fato de que as escolas ainda não se sentem qualificadas para simplesmente receber uma criança sem ter a obrigação de educá-la. No entanto, a escola que ousa subverter essa lógica em muito se beneficia com tal ousadia. Algumas escolas parecem não perceber que são muito mais que um lugar de aprendizagem, mas também um lugar de vivência onde crianças fazem amigos, inimigos, se impõe e se submetem. Enfim, toda uma gama de experiências do agir humano com si próprio e com a alteridade lá acontece. Isso para qualquer criança, portadora de sofrimento psíquico grave ou não, é *constituente*. Além disso, esse é o tipo de aprendizagem que não se ensina para uma criança: apenas a acompanhamos em sua aprendizagem.

Assim sendo, a minha experiência de AT na escola de Miguel me fez questionar a possibilidade da escola de limitar-se apenas a acompanhar uma criança autista em suas experiências com o outro. Isso não quer dizer que a escola deva abrir mão de educá-la, mas acredito que para uma criança autista, que ainda não está preparada psiquicamente para se alfabetizar (como era o caso de Miguel), o mais importante para a escola é fornecer experiências de interação com a alteridade que são constituintes para qualquer criança.

4.2.1 – A invasão de campos de saber: o pedagógico e o terapêutico

O olhar reprovador da escola em relação às minhas atitudes privilegiadas com Miguel remete ao aspecto histórico dos primeiros cuidados com a infância a partir do século XVII. Nesse século, a noção de cuidado com a infância parecia estar relacionada com a necessidade de oferecer meios para que a criança pudesse ser alguém de destaque no futuro. Para tal, fazia-se necessária a multiplicação de instituições educacionais disciplinares. A postura disciplinar mais rígida dessas instituições educacionais agia em favor de uma educação que aproximava precocemente as crianças do mundo dos adultos. Existia o princípio que se deveria evitar mimar as crianças, tornando-as habituadas precocemente a seriedade dos adultos (Ariés, 1973, p.88). A existência de tal princípio exemplifica essa aproximação da criança com hábitos adultos.

Indago-me, se, até hoje, boa parte das instituições de ensino ainda conservam a necessidade de educar uma criança seguindo uma referência adulta. Uma criança normal pode até se beneficiar desse tipo de educação mais “adulta”, mas, no caso de uma criança autista, as chances que isso aconteça são quase mínimas, pois essa não está preparada emocionalmente para lidar com esse tipo de exigência educacional. O caso de Miguel ensinou-me que uma escola que deseja receber uma criança especial deve abrir espaço para ações mais terapêuticas, como essas que foram demonstradas na vinheta clínica apresentada. São ações terapêuticas que privilegiam o suporte emocional desse tipo de criança que está em processo de inclusão social, estando acima da necessidade de alfabetizá-la.

Parecia bem claro para a professora de Miguel que a escola não era o lugar para essas ações de cunho terapêutico. Aos olhos dela, parecia ser contraproducente tanto para essa criança autista e tanto para as outras crianças a existência de um profissional em sala de aula que tivesse a sua atenção voltada quase que unicamente para um único aluno. Parecia, para a escola de

Miguel, que a sala de aula não era o local adequado para um empreendimento terapêutico. A escola defendia para a educação dos alunos uma postura igualitária que para mim era bastante incômoda, pois isso dificultava a possibilidade de se abrir espaço no meio escolar (entre as crianças, em especial) para a discussão a respeito do que é diferente e fora da norma. Parece claro que grande parte das nossas instituições educacionais ainda não se atentaram para a necessidade de se preparar os seus alunos para lidar com o que é diferente.

O Acompanhamento Terapêutico em ambiente escolar exige do acompanhante a capacidade de suportar uma divisão interna a respeito do discurso terapêutico e do discurso pedagógico. Ser acompanhante terapêutico na escola implica ter “jogo de cintura” para saber oscilar entre uma postura mais pedagógica e uma postura mais terapêutica. Por um lado, o at deve estar disponível para ter uma postura mais pedagógica com a criança acompanhada, já que um dos objetivos desse trabalho é auxiliar o indivíduo na realização de tarefas do cotidiano, do qual a escola faz parte. Por outro deve ter sensibilidade para perceber quando o indivíduo acompanhado necessita de um amparo terapêutico que coloca de lado a atitude pedagógica.

Essa suposta “invasão” da ação terapêutica no *lôcus* pedagógico também faz pensar sobre a ação oposta: quando com determinadas crianças atendidas em nossos consultórios, temos uma atitude pedagógica. Essa atitude pedagógica se expressa quando o terapeuta apresenta a necessidade de educar a criança que está sendo atendida, ensinando-lhe modos mais adequados de agir no consultório, ao invés de permitir que a criança expresse, à sua maneira, os seus conflitos.

O trabalho de Acompanhamento Terapêutico permite que o profissional do campo *psi* possa oscilar entre esses dois campos, terapêutico e pedagógico, os quais sem a devida compreensão crítica, podem se chocar. Esse é um aspecto desse trabalho bastante útil para a formação profissional dos clínicos que desejam trabalhar com crianças, independente se elas são

especiais ou não. A minha experiência no ambiente escolar me permitiu levantar questionamentos importantes acerca da função educacional da escola, desde a sua real importância até as suas limitações. O Acompanhamento Terapêutico é uma experiência que permite ao profissional envolvido a possibilidade de levantar questionamentos importantes acerca do lugar onde essa atividade acontece. Do ponto de vista da formação do profissional dessa área de atuação, isso é desejável e necessário.

4.3 – O Caso Mônica

A desafiadora experiência de Acompanhamento Terapêutico em uma escola me deu experiência para me aventurar em outros lugares onde a promoção de saúde mental deve acontecer. Dessa vez, o meu lugar de atuação seria na residência de uma menina de quatro anos de idade, autista, a qual vou dar o nome de Mônica.

Mônica foi diagnosticada como portadora de “autismo atípico” aos três anos e três meses de idade. Atualmente vem recebendo atendimento psiquiátrico, psicológico e Acompanhamento Terapêutico. Apresenta um quadro sintomatológico que a impede de estabelecer vínculos adequados com os elementos do ambiente. É uma criança que, no início dos atendimentos, apresentava um quadro de isolamento e retraimento bastante acentuado, mas que, posteriormente começou a apresentar melhoras visíveis em relação aos vínculos afetivos estabelecidos com as pessoas de seu cotidiano.

Quando recebemos esse caso no grupo de atendimento, confesso que a minha maior expectativa era de poder atendê-la em consultório aos moldes clássicos. A minha expectativa foi quebrada. Seria eu o seu acompanhante terapêutico. No fundo, achava aquela função um pouco

subalterna à do terapeuta. Sentia que, nas supervisões, a atenção maior era dada ao atendimento psicoterápico, o que se revelou uma falsa impressão.

Foi acordado entre mim e seus pais que as sessões de Acompanhamento Terapêutico aconteceriam duas vezes por semana, com encontros variando entre uma hora e vinte a duas horas. Os encontros aconteceriam na casa e na vizinhança da casa dos avós maternos, lugar que ela habitualmente freqüentava durante boa parte da semana. Foi um trabalho voluntário, sem remuneração em que o “pagamento simbólico” seria a possibilidade de eu poder conviver com uma criança autista. Posteriormente, fui chamado para auxiliar no Acompanhamento Terapêutico de Mônica na escola, indo nos dias em que a acompanhante da escola não poderia ir. O trabalho de AT em sua residência ainda acontece e está perto de completar dois anos.

Os três primeiros meses de atendimento com Mônica foram muito desanimadores. A minha interação com ela era pobre. Não buscava nenhum tipo de contato comigo e rejeitava a minha aproximação a ela. Foram meses em que cabia a mim estar somente do lado dela e não havia nenhuma possibilidade de realizar atividades direcionadas. O mote do trabalho era fazer aquilo que ela permitia fazer e que, ao mesmo tempo, ela suportava sem se desorganizar. No caso, a atividade definida por esses fatores era simplesmente assistir desenhos no vídeo-cassete de forma repetitiva e estereotipada. Confesso que era bastante cansativo assistir “desenhos animados” dessa maneira e lidar com a agitação que tal atividade proporcionava à Mônica. Ela pulava incansavelmente e se equilibrava no sofá de cabeça para baixo para assistir a cena do desenho. Era uma agitação um pouco perturbadora para mim.

Ela assistia os filmes no vídeo-cassete de maneira bastante estereotipada: assistia determinado trecho do desenho e “pedia” a alguém mais velho que estivesse próximo para que voltasse a fita no ponto que ela mais se satisfazia autisticamente. É importante deixar claro que Mônica ainda não falava, mas conseguia agir no ambiente de maneira a satisfazer os seus desejos

e as suas necessidades. No caso da televisão, entregava o controle remoto para o adulto que ela já sabia que voltaria a fita e levantava o braço do mesmo adulto em direção à televisão.

Na tentativa de se criar um vínculo com ela, me ofereci como instrumento dessa satisfação autística com a televisão. De pronto, ela negou. Somente depois de algumas semanas de convivência ela permitiu que eu fosse objeto dessa satisfação.

Durante todo o primeiro ano de AT com Mônica, a televisão ainda era o grande meio de comunicação entre mim e ela. Entretanto, houve melhoras significativas em casa, na escola (na qual há um trabalho de Acompanhamento Terapêutico em curso com outra profissional), no consultório psicoterápico e em outros locais do cotidiano.

Por meio desse contato autístico pela televisão, foi possível que a minha relação com Mônica se tornasse mais próxima. Passou a permitir que eu mantivesse um contato corporal mais próximo (pegar no colo) e permitia explorar o meu corpo de uma maneira lúdica e divertida. Subia em minhas costas e em meu ombro, manuseando o meu rosto e meu cabelo. Era visível, também, uma mudança na sua expressão facial e nos seus constantes vocalizes: a sua expressão facial é mais alegre e humanizada e suas vocalizações, a cada dia, se pareciam mais com palavras.

Esse modo de ação com Mônica é inspirado diretamente no conceito de *holding* de Winnicott. De acordo com Winnicott (1958, p. 224), *holding* é uma série de experiências de cuidado que favorecem no bebê (ou qualquer sujeito em desenvolvimento) a possibilidade de vivenciar agudas experiências instintivas integradoras com o ambiente. O estabelecimento desse *holding* permite que o sujeito em desenvolvimento integre os diversos núcleos sensoriais ainda não integrados à sua maneira e ao seu ritmo. Clinicamente, esse *holding* se dá pelo fornecimento à uma pessoa de experiências de continuidade tanto física quanto psíquica que seriam por si só integradoras. Quando se fala nessas experiências de continuidade, fala-se da presença de uma

pessoa que além de estar fisicamente com a pessoa portadora de sofrimento psíquico grave, está presente de maneira afetiva, estando em contato com as angústias desse outro em sofrimento, através de uma atitude empática (Barretto, 2000, p.61).

Assim, apostou-se no trabalho de AT como possibilidade de uma revivência de afetos e representações bastante primárias pelo estabelecimento de uma relação entre o acompanhante terapêutico e Mônica através de uma presença empática que levava em consideração as suas particularidades psíquicas e afetivas. Foi uma aposta ousada, levando em conta que a realização dessa função no Acompanhamento Terapêutico é por si só bastante angustiante já que, na maior parte das vezes, é difícil para o profissional envolvido ter a tranquilidade de compreender que este faz algo útil estando simplesmente presente junto com esse sujeito em sofrimento psíquico grave (Barretto, 2000, p.64). Por conta da característica da realização dessa função, a sensação que há na execução da técnica do *holding* em AT é a de que o acompanhante não faz nada, sabendo que existe uma certa expectativa de que o at necessariamente faça alguma coisa com o paciente na cidade.

O Acompanhamento Terapêutico também acontecia em outros ambientes que não somente a residência. Fiz passeios com ela na vizinhança, no haras onde se realiza a sua equoterapia e em alguns lugares com bastante movimentação de pessoas, como supermercados e centros comerciais. É importante ressaltar que esses passeios quase nunca eram programados. Partia da espontaneidade dos seus parentes em querer realizar alguma atividade fora de casa. Houve algumas oportunidades em que somente eu e ela fizemos um passeio na granja onde acontece a sua equoterapia e em um parque infantil perto da casa de seus avós. Por um temor ainda não compreendido por mim, não me sentia tão à vontade em propor atividades com ela em locais distantes de sua residência. Atualmente, pelo tempo de convivência, esse temor já vem diminuindo consideravelmente.

Sobre a família de Mônica, imaginava que eles esperavam que eu fosse alguém que pudesse tirá-la um pouco de sua rotina repetitiva aos olhos da família. Talvez esperassem de mim que eu a afastasse um pouco do contato com a TV. No entanto, o que fiz foi investir no contato com a TV, mesmo sabendo que pudesse ser frustrante para os seus pais. Para mim, soava estranho a existência de um profissional pronto para mudar, mas que apostava na mesmice. Creio que, somente quando Mônica começou a ter interesse por coisas novas, os seus pais começaram a se tranquilizar. Atualmente, ela vem espontaneamente “pedindo” para que a levem em um parquinho perto de casa.

No início era bastante desconfortável para mim estar invadindo a intimidade de um lar. Sentia-me como um corpo estranho em um organismo, pronto para ser expulso quando atuasse de uma maneira que ferisse o equilíbrio do lar. Eu temia também que os membros da família estivessem se sentindo vigiados por alguém que supostamente era detentor de um conhecimento que poderia colocar em cheque as habilidades de cada um como membros da família cuidadores de Mônica. Para minha surpresa, nada disso aconteceu. Fui sempre muito bem recebido e não houve nenhum momento que sentisse algum tipo de hostilidade. Sempre notei por parte da mãe de Mônica uma grande preocupação em conversar sobre as diversas descobertas acerca do autismo no campo das ciências. Aos poucos, ela foi se sentindo a vontade para falar de suas angústias em ter uma filha autista. O pai, apesar de não estar tão presente no ambiente, sempre notou em mim um espaço para falar de suas angústias como pai de uma criança especial.

Finalizando, pude concluir com essa experiência de Acompanhamento Terapêutico em casa que esse tipo de trabalho é uma grande oportunidade para pensar em alternativas de atendimento mais presentes e acolhedoras em casos de sofrimento psíquico grave. A clínica do autismo e das psicoses cobra presença maior dos profissionais envolvidos no dia-a-dia desses pacientes. Todavia, há de se deixar bem claro que essa presença não diz respeito a uma coleta de

dados que sirvam de subsídio para a elaboração de intervenção. O conhecimento e a aprendizagem que se faz nesse trabalho se dá pela via do encontro entre dois indivíduos e suas particularidades e não pelo encontro de um saber apriorístico com um sintoma previamente estudado. O mais importante é que essa presença sirva de suporte emocional para o paciente e a família no complicado caminho do atendimento psicoterapêutico de uma criança autista. Muito mais importante do que um profissional oferecer o seu conhecimento, é poder oferecer o seu sentimento.

4.3.1 – A minha entrada como um dos acompanhantes na escola

Depois de quase dois anos realizando Acompanhamento Terapêutico em residência, fui chamado para ser um dos acompanhantes de Mônica na escola. Como havia citado anteriormente, minha paciente passou a freqüentar uma escola privada de ensino regular em Brasília, acompanhada por uma acompanhante terapêutica do mesmo grupo de pesquisa ao qual faço parte, coordenado pela professora Maria Izabel Tafuri. Devo salientar que o trabalho dessa acompanhante foi fabuloso, colaborando de maneira decisiva na permanência de Mônica nessa escola.

A escola em que ela estudava era de ensino regular como qualquer outra. A sua turma era composta por mais ou menos quinze alunos. Havia uma professora e uma assistente de sala. Mônica teve o privilégio de ter uma professora bastante amorosa e criativa e colegas bastante calorosos e compreensíveis. Não havia, por parte da professora, necessidade compulsiva das crianças seguirem as regras da sala de aula “a ferro e fogo”. Havia uma certa flexibilidade no ar que era benéfica para Mônica.

A acompanhante estava com ela todos os dias da semana em sala de aula. Não é necessário dizer que a disposição dessa profissional foi intensa. Chegando ao final do ano, por motivos profissionais, essa acompanhante não poderia estar na escola às sextas-feiras. Para a escola, a permanência de Mônica na escola estava condicionada à presença de um acompanhante exclusivo para ela. Já era de praxe nessa escola a permanência de um acompanhante exclusivo para cada criança com necessidades especiais que a escola matriculava. Não havendo alternativa mais imediata, me ofereci para substituir a acompanhante no dia que ela não poderia ir. Além de acompanhá-la em sua residência, passei a acompanhá-la na escola.

A escola esperava dos acompanhantes terapêuticos a possibilidade de auxiliar Mônica na realização das tarefas escolares. Também esperava que os acompanhantes auxiliassem Mônica a estar junto com os seus colegas no cotidiano da escola, tarefa que ainda é bastante desafiadora. Parecia ser claro também que a escola necessitava de um profissional que pudesse dar suporte para os professores de Mônica.

Acompanhá-la na escola permitiu que eu vivesse situações que, ao meu ver, são interessantes de serem discutidas nesse momento. Citarei duas situações que ilustram as dificuldades e os desafios que aconteceram nesse trabalho com Mônica. São histórias que dizem respeito à capacidade que o acompanhante tem de lidar com a loucura infantil e a possibilidade que esse profissional tem de agir de maneira criativa (e fora da norma) para auxiliar no processo de inclusão social de crianças portadoras de sofrimento psíquico grave, no caso a ser citado, o autismo.

4.3.1.1 – Um dia fora da rotina e de muitas mordidas

O relato a seguir fala sobre um dia de Acompanhamento Terapêutico *sui generis* na escola onde Mônica estuda. Foi um dia fora do normal no qual uma série de mudanças ocorridas no ambiente e na rotina da escola influenciaram intensamente no comportamento de Mônica. Essas mudanças ambientais deixaram-na mais desorganizada e, por conseqüência, mais agressiva. Nesse dia, minha capacidade de lidar com a desorganização de Mônica foi bastante testada. Foi um dia bastante difícil.

Ao chegarmos em sua sala, a nossa primeira surpresa: a sua professora habitual não estava. Em seu lugar, uma outra professora do turno vespertino que havia trazido junto com ela seus alunos. Na sexta-feira à tarde não haveria aula por conta dos preparativos de um festival de artes infantil que aconteceria no dia seguinte. A escola estava toda decorada e a disposição de móveis de seu ambiente estava bem alterada. Além disso, todos os alunos do turno vespertino tiveram que assistir aula junto com alunos do turno matutino, o turno de Mônica. Naquele momento, a falta da professora titular foi uma perda tanto para Mônica quanto para mim. Era a falta de uma pessoa que transmitia segurança e acolhimento. Seria um dia com pessoas estranhas e situações diferentes.

Eu sabia que seria um dia de problemas, pois já havia vivido experiências de quebra de rotina com Mônica. Sentia-me impotente frente àquela situação e já previa que a reação de Mônica diante da quebra seria agressiva. Era uma posição de impossibilidade no AT, já que não havia nada naquele ambiente que pudesse ajudar a conter a agonia de Mônica e sua impossibilidade para lidar com elementos imprevistos e invasivos do ambiente escolar. O que caberia a mim nessa situação era conter a desorganização psíquica de Mônica e tentar oferecer sensações que apaziguassem a sua agonia. Por exemplo, permitir que fosse ao parquinho da

escola (mesmo não sendo a hora devida para o restante dos alunos) em um momento em que estava mais agitada.

Como de costume, a primeira coisa que Mônica fez ao chegar na sala foi tentar tirar o tênis. A repreendi, dizendo que ela não poderia tirá-lo. Para minha surpresa, ela disse “nããã”, manifestando a sua vontade em tirá-lo. Não houve problema em colocá-lo de volta ao seu pé. Em alguns momentos já sabendo que ela teria que calçar o tênis, oferecia o pé para que eu o colocasse.

Esse “nããã” manifestado por Mônica foi uma grata surpresa para mim. Essa expressão foi o indício do surgimento da capacidade de se expressar em palavras, o que há muito tempo era esperado, mas não se manifestava. A atitude de Mônica representou o surgimento de uma palavra (“não”) que dava mais suporte aos limites de suas atitudes. A manifestação do “não” diz respeito à possibilidade de que, de alguma maneira, ela estava começando a entrar em um jogo simbólico. Essa entrada no simbólico aponta para a possibilidade de que Mônica possa achar outras formas de se sentir acolhida e melhor contida.

Começava então a aula. Já de início, a montagem da rodinha foi completamente diferente: maior e com crianças diferentes. Tentei colocar Mônica na rodinha, mas ela recusou de maneira agressiva. Batia e beliscava o meu rosto. Eu já esperava essa reação. O que eu não esperava era a reação da professora substituta: parecia olhar a minha tentativa de colocar Mônica na roda com um misto de reprovação e medo. Logo desisti de colocá-la junto com as crianças. Não era só o olhar de Mônica que me paralisava, era também o olhar do outro sobre o agir de Mônica e o olhar do outro sobre o meu agir que provocavam em mim um efeito paralisante. Parecia a mim que as pessoas da escola acreditavam que, por seu comportamento autístico inadequado às normas da escola, Mônica seria incapaz de se integrar e que eu seria incapaz de auxiliá-la nesse processo.

Sentia-me paralisado por imaginar que todo o meu esforço estava sendo em vão e que por conta disso estava agindo como um impostor naquele ambiente de sala de aula.

Após a rodinha, as crianças ficaram livres para brincar com os seus brinquedos. Mônica interessou-se em acompanhar a realização de um trabalho manual que a professora realizava com os seus alunos da tarde. Como era de costume, a maneira como ela acompanhava essa tarefa era estereotipado e não-participativo. Interessava-se apenas em manusear farinha colorida que caia de um rolo vazio de papel higiênico que já havia sido preparado pela professora. Chegava a atrapalhar um pouco o trabalho das crianças. Mas nada que um pouco de jogo de cintura por parte da professora não poderia resolver. Porém, senti que a professora estava um pouco assustada com aquela situação e as crianças em volta não pareciam entender muito bem o que acontecia.

Em seguida, veio a aula de capoeira. Para mim, era o momento mais difícil da minha rotina com Mônica na escola, pois era uma situação que favorecia o afastamento das outras crianças. Ela não conseguia ficar muito tempo próxima às outras crianças e sempre se interessava em correr em um pátio onde havia uma casinha de madeira. Nesse dia, havia muitas poças de água no pátio, fato esse que foi bastante interessante para mim e para ela. Lembro-me que uma das estratégias que fiz para que Mônica se aproximasse das outras crianças foi de brincar pisando em poças de água. Ela me imitava nessa minha brincadeira das poças, mas não se aproximava de uma poça que estava perto das outras crianças. Mesmo assim, a estratégia foi proveitosa. Após Mônica ter brincado na poça de água, passou a olhar as crianças brincando com mais frequência e a respeitar mais os meus pedidos em não entrar na casinha de madeira.

Acredito que o olhar é uma das maneiras que a criança autista tem de estar junto com as crianças sem que ela se sinta desestabilizada. O olhar representa um estar junto sem estar junto. É um estar junto naquilo que a criança suporta e um não estar junto naquilo que a criança não

suporta. É estar junto na alegria da correria e na brincadeira das crianças e um não estar junto na imprevisibilidade das mesmas. Depois, voltamos para sala.

Ao entrar na sala, Mônica quis novamente tirar o tênis. Não deixei que isso acontecesse e ela cedeu sem maiores problemas. Mônica me mordeu quando fui levá-la para lavar as mãos num banheiro que estava cheio de crianças e com um cheiro desagradável. Depois disso, veio o lanche que aconteceu fora da sala de aula. Mônica chorou e não queria sentar junto com as outras crianças. Vendo a reação de Mônica, a professora autorizou que ela lanchasse sozinha na sala de aula. No caminho da sala de aula, me mordeu novamente. Choramingava e não permitia que eu abrisse a sua lancheira. Só deixou abri-la quando se acalmou e demorou um pouco mais que de costume para lanchar.

Após o lanche, veio o recreio. Ela foi brincar com os alunos da turma do Infantil Dois no parquinho de areia. Subia sozinha na escadinha do escorregador e ficava lá. Os colegas reclamavam que ela não subia. Só descia quando eu dava a mão a ela. Ao voltar para sala, Mônica me surpreendeu com a sua agressividade. Quando eu a levava contrariada para fora do parquinho, agarrou e puxou o cabelo de um menino menor de maneira bastante vigorosa. Foi um choque ver Mônica agredir uma criança menor de maneira tão bruta. Imediatamente separei os dois. O que mais me assustava naquela situação era o descontrole de Mônica em agredir uma criança que nada tinha a ver com o seu impedimento de continuar no parquinho. Era uma agressão que esperava ser direcionada a mim, mas que por sua desorganização psíquica foi direcionada a pessoa mais próxima dela. Ou seja, não era o gesto agressivo em si que me assustava e sim a sua desorganização psíquica. Pesou ainda o fato de nós adultos termos dificuldade em aceitar que uma criança possa expressar comportamentos bastante agressivos. Temos em nossa neurose de adultos a fantasia de que toda a criança é incapaz de expressar, por sua natureza, gestos violentos que supostamente estariam fora de contexto e proporção.

Voltamos para a sala de aula, e a professora deu mais brinquedos para as crianças. Colocou músicas da Xuxa e estava junto com algumas crianças que brincavam de estátua. Mônica parecia estar mais calma e observava as crianças dançando com a música da Xuxa. Esteve mais carinhosa comigo, deitando-se em meu colo. Eu cantava as músicas, e ela parecia se interessar nisso. Pegou a minha mão e quis ir para o pátio. Não permiti, e ela, então, deu-me a mordida mais dolorida. Tive calma e sangue-frio em dizer que ela não poderia fazer aquilo e que me machucava bastante. Logo após, Mônica passava a mão no local da mordida, percebendo a mudança de cor da minha pele, a marca de seus dentes e o inchaço no local. Quis acreditar que ela estava acariciando o local machucado, como se quisesse pedir desculpas. Disse à ela que entendia a sua intenção em me pedir desculpas. Fiquei bastante emocionado com essas tentativas de reparação, chegando a segurar algumas lágrimas. Foi uma mordida que me deixou abalado, mas não entristecido.

Fui tratar a mordida na enfermaria e quando voltei, a professora estava querendo montar mais outra rodinha de conversa para acalmar as crianças. As crianças estavam bastante agitadas e cansadas. Até mesmo um garoto da turma havia se queixado disso. Mais uma vez, não consegui colocar Mônica na roda. A auxiliar da professora deixou um espaço para que eu a colocasse lá. E esse espaço ficou vazio, nenhuma criança sentou nele. Aquela imagem para mim parecia ser uma síntese visual da situação de Mônica na escola: um espaço vazio, não preenchido; expressava a idéia de que ela deveria estar na escola, mas não estava por limitações dela. Por conta disso, sentia-me de mãos atadas: de um lado, a vontade da escola em vê-la nas mesmas atividades com outras crianças, de outro, a necessidade de não ter o seu mundo invadido e a impossibilidade de estar junto ao outro e reconhecê-lo. Qualquer tentativa minha de auxiliá-la na convivência com as outras crianças da escola parecia ser infrutífera. Para Mônica, minhas tentativas pareciam abalar o seu frágil mundo psíquico.

Enquanto as crianças brincavam na sala, Mônica estava mordendo a grade da janela. Uma funcionária da escola viu a cena e fez o infeliz comentário de que “Mônica estava afiando os seus dentes”. Eis o lugar estigmatizado que ela tem com alguns funcionários da escola: de ameaça e perigo.

Mais uma vez, fomos para o pátio. Lá Mônica mordeu a minha cabeça. Tive de contê-la com mais ímpeto. Ela percebeu aquilo e pareceu não ter gostado. Acredito que, por conta disso, Mônica pegou na mão de uma outra professora, pedindo para ser levada de volta para a sala. Disse à ela que não poderia ficar na sala, que deveria ficar junto das outras crianças. Quando tentei levá-la de volta ao pátio, começou a grande crise. Mordeu-me duas vezes, tanto que já havia desistido de impedir que ela assim o fizesse. As mordidas não pareciam doer mais. Mas ela estava inconsolável. Enquanto tentava acalmá-la, um funcionário observava a situação como se estivesse em um zoológico vendo dois animais se digladiando: parecia achar aquilo bastante interessante e não fazia a menor questão de intervir, nem verbalmente. Senti-me bastante acuado e ofendido com aquele olhar passivo do funcionário. No final, ele veio me perguntar se eu fazia aquilo por que eu gostava ou por que era necessário. Respondi secamente que eram as duas coisas.

Mônica, de maneira descontrolada, queria ir embora da escola. Chorava e urrava muito. Sem que me avisassem, ligaram para os pais de Mônica para que a buscassem. Consegui auxiliá-la a se acalmar e logo em seguida voltamos para a sala. Ficou calma até a chegada de sua mãe. Fomos embora mais cedo. Ela parecia estar satisfeita enquanto eu estava bastante dolorido e cansado, esperando que um dia daqueles não mais se repetisse.

Em Mônica, mudanças ambientais têm um efeito bastante intenso em sua organização psíquica. Parecia claro para mim que a agressividade de Mônica nesse dia estava intimamente ligada a uma série de mudanças ambientais que havia vivido na escola e fora dela. Recentemente,

mudou-se para uma nova residência e a professora desse dia era outra. Essa outra professora tinha características físicas diferentes, voz diferente e comportamento diferente. Além disso, havia mais crianças diferentes e atividades diferentes. Teve ainda muitas rotinas quebradas, do lanche até a sala de televisão da escola. Enfim, esse dia inesperado, em um ambiente que não a acolhia, evocou em Mônica uma agressividade que é esperada em algumas crianças autistas.

4.3.1.2 – Impressões contra-transferenciais desse dia tão difícil

Era difícil para mim suportar o olhar destruidor de Mônica em seus momentos mais agressivos. As mordidas doíam muito menos que esse olhar. Era um olhar que representa uma dor, um medo e uma monstruosidade fora de tamanho. Sentia que por trás do olhar destruidor de Mônica estava todo o desespero de pessoas que já viram a sua existência por um fio: cristãos perseguidos pelo Império Romano, hereges perseguidos pela Inquisição, judeus perseguidos pelos nazistas e tutsis exterminados por hutus em Ruanda. O olhar de Mônica me paralisava e controlava. Era difícil para mim aceitar que esse olhar pudesse paralisar um profissional que, supostamente, não deveria sentir-se acuado.

Todas as marcas em meu corpo provocadas por suas mordidas pareciam ser diretamente proporcional ao seu frágil mundo psíquico abalado pelas experiências do mundo e da alteridade. Junto com Mônica, eu me implodia nesse terror.

Outro aspecto da desorganização de Mônica que me impressionava era como essa desorganização psíquica conseguia me paralisar e vencer o meu ímpeto de auxiliá-la com a escola. Era impressionante para mim constatar que uma criança de quatro anos conseguia paralisar um adulto de vinte e seis anos.

Esse poder que a criança autista possui de paralisar o pensamento do outro foi inicialmente formulado teoricamente por Jacques Hochmann. Mais do que manter os outros à distância, o autista tenta se proteger da invasão da atividade psíquica do outro. O autista, quando na presença do outro, é solicitado a expor a sua subjetividade, e isso o faz negar radicalmente a sua subjetividade e também a subjetividade do outro (Hochmann *apud* Cavalcanti & Rocha, 2001, p.34).

Mônica é capaz de ser doce e carinhosa nos momentos mais tranquilos de seu dia-a-dia, mas consegue ser assustadora em momentos em que o meio externo é invasivo para ela, como no caso da escola. As atitudes agressivas de Mônica se configuravam como um “olhar de Medusa” para mim: assustador, gélido e paralisante. Era impressionante, para mim, constatar que essa característica sombria poderia ser encontrada em uma criança de quatro anos de idade, vivendo uma fase da vida em que aspectos de um sofrimento psíquico grave precoce não seriam esperados. Mônica, quando agressiva, apresentava comportamentos agressivos desproporcionais à sua imagem de criança frágil. Ela também conseguia trazer à tona uma força física fora do normal para uma criança de quatro anos e um ódio em seu olhar que era destruidor para qualquer pessoa a sua volta. Confesso que, mesmo sendo um profissional da saúde mental preparado para lidar com a insensatez alheia, a violência de Mônica me deixava sem reação.

Aprendi nesse dia de AT na escola que, em algumas situações, não vale a pena batermos de frente com as dificuldades de certas crianças, mesmo quando o nosso papel nos coloca na função de contrariá-la. Nos dias que o ambiente escolar de Mônica não apresentava mudanças que a afetavam, eu podia ser um pouco mais duro com as freqüentes tentativas de fazer tudo à sua maneira. Em um dia normal, por exemplo, não permitia que ela tirasse o seu tênis como queria sempre fazer. Porém, em dias de quebra de rotina, eu consideraria interessante ter uma postura mais permissiva com ela neutralizando as mudanças ambientais que eu sabia serem perturbadoras

para ela. Em certas situações, como as vividas naquele dia, alijar uma criança autista de comportamentos autísticos é dificultar que ela possa buscar aconchego. Esses comportamentos podem fornecer a essas crianças um amparo que, muitas vezes, o ambiente pode não lhe dar, principalmente se esse ambiente converte-se em uma ameaça.

Para que esse amparo tivesse acontecido, deveria eu ter, como acompanhante terapêutico, a ousadia de me desvencilhar um pouco mais da escola e ser mais terapêutico com Mônica. Deveria ter permitido, por exemplo, que ela tivesse ficado mais tempo no pátio da escola (vontade essa que ela manifestou, mas não a permiti), mesmo que isso fosse contra as normas da instituição. Faltou-me a coragem de “vomitar” as vontades por mim internalizadas da escola de auxiliar Mônica a fazer tudo aquilo que uma criança normal faria. Deveria ter colocado em mente que aquele não era momento de impor à Mônica as vontades da escola, e, sim, o contrário, que aquele era o momento de impor à escola as vontades de Mônica, já que aquele era um dia que ela estava impossibilitada de seguir as normas da escola.

Acredito que me vi cerceado pelo olhar do outro, o qual ainda tem para mim um peso muito grande durante minhas ações como at. Não tinha coragem de impor aos funcionários da escola uma postura mais terapêutica com Mônica naquele momento. Tinha a fantasia de que seria duramente repreendido pelos professores e pela diretora da escola. Tinha em mente o seguinte pensamento: “De que adianta ter um acompanhante que supostamente deveria auxiliar Mônica na escola, se o tempo todo ele se deixa dobrar pelas vontades daquela criança de só fazer tudo o que ela quer?” Imaginava que esse pensamento estava na cabeça dos professores e quanto mais eu fosse permissivo com Mônica, mais eles teriam certeza desse contra-senso.

Assim sendo, como já havia escrito anteriormente, dependendo de cada situação na escola, o acompanhante terapêutico deve saber oscilar entre uma postura pedagógica e uma

postura terapêutica. Seria um dia que eu deveria ter uma estratégia de “abrir a guarda” com Mônica. Felizmente, tive outras oportunidades de colocar tal postura em prática.

4.3.1.3 – Abrindo a guarda com Mônica: uma estratégia que deu certo

Ainda impressionado com o agressivo incidente acontecido quinze dias antes, retornei à escola para mais um AT. Não fui na semana seguinte porque Mônica havia faltado. Apesar do meu temor, foi um dia interessante e produtivo. Tomei apenas a metade das mordidas da vez passada. Não saí ferido por dentro, apenas por fora.

Cheguei motivado em não lhe confrontar tanto. Seria um dia que privilegiaria o meu lado terapêutico em detrimento do meu lado pedagógico. Sinto que, de alguma maneira, isso foi benéfico tanto para ela quanto para mim.

Já no início da aula, conversei com a sua professora sobre a possibilidade de ser mais indulgente com Mônica, já que ainda precisava conquistar a sua confiança para lhe impor limites mais profundos. A professora concordou sem resistência.

Assim, a primeira coisa que fiz em favor de Mônica foi sentar na rodinha das crianças em seu lugar. Ela me puxava, dando a entender que me queria perto dela. Falei que ficaria sentado junto às crianças e, se ela quisesse, ela poderia ficar junto a mim. Resistiu, mas logo depois, montou em minhas costas, perto das crianças. Acariciava-me, e parecia que queria sentir a ressonância do meu corpo. Logo, se desmontou de mim e foi para o seu tradicional cantinho. Sentia como se emprestasse o meu corpo e, por consequência, o meu ego para que ela suportasse ficar junto das crianças na rodinha. Foi algo que me trouxe a sensação de que eu podia acolher nos momentos mais críticos de sua convivência com as crianças; e, é claro, foi uma sensação muito gostosa, poder ser o “travesseiro” que a confortasse em seus momentos de dificuldade.

Depois, a professora propôs às crianças que brincassem de “marcha soldado”. A brincadeira consistia em marchar em volta da sala cantando a tão famosa música infantil. Lá fui eu de novo, no lugar Mônica, marchar junto com as crianças. De cabeça para baixo, ela me olhava e tapava os seus ouvidos, não sei se recusando escutar a música cantada pelas crianças ou tentando escutá-la de maneira diferente. Curiosamente, em um momento que me distraí, ela tirou o seu tênis. Prontamente fui ao seu encalço com o seu tênis na mão, pedindo-lhe que o calçasse. Mônica se recusava prontamente, me batendo e tentando me morder. Todavia, ela me surpreendeu indo descalça em direção às outras crianças brincando. Pensei comigo mesmo: ficou descalça para que pudesse ficar junto às outras crianças. Assim sendo, deixei o tênis para lá. Afinal de contas, o que é um par de tênis não calçado em comparação à possibilidade de Mônica de estar junto às outras crianças! Disse a ela que poderia ficar descalça se ficasse junto com as outras crianças. Não sei se ela entendeu, mas sem a menor preocupação, pegava alguns brinquedos na mesa junto às outras crianças. Dessa experiência, tive a impressão de que ela precisava de alguma satisfação autística para suportar estar junto às outras crianças. Parecia ser uma espécie de barganha que ela fazia com o ambiente para poder suportá-lo.

Um outro fato que parece mostrar que Mônica buscava meios próprios para estar junto das crianças foi que, sem a menor queixa, permitiu que eu colocasse o seu tênis quando o professor de capoeira apareceu na sala para buscar as crianças para ministrar a sua aula. Tirar o tênis não parecia ser um mero gesto estereotipado: era uma maneira própria de viver as sensações do ambiente sem se sentir tão invadida.

Assim como havia dito à professora em sala de aula, disse ao professor de capoeira que eu seria mais permissivo com ela, deixando ela se locomover livremente no pátio sem forçá-la interagir diretamente com as outras crianças. O professor aceitou sem fazer nenhuma ressalva. Fomos então para a aula de capoeira no pátio. Já de início, Mônica quis entrar no parquinho de

areia. Disse a ela que poderia ficar no pátio, mas não no parquinho. Fechei o portão do parque, dizendo que não era hora para isso. O limite do parquinho era bem claro.

Mônica corria alegremente pelo pátio e observava discretamente a atividade que as crianças realizavam: uma criança com os olhos vendados deveria descobrir pelo tato quem era o colega a sua frente. Algumas vezes, eu me aproximava das crianças esperando que Mônica me seguisse. A tática deu certo naquele dia. Aos poucos, Mônica foi se aproximando das outras crianças sem que eu lhe forçasse. Não chegou a interagir com as outras crianças, mas ficou próxima a elas. Mas uma vez, parecia utilizar o meu corpo para suportar ficar próxima dos outros.

Vale apontar que a proximidade de Mônica com os seus colegas de classe os possibilitou estarem próximos a ela também, interagindo e buscando algum contato, mesmo que Mônica não mostrasse tanta disposição para isso. No momento em que ela estava próxima das crianças na aula de capoeira, um colega seu a puxou suavemente pela mão levando-a em direção ao professor e a outros colegas. Mônica parecia resistir, puxando o seu corpo em direção contrária. Mesmo assim, ela esboçou um leve sorriso, como se estivesse sentindo prazer em ser puxada por esse colega.

Ao final da aula de capoeira, o professor chamou-me para participar da brincadeira da venda nos olhos. Fui vendado para descobrir quem era a criança que eu apalpava em minha frente. Ao me ver vendado, Mônica tentou tirar a venda de meus olhos. Parecia que, ao me ver vendado, ela tinha a impressão que meus olhos tinham desaparecido por completo. Acredito que esta era uma situação insuportável para ela. Interpretei essa atitude Mônica como uma maneira dela garantir que eu a estivesse sempre olhando.

Depois fomos para sala lanchar. Comemos bolo, pão de queijo e bebemos suco de goiaba. Após o lanche, para a sua felicidade, ela e as crianças foram para o parquinho de areia, um de

seus lugares favoritos na escola. Fui embora, com a sensação de que seria mais um dia feliz para ela e, conseqüentemente para mim.

Posteriormente, fui descobrir nas leituras de Winnicott um conceito que justificou a minha permissividade com Mônica nesse dia em especial: o ambiente emocional simplificado.

De acordo com Winnicott (1988), esse conceito diz respeito à:

“ ... uma adaptação extrema às necessidades do bebê pode ser feita pela mãe real sem ressentimento. É ela que está em condições de preservar todos os pequenos detalhes de sua técnica pessoal, fornecendo assim ao bebê um ambiente emocional simplificado (...) É verdade, como assinala Anna Freud, que as técnicas são as coisas mais importantes que afetam o bebê no início. Mas a simplicidade e a constância da técnica podem ser dadas apenas por uma pessoa que esteja agindo naturalmente.” (p.132).

Para Winnicott, o mais importante é a prevalência de um agir simplificado no cuidado da mãe com o bebê. É desejável, por parte das mães, a possibilidade de oferecer ao seu bebê uma constância que estaria intimamente relacionada a um cuidado natural e espontâneo com o seu recém-nascido. Parece que essa “simplicidade materna” é a base para a sobrevivência sadia de uma relação em que a dupla mãe-bebê é constantemente ameaçada por elementos fantasiosos intrínsecos dessa relação que podem ser bastante ameaçadores. Em outras palavras, é uma relação simples e pouco sofisticada (mas bastante carregada de afeto) que garantiria a existência da dupla mãe-bebê.

Ter sido mais permissivo na escola é sinônimo de ter sido mais materno com Mônica. Essa permissividade é a maneira que achei para que eu me adaptasse às necessidades de Mônica

no ambiente escolar, que para ela ainda era ameaçador. Minha postura maternal fazia Mônica se sentir mais protegida e, ao mesmo tempo, era também a melhor maneira que achei para me sentir mais espontâneo na escola. Parece que, ao se aceitar a maneira de ser de uma criança autista, criam-se as condições necessárias para maternalizá-la, aspecto fundamental para o desenvolvimento psíquico de qualquer criança, em especial para crianças autistas. É possível crer que a maternalização é o primeiro passo para a inclusão de uma criança autista, pois essa fase é, necessariamente, anterior a qualquer tipo de vinculação com a alteridade.

Seria essa relação simples entre mãe e bebê que embasaria as minhas ações futuras com Mônica em seu AT, apostando que, em algum momento, ela estaria suficientemente maternalizada para lidar com situações de frustração mais claras.

4.3.1.4 – Jogando o jogo de Mônica: o ensaio e a cantata de Natal

Na semana seguinte, sou avisado por telefone que Mônica participaria de um ensaio de uma cantata de Natal e de uma apresentação de sua turma para os pais no mesmo dia, ou seja, haveria mais um dia de quebra de rotina com novas atividades, lugares diferentes. Eu podia antever os problemas que surgiriam em mais um dia em que a tão frágil continuidade psíquica de Mônica seria colocada à prova. Quando isso acontecia, entrava em cena uma Mônica extremamente assustadora e agressiva. Seria mais um dia de mordidas dolorosas.

Confesso que os dias anteriores a essa situação amedrontadora eram bastante angustiantes. Eu era invadido por um temor de ser severamente agredido por ela e também por uma sensação de que alguma coisa ruim poderia acontecer-lhe. Era angustiante para mim viver a sensação de que todo o meu esforço em protegê-la de ameaças parecia ser em vão, pois parecia não haver

nada no ambiente que pudesse tornar a realidade menos invasiva para ela. Tinha a impressão de que todos os meus esforços em protegê-la eram em vão.

Lá fui eu para aquele longo dia cheio de angústia. O ensaio da cantata de Natal seria a primeira coisa a ser feita naquele dia. Seria realizado em uma outra escola, distante uns sete quilômetros da sua. Nesse mesmo lugar, há mais ou menos cinco meses atrás, a escola realizou um evento em homenagem ao Dia das Mães. Ela foi a esse evento, mas não participou efetivamente: chorou bastante e se recusou a subir no palco. Ficou dentro do carro, junto de seu pai, esperando que o evento logo acabasse. Eu imaginava que a mesma coisa aconteceria nessa cantata de Natal.

Mônica subiu calmamente no ônibus e sentou em seu lugar. Tentei fazer com que usasse o sinto de segurança, mas ela logo o tirou. Fora isso, a viagem de ônibus foi tranqüila.

Ao chegarmos no local, Mônica não resistiu em entrar. Parecia sentir prazer ao subir à rampa que levava o público ao auditório onde aconteceria o evento. Ao chegar no auditório, imediatamente tirou o tênis. Não insisti que ela o calçasse de volta, acreditando que ao ficar descalça, suportaria melhor estar em um ambiente diferente. Estar descalça e na ponta dos pés era uma satisfação autística freqüentemente utilizada por Mônica, fato já citado anteriormente.

No auditório, subíamos e descíamos os corredores entre as cadeiras. Ela gritava e emitia sons que ao meu entender eram de satisfação. Também explorava o ambiente, desdobrando e subindo nas poltronas dobráveis.

Posteriormente, fomos eu, ela e o restante dos alunos e professores para detrás do palco, onde deveriam ficar antes da apresentação. Insistia, repetidas vezes, em sair do local atrás do palco. Tentava voltar para o auditório onde ela estava anteriormente. Inicialmente, eu não deixava pedindo que esperasse só mais um pouco. Ela tentava me morder e me bater. Aos poucos, foi se acostumando com o ambiente e o explorando. Nessa sala atrás do palco havia um

pequeno banheiro no qual explorou a privada e o chuveiro. Recentemente, Mônica vem explorando o banheiro de sua casa. Explorou, ainda, o vidro da janela dessa sala e as cadeiras que lá estavam. Em relação a exploração das cadeiras, deitava em cima delas como se estivesse procurando algum tipo de aconchego.

Cansados de estar muito tempo na mesma sala, eu e Mônica exploramos as outras salas que se localizavam atrás do palco. Ela fazia essa exploração emitindo os seus grunhidos de satisfação.

Enfim, chegava a hora de ir ao palco. Levei Mônica até a entrada do palco junto com as outras crianças. Conduzida, entrou junto com as crianças. Enquanto as crianças cantavam, Mônica corria em frente delas, soltando alguns gritinhos que pareciam ser de satisfação.

Imaginava que Mônica não suportaria ficar naquele palco. Esperava que ela ficasse descontrolada, e pegasse a mão de qualquer adulto para tirá-la de lá. Para a minha satisfação, nada disso aconteceu: me pegou de surpresa a capacidade que Mônica teve de ficar em cima do palco junto com as outras crianças. Fiquei muito emocionado, deixando escapar algumas lágrimas e com sorriso que ia de orelha a orelha. Parecia, naquele momento, que ela estava junta das outras crianças, se apresentando ao seu modo. Havia no ar uma impressão de que ela se encaixava naquele conjunto de crianças que se apresentavam para os pais. Parecia que ela estava cantando, mesmo que ao seu jeito: gritando de satisfação e correndo alegremente.

Depois do ensaio, voltamos para escola. Como haveria ainda uma outra apresentação nesse mesmo dia, a minha atitude de ser mais condescendente com Mônica se manteve. Depois de lanche, ela quis brincar no pátio. A professora, entendendo o espírito permissivo daquele dia, permitiu que assim fôssemos para fora até o momento da apresentação para os pais.

Na hora da apresentação, a levei para junto de seus colegas. A apresentação consistia em mostrar para os pais qual era a brincadeira favorita das crianças. A professora escolheu uma

mistura de “Marcha Soldado” com a brincadeira de “Estátua”. Acredito que a professora definiu esse tema da apresentação em favor de Mônica, pois esta era uma das brincadeiras que mais chamavam a sua atenção. A professora devia acreditar que Mônica poderia aproveitar melhor essa apresentação por ser uma das brincadeiras que mais lhe chamava atenção.

A levei para próximo das crianças e, de mãos dadas marchamos junto com as outras crianças. Ela não chegou a brincar com os outros, mas ficou junto deles durante toda a apresentação, a qual durou pouco tempo. Olhava as crianças e tapava os ouvidos. Tinha eu a impressão de que, além de observar as crianças, ao colocar o dedo nos ouvidos tentava escutar a cantoria de uma maneira diferente.

No final da apresentação, seu pai a abraçou calorosamente e ela foi para casa, ao fim de mais um dia que tinha tudo para dar errado, mas que, de alguma maneira, deu certo.

4.3.1.5 – A apresentação da cantata: um dia emocionante, mas de impasses

A possibilidade de viver surpresas é fundamental na clínica do AT. Essas situações positivamente inesperadas que acontecem nessa clínica servem como referência para evolução clínica do paciente e para evolução profissional do acompanhante. As surpresas que Mônica nos dava apontavam para as capacidades que ela com o tempo ia adquirindo, mas que não nos demonstrava à primeira vista. Pode-se entender que as surpresas que acontecem no cotidiano da clínica do AT são divisores de águas que encorajam ainda mais a continuidade desse tipo de atendimento. Indicam capacidades que espontaneamente o paciente demonstra. Portanto, o acompanhante terapêutico deve estar preparado para lidar com o espanto do inesperado e acreditar que essas surpresas tendem a ser constitutivas tanto para o paciente quanto para o profissional.

Era chegado o dia da apresentação. Em um domingo frio, nublado e chuvoso que tinha tudo para ser mais um dia de um evento em que Mônica não participaria por conta de sua dificuldade de lidar com lugares e situações fora de sua rotina. Acreditava piamente que ela, ao ver o auditório lotado de pessoas (diferente de como estava no ensaio), se recusaria a lá permanecer. Para minha agradável surpresa, isso não aconteceu.

Com uma roupinha de Papai Noel, e no colo de seu pai, entrou sem maiores problemas. Para a minha surpresa, o ambiente para ela parecia ser agradável. Imediatamente ao entrar no auditório, desceu do colo de seu pai e voltou a correr animadamente nos corredores onde havia corrido no dia do ensaio. Parecia-me que reconhecera o ambiente sem o menor problema.

Houve dificuldade quando a levei para trás do palco. Precisei utilizar um artifício pouco ortodoxo – um aparelho de DVD portátil. Fui para trás do palco e ela me acompanhou levando o aparelho de DVD a tira colo. Sempre que Mônica ia a algum lugar de carro, seus pais levavam junto esse aparelho, o qual havia sido inserido em seu cotidiano durante certa viagem de carro que fizera com seus pais a uma cidade distante 300 quilômetros de Brasília. A partir daí, o aparelho de DVD passou a ser usado quando ela voltava de carro da escola; era uma maneira de mantê-la calma no carro em viagens longas.

Ela ficou comigo atrás do palco, assistindo no aparelho alguns desenhos de seu gosto. Isso não impediu, entretanto, que ela manifestasse vontade de sair da sala. Chegou a me bater e chorar um pouco, mas nada que indicasse descontrole diante daquela situação.

Chegara a hora então de entrar no palco. Tal como no ensaio, Mônica entrou junto com as crianças e agiu quase da mesma forma que antes. Ela corria, gritava, pulava e mexia em algumas peças da decoração. Fiquei bastante feliz com aquilo, emocionado e com a sensação de dever cumprido por tê-la auxiliado suportar ficar junto com as crianças no palco. Porém, no final do encontro, alguns problemas aconteceram.

Terminada a apresentação, Mônica dava a entender que não sairia do palco. Estava bastante a vontade naquele lugar, vivenciando a sua satisfação autística. No entanto, ela não poderia continuar lá porque outras apresentações iriam acontecer. Lá fui eu, então, tirá-la do palco. Recusou-se, como eu esperava, e tive de tirá-la a força, já que a apresentação continuaria. Agarrei-a bruscamente em meu colo e tomei uma bela mordida no braço e alguns puxões de cabelo. Decidi levá-la a sua mãe, esperando que ela se acalmasse e aceitasse aquela súbita retirada e fosse embora para casa.

Para minha surpresa, não quis nem ficar com a sua mãe, nem ir embora para casa, preferiu ficar na frente do palco, correndo e gritando. E lá foi Mônica a gritar, correr e pular em sua animada apresentação na frente do palco e na frente de todos. No início, tanto eu quanto o seu pai deixamos que ela lá ficasse à sua maneira; parecia estar bastante à vontade com aquela situação. Chegava até a deitar no colo das pessoas que estavam sentadas na primeira fila. Eu achava aquilo divertido, mas só depois pude perceber que aquilo também a expunha aos olhares preconceituosos das pessoas da platéia.

Essa exposição da estranheza do autismo de Mônica tomou forma quando ela se assustou ao escutar palmas da platéia. Ela imediatamente se pôs a chorar. Vendo aquela situação, seu pai foi ao enalço de Mônica, tentando tirá-la da frente do palco. Geralmente, quando Mônica se assusta com algo, ela costuma se tornar agressiva e bater nas pessoas que estão em volta. O seu choro foi suficiente para que seu pai tentasse tirá-la da frente do palco. Ela se recusava a sair, batendo e mordendo o seu pai, sua mãe e sua madrinha. Através de toda essa agressividade, Mônica conseguiu voltar para frente do palco.

Fiquei paralisado, sem saber o que fazer naquela situação. Não sabia se advogava em favor de Mônica, permitindo que ela ficasse a sua maneira na frente do palco, ou se agia em favor dos pais, impedindo que ela (e por conseqüência, os pais) se expusesse tanto. Mônica expressava

agitação e agressividade que paralisavam o meu ímpeto e o dos pais em contê-la. Era uma situação que gerava bastante embaraço, sobretudo para os pais. Lidávamos com a sensação de que as pessoas do palco olhavam, atravessado, nossas vãs tentativas de conter a agressividade de Mônica. O olhar do outro simbolizado pelas pessoas da platéia atestava a humilhação pública de uma família e um profissional em não conseguir conter o ímpeto agressivo de uma criança autista. Três pessoas adultas levando uma “surra” de uma criança autista de quatro anos. Tinha a impressão de que, aos olhos dos outros, Mônica ficava cada vez mais autista por não ter sido contida adequadamente. Em situação como essa, o olhar do outro julga e executa os envolvidos na criação de uma criança autista, por se transmitir a imagem de que não se teve força e disciplina suficiente para conter uma criança descontrolada.

Não foi possível observar qual foi a reação dos professores diante dessa situação de descontrole. A maioria deles estava ocupada com o restante da apresentação dos alunos. A coordenadora pedagógica da escola manifestou certo olhar de desconforto e reprovação pelos gritinhos que Mônica dava na frente do palco. Ainda assim, não pediu para que se tirasse Mônica da frente do palco.

No final das contas, parecia que eu advogava em favor de Mônica. Acreditava que deveria defender a maneira “autista” dela estar naquela celebração. Acreditava que aquela seria a maneira como ela conseguia participar. O que reforçava minha crença era o fato de que, se por um lado Mônica agia de maneira autística, correndo e pulando, por outro, havia momentos em que parava e assistia à peça. Eu acreditava que essa era a maneira dela assistir à celebração, estereotipada e fora do convencional, e que impedi-la de tal gesto seria prejudicial à sua experiência.

Porém, não atentei para o fato de que os pais se sentiam constrangidos com o olhar das outras pessoas à maneira estranha dela se comportar e a sua incapacidade de conter a sua filha. Sem dúvida, havia um certo clima desconfortável naquela situação. Havia no ar uma sensação de

que a “loucura” de Mônica era observada de maneira pouco amigável por algumas pessoas da platéia. Devo salientar que nenhuma reação extremada partiu do público em relação à Mônica, mas, mesmo assim, havia certo incômodo no ar.

Algumas vezes, nós profissionais de saúde mental nos “acostumamos” com certas atitudes meio “esquisitas” de nossos pacientes e nos esquecemos de que a sociedade ainda não está preparada para lidar com essa estranheza, a não ser de maneira discriminatória e preconceituosa.

Acreditamos que a sociedade deveria aprender, a qualquer custo, a lidar com aquilo que foge à norma. Mas e as pessoas mais próximas desses nossos “loucos”, estão preparados para isso? Será que realmente esses entes queridos deveriam “engolir goela abaixo” o nosso “bom mocismo” profissional e a nossa maneira “quixotesca” (e, por que não, estereotipada) de ver o sofrimento psíquico grave? Muitas vezes, nós, profissionais da saúde mental, tendemos a ver a “loucura” de nossos pacientes de maneira “glamourizada”, sem se atentarmos para o fato de que, muitas vezes, os familiares dos nossos pacientes têm a fantasia de que um dia seus “loucos” serão “normais”. Acredito que devemos fazer com que as pessoas aceitem a loucura, mas devemos evitar ao máximo a ela dar uma aura de glamour.

4.4 – Bonneuil e o autismo: uma postura institucional que inspira o trabalho de AT

A minha maneira de trabalhar como acompanhante terapêutico dessas crianças autistas em ambiente escolar baseou-se na possibilidade de romper paradigmas institucionais. Essa minha postura como acompanhante terapêutico tinha como fundamento a postura educacional utilizada em Bonneuil no processo de inclusão social de crianças especiais. A influência dessa instituição em minha prática está no fato de que a minha supervisora de estágio e atual orientadora de

mestrado já foi estagiária de Bonneuil. Naturalmente, a influência dessas idéias era inevitável em minha prática.

Em Bonneuil, investe-se em um contato com as crianças autistas pelo idioma corporal. As palavras são deixadas em suspenso, deixando-se falar o corpo. É concedida à criança autista a possibilidade de usar os recursos de seu próprio corpo à sua maneira. Mannoni comenta que a criança autista, presa em seu mutismo, busca o prazer ao explorar o seu próprio som pela via da vibração, “pela voz da cabeça, voz da boca, voz do ventre, voz do peito e etc” (Mannoni, 1973, p. 117).

Parece ser constituinte para o desenvolvimento da linguagem da criança autista poder experimentar um corpo fragmentado. Por meio dessa experimentação corporal prazerosa, a criança autista vai aos poucos unificando as suas zonas erógenas parcializadas. Por sua capacidade de se organizar corporalmente, a criança autista vai buscar investir libidinalmente no outro. Mannoni (1973) afirma que “ *...É somente a partir do investimento de suas zonas erógenas que a criança chegará depois a transferir de si mesma para um outro o seu objeto de amor*” (p. 117).

Esse tipo de acesso ao outro só é possível quando a instituição incentiva rupturas terapêuticas que visam a desinstitucionalizar o corpo, ou seja, colocar em suspenso as noções médicas e pedagógicas do desenvolvimento da linguagem das crianças. A instituição deve no acesso à linguagem por vias alternativas às clássicas. Mannoni afirma que “*o reencontro com a criança autista faz-se sempre através de uma fuga que foi possibilitada*” (1973, p. 118).

A partir dessa afirmação, é possível perceber que o profissional envolvido na inclusão escolar de crianças busque permitir que a criança autista consiga “fugir” para o seu universo criativo, no caso do autismo, expresso por seu mutismo e sua linguagem estereotipada. Nesse universo criativo, o mundo externo tende a ser menos ameaçador para essas crianças e, sendo

menos ameaçador, a criança autista pode sustentar o olhar do outro; pode ser tocada, pode ouvir e ser ouvida (Mannoni, 1973, p. 119).

No AT de Mônica, investi na possibilidade de favorecer a ela a fuga à sua criatividade primária, expressa por em sua necessidade de explorar o seu corpo e o dos outros. Tradicionalmente no meio médico e científico, a exploração corporal realizada por Mônica seria entendida como mais um comportamento estereotipado, sem nenhuma utilidade aparente. Eu, entretanto, acreditava que essa era a sua maneira de se comunicar e interagir com o mundo; um lugar que, para ela, seria um enorme aglomerado de sensações a serem prazerosamente sentidas.

Aos poucos, também, me esforçava em aproximar esse mundo criativo de sensações vividos por Mônica ao mundo real que ela tinha resistência. Um exemplo dessa aproximação de mundos foi quando Mônica, em sala de aula, permitiu-se ficar mais próxima de seus colegas de classe quando ficou descalça. Para ela, estar descalça é uma satisfação autística que lhe possibilitou adquirir maior confiança para estar junto de outras crianças, elementos do mundo real que ela ainda resiste em ter contato.

As escolas e quaisquer outras instituições sociais que desejam receber uma criança autista muito se beneficiarão da possibilidade de aceitar essa criança como ela é, sem a necessidade de imputar-lhe uma maneira de agir que ainda está além das suas reais capacidades de interagir com o mundo. Falta a muitas escolas à ousadia de questionar o seu papel educacional com uma criança que ainda não está psiquicamente preparada para ser educada, mas que muito tem a se beneficiar da experiência de viver o ambiente escolar e as suas diversas situações que podem lhe ser úteis para o processo de inclusão social.

Considerações finais

Acredito que o Acompanhamento Terapêutico de crianças, sejam elas autistas ou não, destina-se, em grande parte dos casos, à inclusão escolar. O acompanhante terapêutico, fatalmente, será convocado para fazer parte desse processo de inclusão, o que não impede a realização dessa atividade em outros locais de convivência da infância. Assim, o acompanhante terapêutico de crianças deve estar preparado para saber circular entre a postura pedagógica e a postura terapêutica, pois a criança evoca, naturalmente, a nossa postura adulta de querer educar uma criança. O acompanhante terapêutico que se deixa levar unicamente por esse desejo de educar uma criança, deixa de se atentar para outros aspectos de ordem terapêutica que são fundamentais para o desenvolvimento da criança portadora de sofrimento psíquico grave. Essa preocupação é apresentada e discutida no capítulo 4 dessa dissertação, quando Mônica e eu vivemos um dia de quebras de rotinas terrível para ela.

Para que isso aconteça, o acompanhante terapêutico de crianças deve, em alguns momentos, ser crítico o suficiente para “vomitar” a preocupação pedagógica inerente à reabilitação de uma criança mentalmente doente. “Vomitar” essa preocupação pedagógica implica privilegiar o encontro entre dois sujeitos, acima do encontro entre um profissional, detentor de conhecimento, e seu objeto de estudo, no caso a sintomatologia de cada doença mental.

Por serem adultos, muitas vezes os profissionais assumem, naturalmente, um papel pedagógico, sem que isso seja realmente importante. Como havia escrito anteriormente, isso possivelmente ocorre em razão da criança evocar a necessidade do cuidado adulto. Em

determinadas situações, esse aspecto pode até ser interessante. Entretanto, em algumas psicopatologias, como no caso do autismo, esse cuidado não é tão útil e interessante em um primeiro momento.

Em minha experiência de trabalho de AT com pacientes autistas, uma lição importante aprendida por mim foi o fato de que algumas características de certas psicopatologias só adquirem sentido na experiência imediata com esses pacientes, ou seja, mais importante que o profissional ter conhecimento técnico sobre determinada doença, é poder, pela experiência imediata conhecer a pessoa desse paciente. No caso das crianças portadoras de sofrimento psíquico grave, tal lição é muito mais relevante. O trabalho de AT com crianças é uma excelente oportunidade para que qualquer profissional que deseja trabalhar com crianças aprenda a conhecer de maneira imediata a pessoa por trás da doença.

Muitas vezes, o cuidado profissional dado a uma criança autista intenta em agir contra os sintomas autísticos da criança, pois a natureza desses sintomas é deletéria por natureza. Nesse trabalho, quis mostrar por meio do trabalho de Acompanhamento Terapêutico, que vale a pena investir, em um primeiro momento, na sintomatologia autista como um meio terapêutico de intervenção. No caso de Miguel e Mônica, eles só vieram a se interessar mais nas atividades escolares quando pude oferecer-lhes um ambiente onde o seu autismo (por que não dizer a sua criatividade primária) pudesse existir. O meu cuidado com essas crianças foi o de advogar em favor de suas necessidades quando o ambiente não pudesse lhes oferecer acolhimento, algo fundamental para as crianças autistas.

Esse acolhimento implica a capacidade que o profissional tem de oferecer não apenas conhecimento, mas também afeto. Esse aspecto terapêutico é fundamental, haja vista ser a mola mestra para o encontro entre dois indivíduos, situação que é constituinte para qualquer sujeito. O encontro pelo sentimento remete à possibilidade de exercer uma postura maternalizante para

crianças portadoras de sofrimento psíquico grave, o que é fundamental para a constituição psíquica de qualquer criança. Esse agir maternalizante parece dizer respeito, também, à capacidade de suportar a maneira patológica como certas crianças expressam. Muitas vezes, o agir patológico da criança desperta no acompanhante uma sensação de desarvoramento difícil de ser vivida. Suportar essa sensação é, por si só, terapêutico para criança, já que dá a ela a confiança de que o acompanhante poderá sobreviver às suas reações. Assim sendo, no trabalho de AT com crianças, uma postura materna é mais que desejável, é fundamental.

Enfim, proponho o trabalho de Acompanhamento Terapêutico de crianças como sendo uma atividade clínica destinada à socialização de crianças portadoras de sofrimento psíquico grave, orientado no princípio de que o profissional que realiza essa atividade deve advogar em favor dessa criança nesse processo de socialização, compreendendo os limites de ação que essa mesma criança tem pelo seu sofrimento psíquico grave, mas tentando ir além desses limites, investindo em uma postura acolhedora e flexível que auxiliaria essa criança a viver de maneira mais adequada o seu cotidiano.

Além disso, no trabalho de Acompanhamento Terapêutico de crianças, o acompanhante terapêutico teria a função de auxiliar outras pessoas envolvidas no trabalho de inclusão social da criança portadora de sofrimento psíquico grave fornecendo um amparo técnico e afetivo fundamental para a consecução da inclusão social, pois essa é uma tarefa complexa e bastante difícil para os profissionais envolvidos. No trabalho de inclusão social dessas crianças, diversas são as situações em que esses profissionais envolvidos se deparam com os seus mais intensos afetos em relação à diferença e a estranheza que o fenômeno convencionalmente socialmente como “loucura” evoca. Muitas vezes, a vivência desses sentimentos levam os profissionais envolvidos a tomarem atitudes que podem não ser as mais adequadas em relação ao processo de inclusão dessas crianças. O at, além de ser continente à criança portadora de sofrimento psíquico grave,

deve ter uma postura continente a outros profissionais envolvidos nessa atividade pois nem todos esses profissionais têm a mesma capacidade técnica e afetiva de lidar com o sofrimento psíquico grave dessas crianças.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. (1996). O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- ARIÉS, P. (1973). História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: LTC.
- BARRETTO, K, D. (2000) Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco Editora.
- BASTOS, M, B. (2001). Impasses Vividos Pela Professora Na Inclusão Escolar. Trabalho apresentado no Colóquio Universitário Franco-Brasileiro realizado pela Universidade de Paris XIII entre os dias 5 e 7 de outubro de 2001 em Paris.
- BERGER, E., MORETIN, A, V., & NETO, L, B. (1991). História. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 17-23). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.
- BOSSEUR, C. (1974). Introdução à Antipsiquiatria. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- CAMARGO, E, M, C. (1991). O Acompanhante Terapêutico e a Clínica. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 51-60). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.
- CARROZZO, N, L, M. (1991). Campo da Criação, Campo Terapêutico. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 31-40). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.

- CARROZZO, N, L, M. (1997). Introdução. In: Crise e cidade: acompanhamento terapêutico (p. 11-15). Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto “A Casa” (org.) São Paulo: Educ.
- CARVALHO, S, S. (2002). Acompanhamento Terapêutico: Que Clínica é Essa? Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- CESARINO, A, C. (1991). A Rua e o Social de Cada Um. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 110-118). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.
- COOPER, D, (1967). Psiquiatria e Antipsiquiatria. São Paulo: Editora Perspectiva.
- COSTA, I, I. (2003). Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: ABRAFIPP.
- EQUIPE ACOTÊ (2006). Histórico do Acompanhamento Terapêutico (AT). (Site desenvolvido por Antônio Carlos Vasquez Vasquez. Disponível em: <<http://equipeacote.ubbihp.com.br/at/historicoat.htm> >. Acesso em: 17 jan. 2007
- FERNANDES, M, H. (1991). Acompanhamento Terapêutico. Relato de um Caso Clínico. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 133-154). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.
- FONSECA, V, M, L. (2005) Uma voz na escuridão: a função sensorial da voz no tratamento psicanalítico da criança autista. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- FOUCAULT, M. (1972). História da Loucura. São Paulo: Editora Perspectiva.
- FRAYZE-PEREIRA, J, A. (1997). Crise e cidade. Por uma poética do acompanhamento terapêutico. In: Crise e cidade: acompanhamento terapêutico (p. 19-35). Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (org.) São Paulo: Educ.

- FREUD, S. (1912). Recomendação aos médicos que exercem psicanálise. Versão Eletrônica das Obras Completas de Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- LAING, R (1969). O Eu Dividido. Petrópolis: Editora Vozes.
- MANNONI, M. (1970). O Psiquiatra seu “Louco” e a Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- MANNONI, M. (1973). Educação Impossível. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A.
- MANNONI, M. (1988). O Que Falta a Verdade para Ser Dita. Campinas: Papirus Editora.
- MAUER, S, K., & RESNIZKY, S. (1987). Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos. São Paulo: Papirus.
- PORTO, M., & SERENO, D. (1991). Sobre acompanhamento terapêutico. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 23-31). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.
- ROLNIK, S (1997). Clínica Nômade. In: Crise e cidade: acompanhamento terapêutico (p. 83-97). Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto “A Casa” (org.) São Paulo: Educ.
- SAFRA, G., (2005). A Face Estética do Self: teoria e clínica. São Paulo: Unimarco Editora
- SERENO, D., AGUIAR, C, C, T., & MENDONÇA, L. (1991). O Acompanhamento Terapêutico e a Clínica: Função do Acompanhante no Tratamento. In: A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico (p. 67- 77). Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia “A Casa” (org.) São Paulo: Escuta.
- TAFURI, M, I. (2003). Dos sons à palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: ABRAFIPP.
- TAFURI, M, I. (2006). A clínica psicanalítica e o trabalho de Acompanhamento Terapêutico: uma interseção possível? Trabalho apresentado no II Congresso Internacional de

Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental realizado entre os dias 7 e 10 de Setembro de 2006 na Universidade Federal do Pará – UFPA.

WINNICOTT, D, W. (1958). Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago Editora.

WINNICOTT, D, W. (1988). Estabelecimento da Relação com a Realidade Externa. In: Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago Editora.

