

ALEX SANDRO TAVARES DA SILVA

**A EMERGÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO:
O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DE UMA CLÍNICA**

Porto Alegre
13/04/2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Departamento de Psicologia Social e Institucional
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**A EMERGÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO:
O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DE UMA CLÍNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientadora: Dra. Rosane Azevedo Neves da Silva

Mestrando: Alex Sandro Tavares da Silva
<http://alextavares.cjb.net/>

Banca Examinadora: Dra. Nair Iracema Silveira dos Santos
Dra. Simone Mainieri Paulon
Dra. Tania Mara Galli Fonseca

Porto Alegre
13/04/2005

Está claro que o século XVI valorizou positivamente e reconheceu o que o XVII ia menosprezar, desvalorizar e reduzir ao silêncio. [...] Estas exclusões podem ser segundo as culturas de diferentes tipos: separação geográfica (como nas sociedades indonésias onde o homem “diferente” vive só, às vezes, a alguns quilômetros do povoado), separação material (como nas nossas sociedades que praticam o internamento) ou simplesmente separação virtual, apenas visível do exterior (como no começo do século XVII na Europa). [...] Cada cultura tem seu limiar particular e ele evolui com a configuração desta cultura; a partir dos meados do século XIX, o limiar de sensibilidade à loucura baixou consideravelmente na nossa sociedade. (Foucault, 1989: 89).

AGRADECIMENTOS

Tive a satisfação de receber atenção, apoio, crítica, ajuda de inúmeros sujeitos. Sem esses, com certeza, essa produção em Psicologia não teria acontecido.

Agradeço:

À Rosane Azevedo Neves da Silva, pelos momentos de dedicação, reflexão, sugestões, apoio e muito bom humor. A sua *ótima orientação* acadêmica foi apenas uma parte desse *bom encontro*.

Aos membros da *banca de qualificação*, que fizeram críticas fundamentais e conseguiram encaminhar essa produção para circulações que se mostraram extremamente gratificantes. Essas parceiras fundamentais foram: Nair Iracema Silveira dos Santos, Tania Mara Galli Fonseca e Rejane Czermak.

À Simone Mainieri Paulon, pelas “conversas andarilhas” que aconteceram, principalmente, no início das minhas reflexões sobre **AT** e que ainda têm suas marcas.

À Glória Mariana da Silva Mota, minha mulher, pelo carinho, sugestão e leitura crítica desse texto.

À Rejane e Luiz, meus pais, e Arlen, meu irmão, pelo incondicional apoio e incentivo.

Aos acompanhados, que tornaram possível esse percurso na prática do **AT**.

Sem todos vocês esse sonho não poderia virar realidade.

Muito obrigado!

ÍNDICE

Resumo.....	06
Summary.....	07
Lançando os dados.....	08
1. Constituição do Acompanhamento Terapêutico.....	15
1.1. O campo do AT	17
1.2. A invenção do AT	41
1.2.1. A experiência gaúcha do AT	45
1.2.2. A experiência argentina do AT	56
1.2.3. Problematizando a <i>prática integrativa</i> do AT	68
2. Emergência da <i>clínica</i> do Acompanhamento Terapêutico.....	89
2.1. A “rua” como <i>dispositivo</i> no Acompanhamento Terapêutico.....	90
2.2. A <i>clínica AT</i>	104
3. Genealogia foucaultiana: Uma estratégia de pesquisa.....	117
Considerações Finais.....	126
Bibliografia.....	131

RESUMO

Este trabalho visa analisar o processo de constituição do Acompanhamento Terapêutico (AT) enquanto uma ampla estratégia de intervenção que é articulada com vários *saberes e práticas* do/no campo da saúde. Pretende-se, desse modo, fazer uma viagem crítica pelo mundo das ciências da saúde, tendo como campo de problematização as atividades do AT a partir da segunda metade do século XX. Tradicionalmente essa prática é pensada em uma “perspectiva integrativa”, baseada na idéia de uma “adaptação unidirecional” do paciente, tido como o “anormal” a ser reintegrado socialmente. Entendo, no entanto, que a experiência de conviver com os inusitados encontros que ocorrem nas intervenções do AT produz efeitos que extrapolam as “metas adaptativas” e os “protocolos institucionalizantes” (de funcionários e pacientes) e apontam para uma dimensão clínica, política, artística, ético-estética na/da experimentação das relações de força e dos processos de subjetivação aí implicados.

PALAVRAS-CHAVE: Clínica, Acompanhamento Terapêutico, processos de subjetivação.

SUMMARY

This work targets to analyze the constitution process of Therapeutic Accompaniment (TA) as an ample strategy of intervention, which is articulated with several knowledge and practical of, or in, health field. It intend's, in such way, to make a critical journey in the world of health sciences, having the second half of XX century as the start point for a field investigation to the TA activities. Traditionally this practical is known as an “integration perspective”, based on the idea of a “unidirectional adaptation” of the patient, usually considered as the “abnormal person” to be socially reintegrated. I understand, however, that the experience to coexist with the unusual situations that occur during the TA interventions, produces effects that surpasses the “adaptation goals” and the “institutionalization protocols” (of employees and patients) and leads to a clinical dimension perspective, political, artistical, ethical-aesthetic in, or of, the forces relations experimentation and the subjectivation processes implied on it.

KEY WORDS: Clinic, Therapeutic Accompaniment, subjectivation processes.

LANÇANDO OS DADOS¹

Desde o final da década de 1990, venho me dedicando ao trabalho *clínico* com o uso da estratégia² do Acompanhamento Terapêutico³. Cada vez mais percebo que essa é uma atividade extremamente rica, com um vasto campo de atuação em contínua criação e com uma importante eficácia nos trabalhos que se propõe a desenvolver. Além de se constituir em um importante campo para pensar a questão das práticas em saúde e os processos de subjetivação contemporâneos.

¹ A expressão “lançando os dados” faz uma referência direta à idéia de Nietzsche (1974) de que a vida se faz em encontros inusitados que produzem outras perspectivas, inúmeras produções da/na própria existência, como em um jogo de dados. Com isso, desejo deixar evidente que “lançar os dados” não é apresentar *números* e *estatísticas*, mas sim fazer uma introdução, apontando algumas das forças que participaram e ainda participam da prática do Acompanhamento Terapêutico.

² Nessa produção, a palavra *estratégia* é tomada como antônimo da palavra *programa*. Assim, o **AT** pode ser pensado tanto como uma *estratégia* de pesquisa-intervenção que vai sendo construída a partir de experimentações, numa aposta ética de análise dos movimentos inéditos da/na vida quanto como um *programa* de adaptação, que segue passos (pré)determinados para alterar “comportamentos de loucos”. Na tentativa de deixar clara a idéia de *programa*, faço uma analogia com o *programa binário* dos nossos computadores. Nessa lógica, se um passo dá errado, temos a não execução da tarefa desejada. A característica do *programa* é tentar *controlar as variáveis* para chegar à meta (pré)estabelecida. Se os passos necessários não são executados na *seqüência ideal*, há problemas (ex.: encerramento dos trabalhos). Ao considerar que o fazer do **AT** também pode lidar com o inusitado, com o novo, abre-se espaço para problematizar a *estratégia de ação* (clínica) e não apenas o *programa de ação* (integrativo). Para Edgar Morin (1996), fazer essa distinção é fundamental, pois assinala diferenças entre o *pensamento simplificante* e o *pensamento complexo*. Comenta o autor: “Um programa é uma seqüência de atos decididos a priori e que devem começar e funcionar um após o outro, sem variar. Certamente, um programa funciona muito bem quando as condições circundantes não se modificam e, sobretudo, quando não são perturbadas. A estratégia é um cenário de ação que se pode modificar em função das informações, dos acontecimentos, dos imprevistos que sobrevenham no curso da ação. Dito de outro modo: a estratégia é a arte de trabalhar com a incerteza. A estratégia de pensamento é a arte de pensar com a incerteza. A estratégia de ação é a arte de atuar na incerteza”. (Morin, 1996: 284).

³ Utilizarei a sigla **AT** para **Acompanhamento Terapêutico** e **at** para **acompanhante terapêutico**.

O **AT** tem se caracterizado como uma prática na *área da saúde* que não fica restrita ao âmbito de uma instituição (hospital, hospício, consultório, escola). Suas possibilidades de intervenção são tão variadas quanto as suas definições e as histórias que abordam o seu “nascimento”. Alguns pesquisadores tentam definir programas de intervenção e o início dessa prática (Mauer; Resnizky, 1987), todavia, como veremos no decorrer dessa pesquisa, essa vontade de demarcar *poucas funções, um tempo e um espaço* é arbitrária e de difícil sustentação, talvez mesmo impossível.

No começo do meu trabalho em Psicologia clínica como acompanhante terapêutico, utilizava as saídas pelas ruas, shoppings, cinemas, parques para compor intervenções que produzissem efeitos terapêuticos exclusivamente no sujeito que acompanhava. Era um uso específico do *espaço urbano* para tratamento de pacientes diagnosticados com alguma “patologia grave”. Naquele momento, via os **ats** mostrando suas formas de lidar com essas “saídas terapêuticas” de um modo bastante específico, que poderia ser caracterizado da seguinte maneira:

1. O **at** vai à rua apenas para tratar um doente;
2. O **at** evita atividades que saem do programa estabelecido pela equipe;
3. O **at** é um representante do psicoterapeuta e/ou instituição na rua;
4. O “fora do consultório” é apenas um lugar, um pano de fundo do trabalho do **at**;
5. A cultura, a cidade é algo “natural” e “eterno” (não questionável);
6. O **at** é um ser “mais evoluído” que o paciente. Com isso, temos o acompanhante como “modelo de identificação”, “ego auxiliar”, “interpretador do cotidiano”, “agente ressocializador”, etc.;

7. O **at** é um ser “menos evoluído” que o psicoterapeuta (é o auxiliar do mesmo);
8. O **at** é um agente que só existe dentro de uma equipe de saúde (que toma as decisões por ele). Se não há equipe, não há **at**.

Além dessas, inúmeras outras *funções, definições e posições* do acompanhante terapêutico serão apresentadas e analisadas no decorrer dessa produção. Nesse “andar”, procurarei trabalhar as referências que sustentam os itens acima apresentados.

Essa opção de percurso é tomada para problematizar a função do Acompanhamento Terapêutico, o seu campo atual na área da saúde e os processos de subjetivação envolvidos.

Nesse momento, desejo deixar claro que senti um contínuo descompasso entre as minhas leituras sobre **AT** e as minhas vivências nessa prática. Lia os livros sobre essa modalidade de ação que colocavam o **AT** numa perspectiva puramente *integrativa*, aquela da *adaptação unidirecional*, na qual o paciente é tido como o anormal a ser reintegrado socialmente, enquanto, na minha prática de Acompanhamento Terapêutico, sentia que algo de outra ordem estava se produzindo, forças emergiam do/no contexto, na “rua”⁴ e colocavam em xeque essa *adaptação*, a naturalização e a burocratização da existência, inclusive criticando determinadas “práticas em saúde”. Com a ajuda desse gradual descompasso, comecei algumas

⁴ “Rua”, com as aspas, é uma *metáfora do fora* no sentido de apontar todo lugar possível de trânsito pelo acompanhado num determinado momento, para além da sala ou consultório do profissional da saúde. Nessa perspectiva, “rua” pode ser “espaço físico” como a cozinha, o cinema, o museu, um bar, uma quadra de futebol, a piscina, o quarto, além de ser também um “território subjetivo”, um

reflexões, as quais contaram com o auxílio de alguns intercessores, num primeiro momento, principalmente, Nietzsche e Foucault. A vontade de aprofundar essa reflexão me levou a desenvolver um trabalho de conclusão de curso em Psicologia dedicado exclusivamente a esse tema (Silva, A. S. T., 2002), além de produzir e manter constantemente atualizado um site dedicado unicamente ao Acompanhamento Terapêutico⁵.

Ao longo desse trabalho apresentarei algumas vinhetas que ilustram experiências em **AT** e que servem para explicitar o jogo de forças que participam dessa prática.

Como exemplo do contínuo e progressivo descompasso dessas forças que emergiam do contexto e que apontavam para uma outra função, objetivo e estratégia do **AT**, posso expor a experiência do “dono do bar e o louco do bairro”. Nesse recorte de Acompanhamento, lembro de um comerciante, Fabiano, que com o passar dos encontros foi mudando a maneira como enxergava e lidava com Roberto⁶, o sujeito acompanhado. Nos primeiros dias de **AT** Fabiano dizia que Roberto era “o louco do bairro, que necessita do controle dos seus pais e que mesmo assim fazia barbaridades quando estava na rua” (sic), após alguns meses de circulação e inusitados encontros, esse comerciante começou a dizer que Roberto era “legal e justo, pois sabia escolher e pagava na hora” (sic). Nessa fala, percebi mudanças de uma certa composição de forças. Antes, para Fabiano, Roberto era apenas “o

específico modo de ser, pensar, agir, criar, habitar.

⁵ Página virtual chamada “Site AT”. Nela há vários artigos, dicas de livros, monografias, sites, lista de discussão, enquetes, cursos, eventos, etc. Endereço eletrônico: <http://siteat.cjb.net/>

⁶ Para manter o sigilo necessário, os nomes de todos os acompanhados e dos demais sujeitos citados

perigoso louco do bairro”, que não fazia nada de bom; hoje ele é o sujeito que banca a sua vontade. Como observador, creio que essa outra composição de forças está produzindo diferenças não só para Roberto, que agora estabelece outro tipo de contato e circulação no seu bairro, mas também para Fabiano, que parece ter uma outra postura quando vê esse sujeito. Antes, o “dono do bar”, parecia um “ansioso cão de guarda” que tinha de correr para defender seu território e se livrar de Roberto, hoje ele o recebe de outra forma... hoje Fabiano recebe... não só dinheiro, também afeto, amizade, vive outros encontros, alguns bem divertidos!

Com a experiência “dono do bar e o louco do bairro” passei a acreditar que a estratégia do **AT** pode surtir efeitos importantes, diria políticos (da/na *pólis*), para além de uma *terapia integrativa centrada no paciente*. Essa específica composição de forças apontou que a vida cotidiana pode ser terapêutica para todos que participam desse processo. Ou seja, a “rua” constitui um importante *dispositivo* na *clínica* do Acompanhamento Terapêutico. Por ora, digo que *dispositivo* é o *encontro de forças* que produzem o novo, outras perspectivas de pensar, ver, analisar, viver; o *dispositivo*⁷ é uma heterogênea *rede de forças* produtora de *subjetividade*, essa última entendida como a produção constante de si, numa grande relação com o contexto de existência, em um processo singular, histórico e coletivo. Ou como diz Guattari (1992: 11): “A subjetividade, de fato, é plural, *polifônica*, para retomar uma expressão de Mikhail Bakhtine. Ela não conhece nenhuma instância dominante de determinação que guie as outras instâncias segundo uma causalidade unívoca.”

foram intencionalmente alterados, além de vários outros dados referentes às histórias dos mesmos.

⁷ O conceito de *dispositivo* será problematizado mais intensamente no decorrer dessa produção.

Segundo a escrita de Rauter, Passos e Barros (2002: 10) o conceito de subjetividade tem o sentido de:

[...] processo de produção de si ou processo de subjetivação. Acreditamos que este conceito-ferramenta se apresenta como um conceito híbrido por excelência, já que não descreve uma essência ou uma natureza, mas diz respeito a um processo de produção ou de criação de si que se realiza com componentes heterogêneos, matérias distintas ou vetores de existencialização diversos. Estamos aqui falando, portanto, não só de relações familiares, de acontecimentos da infância ou de componentes biológicos, mas também de relações com a cidade, com os meios de comunicação, com as novas tecnologias, com a política de Estado e a violência institucionalizada.

Além de problematizar os efeitos políticos da prática do **AT**, pretendo aprofundar algumas reflexões sobre as forças que participaram da sua constituição. Assim, percorrerei uma série de livros, artigos, entrevistas... enfim, várias produções que “falam” do **AT**, da sua “história”, funções e intervenções com o objetivo de propor um “mapa” que deixe visível que a pergunta “o que é Acompanhamento Terapêutico?” implica necessariamente um tensionamento entre todos esses elementos.

Através dessa delimitação, terei a oportunidade de pensar as forças que estão produzindo o Acompanhamento Terapêutico, essa atividade que, num primeiro momento, ficou definida como uma *prática auxiliar assistencial* para *adaptar e integrar* socialmente *doentes mentais* e que, com as vivências dos inusitados processos sentidos no *dispositivo* “rua”, passou a configurar-se como uma *clínica*. Ou seja, essa escrita pretende mostrar e analisar as *forças presentes nesse processo de emergência*, onde o **AT** será pesquisado também como uma *clínica política* que se

eleva de determinado contexto, ligada a outras disciplinas na área da saúde e, como tal, expressa determinados processos de subjetivação.

Para se falar sobre algumas práticas “psi” no Brasil hoje, torna-se necessário pensá-las historicamente: apontar que demandas as produziram e foram por elas fortalecidas, que produções de subjetividades estiveram presentes e foram elementos importantes na sua constituição. (Coimbra, 1995: 55).

Fica aqui o convite para que juntos possamos navegar pelas estreitas e sinuosas vias do campo de emergência da prática, também *clínica*, do Acompanhamento Terapêutico⁸.

⁸ Uma ressalva: apesar de escrever na *primeira pessoa do singular*, gostaria que essa maneira de produzir seja tomada como uma estratégia para expressar a relação com vários autores, acompanhados, professores, colegas, amigos... que também falam através dessa escrita, ou como dizem Deleuze e Guattari: “Por que preservamos nossos nomes? Por hábito, exclusivamente por hábito. Para passarmos despercebidos. Para tornar imperceptível, não a nós mesmos, mas o que nos faz agir, experimentar ou pensar. E, finalmente, porque é agradável falar como todo mundo e dizer o sol nasce, quando todo mundo sabe que essa é apenas uma maneira de falar. Não chegar ao ponto em que não se diz mais EU, mas ao ponto em que já não tem qualquer importância dizer ou não dizer EU. Não somos mais nós mesmos. Cada um reconhecerá os seus. Fomos ajudados, aspirados, multiplicados.” (Deleuze; Guattari, 1995: 11).

1. CONSTITUIÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Neste primeiro capítulo, farei um mergulho em determinados processos históricos que viabilizaram a invenção do Acompanhamento Terapêutico. De maneira geral, as produções acerca dessa estratégia ligam a sua *função* e processo de *constituição* aos movimentos de críticas às intervenções pautadas pela lógica psiquiátrica clássica, fundamentalmente as que estavam em ação até a década de 1950, principalmente na Europa e EUA. Desse contexto, cito alguns movimentos: a “Antipsiquiatria”, a qual teve como alguns dos seus articuladores Ronald Laing, David Cooper (na Inglaterra) e Thomas Szasz (nos EUA); a “Psiquiatria Democrática” ou “Psiquiatria Alternativa” liderada pelo italiano Franco Basaglia e a “Psicoterapia Institucional” que teve como expoentes os franceses Jean Oury e Félix Guattari.

Além dessas propostas, outras invenções trabalharam no surgimento do **AT**, tais como: o Hospital-Dia; os psicofármacos; a Comunidade Terapêutica e a Reforma Psiquiátrica. Esse percurso inicial será pautado, principalmente, por esses últimos quatro elementos. Fiz essa opção de trilha uma vez que essas forças participaram diretamente, e participam até hoje, do campo do **AT**. Com isso, poderei ter mais elementos para compor um pensar sobre essa prática que circula por vários territórios. Logo em seguida, haverá um momento para apontar a criação do *nome*

AT, que é distinto da invenção da *prática*, e, por fim, algumas tentativas de *definição* e idéias de *funções*.

1.1. O campo do AT

O Acompanhamento Terapêutico constitui-se fundamentalmente na área da saúde, juntamente com outras inúmeras *práticas de cuidado*. A sua emergência está vinculada a uma variedade de forças, como, por exemplo: quando, após a Segunda Guerra Mundial, deu-se o pulular de doenças, urgências sanitárias e com isso a necessidade de criação de novos métodos de atenção intensiva de cuidado à saúde; a criação do Hospital-Dia; a produção de psicofármacos; a invenção da Comunidade Terapêutica e o despontar da Reforma Psiquiátrica. Ou seja, a configuração do campo do **AT** começa articulada com o grande contexto mundial e com várias outras disciplinas, principalmente com a Psicologia, a Enfermagem, a Terapia Ocupacional e a Medicina. Seu percurso remonta à criação das *práticas de cuidado* à pessoa tomada como “doente crítico” e ao questionamento das estruturas manicomiais.

Antes de seguir, lanço uma breve idéia sobre a constituição dos hospitais e hospícios⁹ para pensar a questão da loucura em nossa sociedade. Os hospitais foram locais que passaram a ser utilizados principalmente a partir do século XVII, quando os sujeitos tidos como loucos, e outros “degenerados”, começaram a ser vistos como seres que não se adaptavam, não conseguiam executar o que era “socialmente esperado”. Assim, esses “asilos” surgiram para ocupar com “novos hóspedes” as estruturas segregativas dos antigos leprosários.

⁹ No dicionário “Aurélio” temos a seguinte definição de hospício: “Do lat. hospitium. S. m. 1. Casa onde se hospedam e/ou tratam pessoas pobres ou doentes, sem retribuição; asilo. 2. Asilo de loucos, com retribuição ou sem ela; manicômio. 3. Lugar onde se recolhem e tratam animais abandonados.” (Ferreira, A. B. H., 1999).

Estranha superfície, a que comporta as medidas de internamento. Doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos: toda uma população matizada se vê repentinamente, na segunda metade do século XVII, rejeitada para além de uma linha de divisão, e reclusa em asilos que se tornarão, em um ou dois séculos, os campos fechados da loucura. (Foucault, 1997: 102).

Importante deixar claro que, nesse momento, essas “casas” dedicadas aos “desviantes” ainda não eram consideradas “terapêuticas”. Eram apenas um espaço físico, um local delimitado que agrupava os que não deveriam fazer parte da sociedade. Viraram “hospedes” os sujeitos que praticavam “o maior pecado” do emergente mundo burguês: a *ociosidade*.

Estas casas não têm vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. O internamento é, sem dúvida, uma medida de assistência; as numerosas fundações de que ele se beneficia provam-no. Mas é um sistema cujo ideal seria estar inteiramente fechado sobre si mesmo: no Hospital geral, como nas Workhouses, na Inglaterra, que lhe são mais ou menos contemporâneas, reina o trabalho forçado; fia-se, tece-se, fabricam-se objetos diversos que são lançados a preço baixo no mercado para que o lucro permita ao hospital funcionar. Mas a obrigação do trabalho tem também um papel de sanções e de controle moral. É que, no mundo burguês em processo de constituição, um vício maior, o pecado por excelência no mundo do comércio, acaba de ser definido; não é mais o orgulho nem a avidez como na Idade Média; é a ociosidade. (Foucault, 1989: 79).

Em um primeiro momento, essas “estruturas hospitalares” não tinham nenhuma “finalidade médica”, apenas “função filantrópica”, buscavam agrupar todos os excluídos. Desse modo, fica evidente que os hospitais *não* foram criados nem pelos médicos, nem pelos enfermeiros ou pelos psicólogos, apesar de alguns se autoproclamarem “donos” desse espaço “desde sempre”.

Foi apenas no século XVIII, com a Revolução Francesa, que ocorreu o fim do “internamento filantrópico”, para alguns “indesejáveis”. Em 1789 havia o lema da “liberdade, igualdade e fraternidade”, exceto para o rotulado de louco, tido como o “perigoso por natureza”¹⁰. Esse vira doente, ainda não doente mental, e o internamento passa a ter caráter de tratamento, correção disciplinar. O louco-doente vira paciente e passa a ser tutelado pelos médicos. A partir do século XIX a loucura torna-se “doença mental”. O louco-doente-alienado vira *o ser que não tem saber*. A sua “desordem” deve ser corrigida pelo profissional, chamado “alienista”, que tem a função tanto de curá-lo como de proteger a sociedade do insano, do *paciente perigoso*. Nessa “reforma do internamento”, agora tendo o louco como foco de intervenção, destacam-se os “tratamentos humanitários” de Phillippe Pinel (em 1792, na França), William Tuke (em 1796, na Inglaterra), Wagnitz e Riel (na Alemanha).

Pinel, Tuke, seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento; pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco. O asilo ideal que Tuke montou perto de York é considerado como a reconstituição em torno do alienado de uma quase-família onde ele deverá sentir-se em casa; de fato, ele é submetido, por isso mesmo, a um controle social e moral ininterrupto; a cura significará reinculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar. Utilizar-se-ão para consegui-lo meios tais como as ameaças, castigos, privações alimentares, humilhação, em resumo, tudo o que poderá ao mesmo tempo *infantilizar e culpabilizar* o louco. (Foucault, 1989: 81-82).

Os inusitados critérios para entrar nessas “novas casas” passam a multiplicar-se. “Devassidão, prodigalidade, ligação inconfessável, casamento vergonhoso: tudo isso está entre os motivos mais numerosos do internamento.” (Foucault, 1997: 91).

¹⁰ Vale lembrar que a produção de Morel de 1857, “Tratado das Degenerescências”, justificava a idéia de que o deficiente pode ser perigoso, juntamente com as “teorias eugenistas” e a perspectiva da “predisposição genética” às doenças. Essas “teorias” darão um suporte crescente para o incremento da institucionalização dos loucos, num primeiro momento, principalmente na Europa do século XVIII e XIX. Processo que, com o passar dos anos, se difundirá por todo o planeta.

Essa forma de “tratamento” passou a ser questionada a partir da metade do século XX, contudo, ainda hoje, há um grande uso dos hospitais psiquiátricos.

Os hospitais psiquiátricos infelizmente ainda representam o espaço mais importante, em termos numéricos, de cuidado dos pacientes psiquiátricos graves. Hoje, encontram-se internados no parque manicomial do município do Rio de Janeiro aproximadamente 3.800 pacientes. O município não tem esses dados computados pelo estado, podemos inferir que aproximadamente 40% dessas pessoas permanecem presas ou “residem” nos hospitais e 54% circulam se internando e reinternando. (Leal, 2002: 143).

Na segunda metade década de 1940, no pós-guerra, ocorreu a criação do Hospital-Dia, que era a utilização de um espaço terapêutico para realizar determinadas atividades que se finalizavam à noite, momento no qual o paciente retornava à sua casa, à sua comunidade. Nesse espaço eram, e ainda são, oferecidas intervenções na área da Psicologia, Enfermagem, Medicina, Terapia Ocupacional, Serviço Social. O primeiro Hospital-Dia foi criado em 1946, por Ewen Cameron no “Allan Memorial Institute”, em Montreal, Canadá (Campbell, 1986). No início, por ainda não existirem as “drogas mentais” para “conter loucos”, esse espaço era dedicado aos sujeitos que possuíam determinadas patologias que não ofereciam perigo para as outras pessoas nem para o próprio doente. Essa lógica sofreria alterações evidentes poucos anos depois, em 1949. O Hospital-Dia, juntamente com o Hospital-Noite e o “Hospital de fim de semana”, são considerados *hospitalizações parciais*.

O AT emerge desse campo onde ocorre uma grande mudança de perspectiva no cuidado aos doentes, se comparada com as práticas usadas nos clássicos

manicômios. Esse processo de mudança aponta principalmente para o final da década de 1940, início de 50, quando se deu a invenção de substâncias que prometiam alterar o funcionamento neuropsicológico do sujeito tido como louco. Em 1949 aconteceu a avaliação da primeira “droga mental”, quando o terapeuta australiano John F. Cade comprovou que o carbonato de lítio estabilizava, ou melhor, controlava o humor do “doente bipolar”, também rotulado de “psicótico maníaco-depressivo”. Essa nova intervenção ficou potencializada em 1952 quando, na França, os pesquisadores Jean Delay e Pierre Deniker (Lemgruber, 2004) utilizaram e testaram o neuroléptico clorpromazina durante três dias em oito pacientes psicóticos, os quais tiveram uma redução das suas alucinações auditivas. Assim, essa droga (tida como o “primeiro psicotrópico eficaz”) vira mais uma “arma” no *tratamento químico* dos *transtornos psicológicos*. Em outras palavras, a clorpromazina (o primeiro “antipsicótico”) inaugurou a psicofarmacologia.

A partir da oferta de psicotrópicos, no início da década de 1950, surgiu a possibilidade de *domar* o “perigoso doente mental”, e com isso, a criação de serviços que diziam tratar sem necessariamente enclausurar os pacientes dentro dos hospitais psiquiátricos. Nessa perspectiva, o Hospital-Dia passou a intervir fortemente em vários sujeitos que antes não eram aceitos (desde que medicados com as “drogas da alma”).

A invenção dos psicofármacos apontou para um novo rumo no tratamento dos “transtornos mentais”. Nesse processo ocorreu a gradual e progressiva substituição da camisa-de-força pelo controle químico do comportamento tido como desviante.

As drogas mostraram-se mais *rápidas, econômicas e eficazes*, no sentido do *controle* do paciente, do que a contenção mecânica.

Juan Carlos Stagnaro, em entrevista a Pulice e Rossi (1997: 83), diz que o Acompanhamento Terapêutico surgiu numa época de maior “difusão da psicofarmacologia”, a qual permitiu a experiência dos serviços abertos, a “circulação dos psicóticos” pela cidade, a “reinserção social”, entre outras coisas.

Se por um lado esse tipo de remédio, principalmente os antipsicóticos e os antidepressivos, fez com que os “pacientes perturbados” conseguissem mudar condutas e executar determinadas atividades socialmente aceitas, por outro, mostrou uma mudança importante nas técnicas de *massificação de subjetividades*. Antes, a alteração era *disciplinar*, com programas de “cuidado” mecânicos e visíveis (contenção física, amarras na cama, camisa-de-força, pancadas na cabeça, eletrochoques, hidroterapia, cirurgias cerebrais, etc.); com o advento dos psicotrópicos deu-se a passagem da “terapêutica disciplinar” para a “terapêutica do controle” químico e invisível. Ou seja, o sujeito tomado por louco, doente e perigoso “consegue sair” da estrutura manicomial, desde que leve consigo, no mínimo, a *química* dessas mesmas estruturas, os psicofármacos, e seja acompanhado nessa circulação por um “agente terapêutico”, o acompanhante, o auxiliar, o atendente. Portanto não é à toa que uma das primeiras funções dos acompanhantes terapêuticos foi o *controle da ingestão dos remédios* prescritos e a *vigilância do comportamento* fora da instituição manicomial.

Era de se esperar que uma prática iniciada no espaço intramuros levasse para fora deles seu *modus operandi*, seus defeitos e suas contradições. Assim, num primeiro momento fora da instituição, a atividade de auxiliar-psiquiátrico veio revestida do mesmo caráter que possuía anteriormente: apoiava-se na idéia de que o indivíduo estava doente e precisava ser curado. Não se levava em conta o ambiente social e as condições que permitiram eclodir naquele indivíduo tais dificuldades. A “patologia intrapsíquica” era causadora de todos os males. (Ibrahim, 1991: 46).

Através do uso da *medicação* e da “companhia especializada”, os “internados” começam um processo de errância pelo espaço urbano. Não afirmaria que era uma “livre circulação”, mas uma *caminhada bastante controlada* (física e quimicamente) pela cidade.

La posguerra en los años’50, dejo tras de si una superpoblación de pacientes, provoco urgencias sanitarias y la necesidad de nuevos métodos de atención intensivos, en este contexto es que surge el hospital de día. También los avances en teorías psicodinamicas, técnicas biológicas y psicofarmacología acallaron los síntomas de peligrosidad del loco y permitieron la libre circulación de los pacientes en la ciudades. La temprana tendencia rehabilitadora y antiasilar lo perfilan como una opción clara de atención intensiva, donde se fue modificando la población de pacientes que acuden al mismo al ritmo de los cambios en las patologías prevalentes. (Chayan; Bari; Gasperi, 2003).

Importante lembrar que hoje não apenas os “usuários de serviços psiquiátricos” são controlados por esses remédios; esse específico processo de subjetivação da *busca do funcionamento normal* captura inúmeros outros sujeitos. O uso da “revolução farmacológica” se disseminou ao máximo a partir de 1987, quando o antidepressivo Prozac (proclamada “pílula da felicidade”) abriu caminho para a “nova geração” de “remédios para o espírito”, os quais passaram a ser utilizados em larga escala em todo planeta, não só para o tratamento de depressão, ansiedade e psicose. Nesse processo, grande parte da população mundial passou a *pedir e comprar*, para si, a lógica do *controle químico*. Com isso, a *indústria farmacêutica* cresce vertiginosamente e passa a ter condições econômicas cada vez maiores

(usando da mídia e comprando os “receitadores”¹¹: dando brindes, viagens, computadores, pós-graduações para que os mesmos prescrevam determinada “droga da moda”) para criar um círculo vicioso na equação *saúde* = viver mais = tratamento = tomar remédios sintéticos = *saúde*. Nessa perspectiva, cria-se a crença de que o profissional que receita tem a aparente “melhor intervenção” (*rápida e eficaz*) na área da saúde¹².

Com o crescente uso de *agentes* (enfermeiros, terapeutas ocupacionais, auxiliares, etc.) e *remédios*, começam a pulular, ainda na primeira metade da década de 1950, outros meios de cuidar. Por exemplo, é nesse contexto que surge a Comunidade Terapêutica (CT).

Julio Moizeszowicz, em entrevista a Pulice e Rossi (1997), diz que o modelo conceitual do Acompanhamento Terapêutico está baseado na Comunidade Terapêutica diurna. Esse termo foi criado pelo inglês Maxwell Jones, o qual dirigia uma instituição na Escócia em 1952, chamada “Hospital de Dingleton”. Essa proposta foi utilizada pela primeira vez em ex-combatentes da Segunda Guerra

¹¹ Atualmente, no Brasil, os seguintes graduados na área da saúde podem indicar drogas: enfermeiros (Resolução COFEN n.º 271/02), dentistas, veterinários, médicos. Fora do Brasil, há outros profissionais que usam diretamente da *intervenção química*. Por exemplo, nos EUA, em Louisiana e Novo México, os psicólogos pós-graduados possuem legislação específica e também podem prescrever remédios.

¹² Nesse sentido, é emblemática a fala do virologista francês Luc Montagnier (um dos “descobridores” do vírus da AIDS): “Os laboratórios farmacêuticos são de tal forma poderosos que podem comprar os médicos que fazem os estudos clínicos e as autoridades que liberam a comercialização dos medicamentos”. (Varella, 2005:15). Mas esse “poder dos laboratórios” entrou em xeque desde o final da década de 1990, quando o antiinflamatório Vioxx, aprovado pela “séria” agência americana que controla os alimentos e os remédios, a Food and Drug Administration (FDA), aumentou a incidência de infartos. Outras drogas, “aprovadas” pela FDA, foram banidas do mercado, pois também poderiam levar à morte, como, por exemplo: Lipobay (contra colesterol), Posicor (contra hipertensão e angina) e Redux (para emagrecer). Além disso, testes revelaram que alguns antidepressivos, como o “famoso” Prozac, podem potencializar o *comportamento suicida* de crianças e adolescentes. Desse modo, tanto a “revolução farmacológica” quanto a FDA, fundada em 1906, estão perdendo credibilidade, não só

Mundial. Sobre a criação das Comunidades Terapêuticas cito a fala do italiano Franco Basaglia:

[...] descobriu-se que no interior das instituições, em particular das instituições psiquiátricas, um internado poderia ser o terapeuta de outro internado, mais ainda que o médico. [...] Uma comunidade torna-se terapêutica porque tem em si princípios que levam a uma atividade comum, não se limitando somente ao chefe da instituição: o grupo cura-se a si próprio. (Basaglia, 1982: 84).

Jones dizia tentar estabelecer a *quebra da hierarquia* entre os *profissionais da saúde* e os *pacientes* (controlados com remédios), além de criar um “ambiente humanizado” dentro da instituição. Ou seja, com os argumentos de Jones (1968) dá-se o suporte para a construção da Comunidade Terapêutica que poderia, de forma resumida, ser definida como:

1. Promoção de uma “interação bidirecional”, isto é, dá-se uma crítica à idéia de que o técnico é o único que tem o saber em oposição ao doente, o “alienado”;
2. Busca-se a “implicação dos técnicos” que são convidados a repensarem as suas práticas de intervenção cotidiana, promovendo o questionamento entre a separação do que trata e do que é tratado;
3. Investimento no trabalho de grupo, de pacientes e/ou de técnicos, tentando romper com o modelo hierarquizado dos antigos hospitais psiquiátricos;
4. Idéia da “cultura terapêutica”, a qual proporcionaria o “ambiente adequado” para que a “aprendizagem social” se efetivasse com todos os membros da comunidade.

[...] a distinção entre Comunidade Terapêutica e outros centros semelhantes de tratamento reside no modo como se capitalizam

entre os americanos.

conscientemente no tratamento, os recursos da instituição, da equipe, dos pacientes e de seus parentes. (Jones, 1968: 88).

Reis Neto (1995) faz uma comparação entre a Comunidade Terapêutica e a proposta anterior dos “alienistas”. Diz ele que deveríamos diferenciar o cunho “pedagógico” de Maxwell Jones, da lógica anterior, do “clássico manicômio”. Nesse último havia a idéia de recuperar o doente através da criação de um “ambiente terapêutico” dentro do hospital, porém, esse ambiente, em oposição à Comunidade Terapêutica, seria um espaço “moral imaculado” que não existia fora dele, um jardim idealizado. Além disso, para os alienistas, não havia uma escuta da loucura, essa seria desvalorizada desde o início, pois era tomada como a *diferença radical*.

A Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones, apesar de ainda ser pautada por uma lógica *integrativa*, produz uma crítica ao funcionamento do “clássico manicômio”. Além disso, coloca em evidência os “efeitos terapêuticos” que advêm da implicação dos agentes e das relações sociais. Ocorre, assim, uma crescente valorização do *assistente social* e uma crítica à lógica do *psiquiatra*, pautada pela relação unidirecional do saber do clínico para o alienado paciente e pelo viés da *autoridade do médico* no tratamento. Apesar dessas alterações, a Comunidade Terapêutica ainda mantém um *raciocínio asilar*, pois os pacientes ainda ficavam dentro da instituição, agora mais “democrática” e “adornada”.

Nas últimas duas décadas, a preocupação com os aspectos orgânicos, clínicos e psicanalíticos da doença mental modificou-se devido à crescente consciência da importância dos fatores sociais. [...] O paciente também não deve mais ser visto como um "caso"; estudá-lo isoladamente é ignorar os fatores sociais que muito contribuíram para seus sintomas. (Jones, 1968: 42-43).

A maioria das produções acadêmicas que se debruçam sobre a crítica das estruturas manicomiais colocam o italiano Franco Basaglia, mais do que o inglês Maxwell Jones, como quem levou mais adiante as críticas político/sociais à psiquiatria, configurando, assim, a “Psiquiatria Alternativa” ou a “Psiquiatria Democrática”. Basaglia (1982: 85) irá criticar a idéia da Comunidade Terapêutica dizendo que a mesma é apenas “[...] uma reciclagem da velha gestão manicomial”. Esse, segundo Basaglia, seria o grande risco dessas “Comunidades”: fecharem-se sobre si. Ou seja, ainda funcionariam na “lógica manicomial”.

Para Reis Neto (1995), tanto na lógica da psiquiatria social inglesa, quanto na do italiano Franco Basaglia, as comunidades terapêuticas possuem uma proposta de crítica ao *saber* e as *práticas* psiquiátricas até então utilizadas. Essas experiências propunham que os pacientes e os técnicos convivessem segundo uma comunicação que, em tese, não obedecesse à antiga lógica da hierarquia. Ou seja, com essa nova proposta terapêutica há a constante crítica às “identidades profissionais”, principalmente a do médico ou do psicólogo como “donos do saber”, e à posição do paciente como um doente que “não tem saber” (alienado).

Deve ficar claro que os programas de controle (manicomial) e de “tratamento” do “doente mental” entram em processo de falência no século XX, pois não conseguem dar conta do que prometiam dar, ou *não forneciam o que vendiam*: o paciente continuava (ou piorava) sendo visto como o louco doente (irracional e perigoso), apesar (ou pelo efeito) dos remédios (psicofármacos) e das “práticas de saúde” dentro e fora da estrutura hospitalar (relações de poder).

O manicômio é “lugar de contágio originário”, lugar que, na sua suposta capacidade de circunscrever a doença mental, alimenta a necessidade de sua reprodução ampliada, transmitida em toda parte, nas formas e nos modos de expressão, codificação e tratamento do sofrimento psíquico (Gallio 1982). Como já dizia Goffman (1972), o manicômio faz adoecer de uma “outra” doença, contagiosa e crônica, que não é a doença mental. O contágio é a cultura manicomial, que expressa, na aceitação naturalizada daquele lugar de violência, a aceitação da própria violência súbita: a doença é a “doença das correntes” como a chama Nietzsche. (Leonardis; Mauri; Rotelli: 1990: 70).

O desejo de destruir as estruturas manicomiais fica visível na segunda metade do século XX. Como escreve Guattari (1992: 194): “A idéia da supressão dos hospitais psiquiátricos aparecera no contexto da efervescência social dos anos 60, favorável a inovações de todos os tipos.” Nessa perspectiva, as experiências criadas na Comunidade Terapêutica de Gorizia, localizada na pequena cidade de mesmo nome situada na fronteira com a Iugoslávia, são tidas como fundamentais. Para adentrar no contexto italiano do pós-guerra, na passagem da *cultura camponesa* para a *industrial* e na falência da *crença manicomial*, cito Franco Basaglia:

[...] depois da II Guerra Mundial, a Itália se encontrava numa condição cuja realidade cultural e econômica era uma realidade camponesa. Nos anos 50, começou a se processar uma mudança cultural, marcada pelo início de uma sociedade industrial e conseqüentemente pelo nascimento de uma classe operária cada vez mais forte.[...] Começaram assim as lutas sindicais para uma mudança na organização subestrutural do Estado. Foi nesses anos que começou o trabalho em Gorizia [...] Lá havia um hospital de quinhentas camas, dirigido de uma maneira bem tradicional, onde choques elétricos e insulina eram comuns. Era dominado em primeiro lugar pela miséria, a mesma que encontramos em todos os manicômios. No momento em que entramos nesse hospital, dissemos um *não*, não à psiquiatria, mas sobretudo à miséria. Vimos que a partir do momento em que dávamos uma resposta a um pobre internado, ele mudava completamente sua posição. Tornava-se não mais um louco, mas um homem com quem podíamos nos relacionar. Havíamos já entendido que a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura, mas muitas outras coisas. Necessitava ter um relacionamento humano com quem a tratava. [...] Essa foi a nossa invenção. O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades. (Basaglia, 1982: 17).

Nessa instituição, Basaglia tenta humanizar o “sistema de saúde mental” no espaço intramuros, mas descobre que essa meta é inacessível, pois ainda é pautada pela “lógica manicomial”, do confinamento humano e da produção da doença. Desse modo, a partir de 1963, os italianos passam a abrir as portas de Gorizia e criar outras formas de lidar com a questão da saúde, principalmente mental.

Muitas vezes tende-se a esquecer que a necessidade da destruição do manicômio emergiu no curso dos anos 60 através da experiência da Comunidade Terapêutica de Gorizia. Com esta experiência o movimento que nasceu ao redor de Basaglia atravessou a partir do interior a possibilidade/impossibilidade de uma humanização do manicômio e a ideologia de uma racionalização da instituição psiquiátrica coerente com as novas formas de controle social próprias da sociedade do bem-estar. Assim, a destruição prática a partir do interior do manicômio revelou a perpetuação do mandato de controle na psiquiatria reformada e a necessidade de prosseguir a destruição no interior desta. (Leonardis; Mauri; Rotelli, 1990: 66-67).

O mal-estar do/no trabalho manicomial generalizou-se em vários países (Itália, França, EUA, Brasil, Argentina). Muitos profissionais começaram a manifestar o seu desconforto, alguns inclusive adoecendo, com as “atividades terapêuticas” realizadas nesses locais de *promoção da institucionalização*.

Nos anos cinquenta, a psiquiatria francesa [...] tinha a sordidez que se encontra ainda, por exemplo, na ilha de Leros na Grécia, ou no hospital de Dafne, próximo a Atenas. Os psicóticos, objetos de um sistema de tratamento quase animal, assumem necessariamente uma postura bestial, andando em círculos o dia inteiro, batendo a cabeça contra as paredes, gritando, brigando, aviltando-se na sujeira e nos excrementos. Esses doentes, cuja apreensão e relação com o outro estão perturbadas, perdem pouco a pouco, em um tal contexto, suas características humanas, tornando-se surdos e cegos a qualquer comunicação social. Seus guardiães, que não possuíam nessa época nenhuma formação, eram obrigados a se proteger sob um tipo de couraça de desumanidade, se quisessem eles mesmos escapar do desespero e da depressão. (Guattari, 1992: 183-184).

Nesse “campo de batalha” também os usuários dos serviços começaram a manifestar o que vinham passando dentro do manicômio, mostrando o seu ponto de vista sobre os “aparatos terapêuticos” sob os quais estavam, muitos ainda estão, submetidos. Com isso, esses “locais de tratamento” passam a ser vistos como os lugares de *manutenção e/ou promoção* da doença, não só dos pacientes.

No trato com a Loucura, as estratégias preventivistas e de internamento confrontar-se-ão, no final do século XX, com um questionamento radical de seu mandato e poder. Surgirá um campo novo, o campo da saúde mental, interdisciplinar, social, plural. Legitima-se a presença de diferentes profissionais, disciplinas e, especialmente, saberes, entre os quais se inclui, finalmente, o saber daquele que sofre. Desse novo campo, a Reforma Psiquiátrica pode ser pensada para além das práticas que deram origem, ampliando-se em um movimento social transformador, nomeado no Brasil, ora de movimento da saúde mental, ora de luta antimanicomial. (Silva, M. C. C, 2003: 207).

O uso de agentes que não ficavam atuando apenas dentro do hospital, os quais ainda não tinham sido batizados de acompanhantes terapêuticos, começou a ficar potencializado, juntamente com todas as novas experiências em saúde, principalmente mental.

A prática das *atividades terapêuticas* dentro do hospital e também fora das Comunidades Terapêuticas, ganhou novo impulso a partir das propostas da Reforma Psiquiátrica, a qual teve início em países da Europa. Félix Guattari (1992) escreveu sobre as suas experiências institucionais ainda na década de 50 (a partir de 1955) na Clínica de La Borde, na França. Franco Basaglia (1982), no início da década de 1960 e, principalmente, na década 1970 na Itália.

Penso evidentemente na Clínica de La Borde, onde trabalho há muito tempo, e onde tudo foi preparado para que os doentes psicóticos vivam em um clima de atividade, de responsabilidade, não apenas com o objetivo de desenvolver um ambiente de comunicação, mas também para criar instâncias de subjetivação coletiva. [...] O que importa aqui não é

unicamente o confronto com uma nova matéria de expressão, é a constituição de complexos de subjetivação: indivíduo-grupo-máquina-trocas múltiplas, que oferecem à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporiedade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se re-singularizar. (Guattari, 1992: 16-17).

Inúmeras reflexões, “implicação política”, manifestações, eventos criaram o contexto para que a Reforma Psiquiátrica tomasse um *suporte legal*, de caráter legislativo, no final da década de 1970. Foi em 13 de maio de 1978, na Itália, que ocorreu a aprovação da “Lei 180”, ou “Lei Basaglia”, a qual passa a proibir a internação em manicômios. Além disso, essa legislação decretou o progressivo desocupar dos mesmos e a criação de outras “estruturas territoriais” que possam dar conta desse novo processo em andamento: a desinstitucionalização da loucura.

A reforma psiquiátrica (Lei 180) foi votada por todos os partidos e aprovada pelo parlamento italiano em maio de 1978. Esta lei acolhe o processo de desinstitucionalização praticado até então e sanciona as inovações por ele produzidas: a eliminação da intervenção psiquiátrica e a construção de serviços de comunidade inteiramente substitutivos da internação. (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990: 49).

De maneira extremamente resumida diria que a Lei da Reforma Psiquiátrica italiana propôs:

1. A proibição da construção de hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes;
2. A criação de novos serviços na área da saúde mental;
3. A eliminação do “estatuto de periculosidade social do doente mental”, e com ele as “[...] tutelas jurídicas, a internação coagida e o tratamento coagido; o doente mental é um cidadão para todos os efeitos, com os respectivos direitos civis e sociais,

incluindo o direito ao tratamento.” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990: 49). Ou seja, o doente tem *direito* ao tratamento, não *dever*.

Nesse contexto de eliminação das estruturas manicomiais surgiu a imagem e a ação de alguns “operadores” (seriam esses os embriões do “**at** revolucionário”?) que se jogavam com os internados no tecido urbano sem nenhuma instituição de referência, como escrevem Leonardis, Mauri e Rotelli (1990: 75):

Os operadores, com os internados “nas costas” – sujeitos e cúmplices de uma história comum – atravessam os muros semidestruídos do manicômio e entram na cidade. Para um momento sem tempo, é a anomia (Basaglia, 1982), a ausência de limites, a sensação de “um espaço infinito e infinitamente deserto”: “neste ponto é necessário construir novamente um muro, pedir um pouco de indiferença, a pacata distância que equilibra a vida” (Blanchot, 1977). Os operadores voltam a sentir a necessidade e a reprovação do próprio continuar a ser instituição.

Em 1975, ocorreu em Bruxelas a reunião de vários grupos que criticavam o modelo de intervenção em “saúde mental” utilizado até então, com isso nasceu uma importante “rede internacional” com movimentos na França, Itália, México, EUA, Inglaterra, Brasil, Espanha.

Em 1975, instigado por um grupo de amigos, Mony Elkaim [...] convocou uma reunião em Bruxelas durante a qual foi lançada uma “rede internacional de alternativa à psiquiatria”. [...] Propusemo-nos a conjugar e, se possível, ultrapassar as tentativas diversas inspiradas em Laing, Cooper, Basaglia etc. [...] lançar um movimento que engajasse efetivamente os trabalhadores da saúde mental e os pacientes. (Guattari, 1992: 195).

Há, portanto, vários autores que vinculam a emergência do **AT** à crítica às estruturas manicomiais, à Reforma Psiquiátrica, ao Movimento Antimanicomial. Essa aproximação se dá, uma vez que o Acompanhamento Terapêutico visa

promover a circulação pelo espaço urbano de inúmeros sujeitos, principalmente dos que estavam enclausurados dentro dos manicômios. Com isso, passa a ocorrer uma aposta no *encontro das diferenças*, de todos, para produzir processos de subjetivação variados, em todos.

O Acompanhamento Terapêutico vem ao encontro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica porque ajuda a viabilizar o resgate da cidadania de pessoas com grave sofrimento psíquico. Ao promover a circulação dos pacientes pelo espaço cotidiano, nos quais sua presença costumava ser praticamente vetada, o acompanhante coloca frente a frente o sujeito adoecido e os demais atores sociais com os quais ele passa a interagir caso não esteja mais segregado em asilos, manicômios ou até mesmo dentro do próprio lar. (Carvalho, 2004: 41).

De acordo com Sereno (1996: 05), posso “[...] localizar, na história do Acompanhamento Terapêutico, um início nos idos anos 60, com a movimentação político-ideológico das reformas psiquiátricas e as tentativas de supressão dos manicômios na Europa Ocidental e Estados Unidos”.

O acompanhamento terapêutico (AT) surgiu juntamente com o movimento antimanicomial, num momento em que se buscavam saídas mais promissoras para o tratamento das doenças mentais, principalmente as psicoses, que não o enclausuramento. (Justi, 2004).

Todavia o processo de desinstitucionalização da loucura não termina com a progressiva diminuição e/ou eliminação dos hospitais psiquiátricos e a criação do **AT**. Essa forma de desmonte da *estrutura física* e a criação de novas práticas em saúde é apenas uma parte do grande, e sem fim, processo de desinstitucionalização.

Como escreve Rotelli (1990: 63): “[...] muito pouco se dá conta que justiça e sanidade, escolas, entes e poderes locais devem desinstitucionalizar-se assim como

os manicômios, os hospícios, as casas de internação.” Ou seja, a força da desinstitucionalização ataca a “instituição” loucura, um específico conjunto de *disciplinas, saberes e práticas*. Essa é a instituição a ser negada. Rotelli (1990: 90) comenta que devemos atacar “[...] o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’”. Essas manifestações também podem servir de alerta para os acompanhantes terapêuticos, pois chamam atenção ao fato de que não basta caminhar com os acompanhados pela cidade para minar a *lógica manicomial*, nossa “livre circulação” ainda pode estar completamente presa pela perspectiva da *instituição loucura*.

Faz-se necessário repetir algo para nós óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura. Discordo daqueles que dividem os dois períodos: o período manicomial do atual, não só por aquilo que obviamente é diferente (surplus de violência, papel da periculosidade social, totalização das pessoas), mas também por aquilo que para nós não mudou: a própria essência da questão psiquiátrica. (Rotelli, 1990: 89).

Longe da Europa, impulsionadas pelas críticas institucionais e experiências mundiais de progressivo *desmonte* das estruturas manicomiais, as práticas em psiquiatria, também no Brasil, começam a ser objeto de vários tipos de análise e de constantes denúncias. Porém, antes da fortificação das críticas, no nosso território nacional, tivemos um grande *investimento* no modelo manicomial.

No Brasil, na primeira metade da década de 1960, principalmente a partir do golpe militar de 31 de março de 1964, ocorreu um forte desinvestimento, por parte

do Governo Federal, na “saúde pública”, essencialmente no que diz respeito à área da “saúde mental”. A nova estratégia era a seguinte: ampliar a construção das clínicas psiquiátricas, fundamentalmente no setor privado, contando com suporte econômico da “previdência oficial”. Conforme Gina Ferreira (2003: 176), em 1970 existiam 178 hospitais; no ano de 1978, o INAMPS (Instituto Nacional da Previdência Social) gastava 95% da sua verba com a manutenção das práticas em “saúde mental” sustentando 269 hospitais da “rede privada”.

Para se ter uma idéia mais precisa da “evolução” do número de hospitais psiquiátricos criados no Brasil dessa época, basta mencionar que em 1941 havia um total de 62 instituições, 23 do Governo e 39 privados/filantrópicos. Após 40 anos, em 1981, esse número já estava num total de 430 hospitais, 73 do Governo e 357 privados/filantrópicos.

Com a intensificação dos movimentos contra essas estruturas manicomiais, em 1997 esse número diminuiu para um total de 256 hospitais psiquiátricos, sendo 45 do Governo e 211 privados/filantrópicos.

Como escreve Coimbra (1995: 55) a “[...] década de 60 no Brasil e no mundo pode ser caracterizada como os *anos instituintes* onde pensávamos mudar o mundo, onde nossos sonhos e utopias seriam realizados”. Essas manifestações generalizadas contra a massificação subjetiva inerente ao modelo manicomial dão início aos primeiros movimentos para uma reforma brasileira.

O modelo de intervenção unicamente medicalizadora, o sistema manicomial, com a reprodução da exclusão, e o elevado índice de internações são tomados como causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos. (Ferreira, G., 2003: 176-177).

Ainda com Coimbra posso dizer que determinadas práticas “psi”, principalmente na virada da década de 60 para 1970, entraram num processo de repensar as suas atividades terapêuticas. Nesse contexto, surgem reflexões que conduzem à análise da “implicação política” dos profissionais que trabalham na área “psi”. A subjetividade passa a ser pensada “enquanto produção histórico-social” e, além disso, surgem reflexões sobre “[...] os efeitos que nossas práticas, nossos modelos e saberes estão produzindo / reproduzindo e fortalecendo no mundo.” (Coimbra, 1995: 60).

Na década seguinte, em 1986, ocorreu no Brasil a “8º Conferência Nacional de Saúde”, a qual criou as novas diretrizes do “Sistema Único de Saúde” (SUS) pautadas pela *universalidade, integralidade e democratização* da saúde. Para muitos esse foi o começo do processo que culminou com a Reforma Psiquiátrica brasileira.

O movimento pela reforma psiquiátrica tem implicado o deslocamento do espaço de atuação dos profissionais. O trabalho em saúde mental incide cada vez mais sobre um campo que é excêntrico ao hospital, inserindo-se no contexto das trocas sociais estabelecidas na comunidade local. Abandona-se o confinamento entre muros, a clausura dos gabinetes e se ocupa o bairro, a rua, a praça, a igreja, o bar da esquina. Esse deslocamento força uma mudança na postura dos profissionais envolvidos, para os quais não é mais possível manter a atitude padrão, previsível e controlada, de quem trabalha entre quatro paredes. (Palombini, 2004: 24).

Em 1987, aconteceu o “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental” que lançou o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse momento,

potencializou-se a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Nesse mesmo ano houve a “I Conferência Nacional de Saúde Mental” (CNSM), nela ficou afirmada a implantação da “Reforma Sanitária Brasileira” e aprovada a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por leitos em hospitais gerais ou por serviços alternativos à instituição psiquiátrica. Também ficou instituído o “18 de maio” como “Dia nacional da luta antimanicomial”. Nesse contexto surgiram “[...] propostas que implicam a reversão do modelo hospitalar custodial através da progressiva diminuição de leitos, pautando, assim, uma política de desinstitucionalização que viria a se desenvolver adiante.” (Ferreira, G., 2003: 177).

No final da década de 1980, no “II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental”, em dezembro de 1987, configurou-se o campo de forças que deu a possibilidade de criação definitiva do “Movimento da Luta Antimanicomial”, o qual congrega inúmeros profissionais da área da saúde, principalmente mental, usuários desses serviços e seus familiares. Esse movimento...

[...] surgiu a partir da inquietação e indignação de alguns trabalhadores de saúde mental que não podiam suportar o flagrante desrespeito e violação dos Direitos Humanos e as aviltantes condições de “tratamento” a que estavam submetidos os chamados loucos. Esse movimento traz a marca de uma ruptura, sustentado numa ética de compromisso que ultrapassa a lógica da racionalidade, do Estado capitalista, ancorado em mecanismo de opressão de instituições totais destinadas às pessoas consideradas minorias e mais “frágeis”. (Souza, 2003: 144-145).

Esse movimento tem a característica de ser regido pelos próprios usuários dos serviços em saúde mental que colocam em xeque as “intervenções terapêuticas” as quais são submetidos. Tem como foco de problematização o exercício constante de

luta contra toda e qualquer forma de opressão e *massificação subjetiva*. Além disso, é um “[...] movimento de toda a sociedade, que busca a ruptura da cultura manicomial presente na nossa organização social, na institucionalização dos indivíduos, de seus desejos e de suas manifestações mais singulares.” (Souza, 2003: 150). Para Lobosque (2001: 24) o “[...] Movimento Antimanicomial é um exemplo de invenção política contemporânea que articula ação política à subjetividade.” Esse movimento produz forças fundamentais que transformam não só a imagem que se tem dos usuários, mas as próprias disciplinas que trabalham com os mesmos, inclusive a prática do Acompanhamento Terapêutico.

[...] Luta Antimanicomial, movimento este que produziu alterações significativas nos estatutos de conduta médicas, psicológicas e jurídicas no Rio Grande do Sul e no Brasil. Entendemos que o Acompanhamento Terapêutico constitui-se como dispositivo complementar e que contribui para a efetivação destas (da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial) e, neste sentido, tem estreita ligação para com estas. (Pelliccioli; Guareschi; Bernardes, 2004).

Após 11 anos da Lei italiana, surgiu, no Brasil, em 1989, o projeto de Lei 3657/89, o qual trata da “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Esse projeto foi de autoria do então deputado federal Paulo Delgado (PT).

Em 1992, na “II Conferência Nacional de Saúde Mental”, foi declarado um dever “efetuar a desinstitucionalização de todas as instituições com características manicomiais”. Nesse momento, foi aprovada a criação de uma “Rede de Atenção Integral em Saúde Mental” em substituição ao Hospital Psiquiátrico.

No dia 07 de agosto de 1992 foi aprovada a Lei Estadual 9.716, a qual:

Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. (Governo do Rio Grande do Sul, 2000: 63).

Finalmente, em 06 de abril de 2001 ocorreu a aprovação da Lei Federal 10.216, da Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual estabelece uma diretriz *não asilar* para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país. Contudo o processo da Reforma Psiquiátrica não acaba com a criação dessa Lei Federal¹³. Esse movimento estende-se por todo o tecido urbano com a implicação de vários setores da sociedade. Nesse sentido, vale destacar a atuação do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o qual vem agindo na luta contra a impunidade, fim dos manicômios e defesa da vida. Um exemplo dessa atuação: a “Comissão de Direitos Humanos” do CFP apresentou denúncias, em 2004, ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) sobre o que vem ocorrendo no “Hospital Psiquiátrico Milton Marinho”. Todas as manifestações do CFP foram *comprovadas* pelo Denasus. Ou seja, a denúncia dos psicólogos virou “relatório de Auditoria do poder público” afirmando que há *violência e morte* (com culpa) no manicômio citado.

¹³ A luta pela ampla desinstitucionalização da loucura não pode ter fim, pois a vontade de retomar a *lógica manicomial* ainda não morreu. Por exemplo, no Rio Grande do Sul, primeiro Estado brasileiro a instituir uma medida legislativa que trata da Reforma Psiquiátrica (Lei Estadual nº 9.716/92), surgiu a retomada de um Projeto de Lei (PL nº 40/2005) que tenta liberar a criação de novos Hospitais Psiquiátricos. Não é de se estranhar que esse PL tenha sido proposto pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), entidade que deseja *institucionalizar pacientes e estabelecer hierarquias* entre profissionais da saúde. Conforme informações no site da referida entidade: “O Projeto, proposto pelo SIMERS, tinha originalmente a liderança do então deputado Sanchotene Felice, que deixou a AL [Assembléia Legislativa] para assumir como prefeito de Uruguaiana. Por isso, a proposta havia sido arquivada no término de 2004.” (SIMERS, 2005). Atualmente, o deputado estadual Adilson Troca (PSDB) tomou para si a defesa desse PL do SIMERS, que, não por acaso, busca a *reafirmação da lógica médica*, principalmente psiquiátrica. Desse modo, fica absolutamente evidente que ainda hoje há médicos e políticos que desejam a institucionalização, *dos outros*.

Em 17 de julho de 2002 o mecânico Sandro Fragoso foi encontrado morto, com o corpo carbonizado e amarrado a uma cama de uma das celas-fortes do hospício Milton Marinho, da Fundação Carlindo Dantas, em Caicó, no Rio Grande do Norte. Amplamente divulgada na mídia, a morte de Sandro Fragoso foi diagnosticada, em laudo médico feito pelo Dr. Salomão Gurgel (ex-deputado federal e responsável técnico do Hospital Psiquiátrico Milton Marinho), como decorrente de suicídio. A polícia técnica do Rio Grande do Norte, entretanto, concluiu que o incêndio que matou Sandro foi criminoso e provocado por terceiros. (Conselho Federal de Psicologia, 2004: 08).

1.2. A invenção do AT

Nessa relação de forças, de questionamento das estruturas manicomiais, surge a prática do Acompanhamento Terapêutico e suas múltiplas funções. Essas “funções” podem ser enumeradas de acordo com a manifestação do observador que interpreta a sua emergência. O **AT** pode ser: uma *prática de integração*, uma *atividade revolucionária*, uma *prática de inclusão*.

Dependendo da perspectiva, o acompanhante terapêutico pode ser visto como um serviçal burocrata (comandado pelo psicoterapeuta) que irá registrar o que ocorre fora da instituição ou como um agente que canaliza a “radicalidade” da Reforma Psiquiátrica, do Movimento Antimanicomial, do Movimento da Saúde Mental ou dos processos de Desinstitucionalização, ou seja, a emergência do **AT** se dá num campo bastante amplo: poderia ser um tipo de *terapêutica de urgência*, a última alternativa *integrativa*, como no *trabalho terapêutico auxiliar privado* com pacientes *severamente perturbados* e que não se beneficiavam com os programas de tratamentos tradicionais, mas também uma prática *que coloca em xeque as estruturas institucionais de enclausuramento*. Seria uma estratégia que divulgaria a falência das estruturas manicomiais e mostraria que o espaço urbano, a vida cotidiana tem efeitos importantes na produção subjetiva de outras realidades. Aqui estaria o “embrião” da *clínica* do **AT**: a “rua” como *dispositivo* produtor da diferença, de vida, de subjetivações várias.

Conforme essas observações já vislumbro uma complexa relação de forças, que ficará mais explícita no decorrer desse percurso:

Para alguns o **AT** surge *apenas* para acompanhar o sujeito tido como louco (e perigoso) que sai, medicado, do manicômio. Esse “doente” sai porque tem ao seu dispor um suporte de serviços (agentes e remédios) que disciplinam e mantêm o seu “comportamento adequado”, dentro de uma determinada norma.

Para outros, o Acompanhamento Terapêutico mostra a ruptura com a “lógica manicomial”, fazendo uma crítica à própria idéia de loucura e às *práticas* e *saberes* que mantinham uma específica relação de poder dos profissionais da saúde com os pacientes. Nessa perspectiva, o **AT** estaria vinculado às reformas psiquiátricas, à luta antimanicomial, à desinstitucionalização, enfim, aos múltiplos processos de subjetivação que buscam legitimar as diferentes formas de pensar, agir, viver, colocando em xeque a homogeneização da experiência subjetiva. Além disso, mostraria que as realidades são processos múltiplos de criação e não apenas de adaptações unidirecionais (apenas dos sujeitos tidos como doentes).

Como foi dito, existem várias forças que participam da constituição do Acompanhamento Terapêutico, entre elas: a criação do Hospital-Dia, com tratamentos em determinados períodos do dia; a produção dos psicofármacos, o controle químico do comportamento; a invenção da Comunidade Terapêutica, a tentativa de humanizar o hospício e manter uma crítica à hierarquização e a Reforma Psiquiátrica, a crítica radical à instituição loucura, às práticas em saúde.

Desde o início do século XX há um campo possível para a emergência do Acompanhamento Terapêutico. Carvalho (2004) menciona o trabalho do terapeuta francês Eugene Minkowsky que viveu integralmente dois meses na casa do seu paciente. “De certo modo, Minkowsky atuou como hoje o fazem os acompanhantes terapêuticos em situações de acompanhamento de tempo integral.” (Carvalho, 2004: 28-29).

Alguns autores (Antonucci, 1994 e Carvalho, 2004) citam a experiência de um “Acompanhamento Terapêutico” realizado por uma “enfermeira psiquiátrica” na Suíça, no ano de 1937. Essa enfermeira teria sido treinada por uma psicoterapeuta, Mme. Secheyay, para dar assistência à paciente Renée, que estava em análise e “internada” na casa dessa psicanalista. Nesse caso, o “AT” foi uma prática utilizada para sustentar a continuidade de um tratamento psicológico, mesmo quando a psicoterapeuta estava ausente.

Mas esses, ao meu ver, ainda são “exemplos” isolados. Outros processos podem indicar algumas das forças que conduziram à invenção do AT:

1. Nos EUA, com as intervenções na virada da década de 1940 para a de 1950, após a Segunda Guerra Mundial;
2. Com a invenção dos psicofármacos no final da década de 1940;
3. Na Escócia, em 1952, com o inglês Maxwell Jones e a Comunidade Terapêutica;
4. Na França, em 1955, na Clínica La Borde com Jean Oury e Félix Guattari;

5. Na Itália, na década de 1960, na experiência da Comunidade Terapêutica de Gorizia;
6. Em Londres, na década de 1960, em Kingsley Hall;
7. No Brasil, no início da década de 1960, em Porto Alegre;
8. No Brasil, na virada da década de 60 para a de 1970, no Rio de Janeiro;
9. Na Argentina, na virada de 60 para 1970, em Buenos Aires;
10. Na Itália, na década de 1970, em Triste, com Franco Basaglia.

Isso só para citar algumas das várias experiências que produzem o **AT**.

O que fica evidente nesse percurso é que na constituição do seu campo, o Acompanhamento Terapêutico mostrava-se como um *recurso auxiliar* para *pacientes graves*, alguns considerados “crônicos”, que ia *de encontro* a uma lógica que desejava deixar a pessoa que é rotulada de louca *apenas* dentro dos hospitais psiquiátricos. Assim, desde sua configuração inicial o **AT** mostra essa ruptura com o “modelo de saúde” que busca *isolar* dentro do hospício, controlar todas as manifestações anormais para depois “tratar”.

No final dos anos 60, aqui no Brasil, principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, a experiência antipsiquiátrica se faz notar pela proliferação das comunidades terapêuticas. Dentro dessas comunidades [...] veremos surgir uma função terapêutica específica, o Acompanhamento Terapêutico. Diria que o **AT** sintetiza a radicalidade dessas reformas psiquiátricas, já que sua intervenção ocorre fora de qualquer parede institucional - do manicômio ao consultório do analista, passando por hospitais-dia, ambulatórios, etc.: a intervenção se dá na rua, no meio da cidade. (Serenó, 1996: 13).

1.2.1. A experiência gaúcha do AT¹⁴

Nessa etapa da pesquisa, tentarei problematizar o campo de emergência do Acompanhamento Terapêutico, num primeiro momento no Brasil, com um foco inicial na cidade gaúcha de Porto Alegre.

Segundo a fala de Luiz Cezar de Oliveira Inem (apud Bustamante, 2003), Porto Alegre teria sido a “experiência pioneira” em AT no Brasil.

As primeiras comunidades terapêuticas no Brasil se formaram no final de década de 60, com o intuito de oferecer uma alternativa à psiquiatria clássica praticada até então. O primeiro registro de acompanhamento terapêutico realizado no Brasil foi em uma Comunidade Terapêutica em Porto Alegre (Clínica Pinel de Porto Alegre) aonde os acompanhantes terapêuticos que até então eram chamados de atendentes psiquiátricos, se caracterizavam por serem pessoas que não possuíam uma formação profissional específica, pertencentes ao senso comum, que se disponibilizavam a sair com os pacientes internados, pelas ruas da cidade, a fim de fazer passeios ou acompanhá-los até sua residência, para uma visita antes da alta. Este atendente era visto como alguém que era capaz de mediar o contato entre o paciente e a sociedade.

Verei alguns dos percursos que foram tomados aqui no sul do Brasil. A partir dessa “viagem” de “chimarrão, mala e cuia” poderei compor, ao final, uma idéia do *contexto* e da *prática* do AT, enquanto uma estratégia que pode ser pensada sob várias perspectivas, vários ângulos, segundo a sua paradoxal história.

¹⁴ Essa produção não tem como objetivo esgotar a história do “AT gaúcho”, apenas busca problematizar o espaço-tempo que é divulgado como a “experiência pioneira” dessa estratégia no Brasil. Ou seja, haverá uma análise do processo de criação do Acompanhamento Terapêutico, ainda no início da década de 1960, dentro da clínica Pinel de Porto Alegre. Apesar desse foco de pesquisa, deve ficar absolutamente claro que essa não foi (e não é) a única instituição que trabalha(ou) com essa atividade no Rio Grande do Sul. Como exemplo de outros locais menciono o uso do Acompanhamento Terapêutico no Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Hospital Espírita, na Pensão Nova Vida, no Cais Mental, além da fundamental iniciativa (em nível de concurso público) da criação do “cargo de acompanhante terapêutico” na cidade de Viamão, entre inúmeras outras experiências

Tomando como base de reflexão algumas entrevistas com sujeitos que participaram e ainda participam da constituição do Acompanhamento Terapêutico, e análises das produções que se debruçaram sobre o **AT**, fica evidenciada a freqüente idéia de que a configuração dessa prática deu-se de forma importante em Porto Alegre, em um primeiro momento, dentro da Clínica Pinel (ou “Associação Encarnación Blaya – Clínica Pinel”). Essa instituição foi criada em 1960 por Marcelo Blaya, após o mesmo ter finalizado sua formação em psiquiatria na “Menninger Clinic de Topeka”, nos EUA. Desde o início do seu funcionamento institucional eram ofertados serviços considerados “inovadores” para aquela época, tais como: socioterapia, grupos operativos, ambientoterapia, reuniões comunitárias, trabalho em equipe, além de ocorrer a implicação e o reconhecimento dos trabalhos desenvolvidos pelos psicólogos e assistentes sociais. Fazia parte desses “novos serviços” a prática de um específico agente, que nesse momento tinha o nome de “atendente psiquiátrico”. Essa instituição tinha como base teórica as contribuições da Comunidade Terapêutica americana, mais do que da Psicanálise. O uso de “atendentes psiquiátricos” foi trazido para essa clínica gaúcha quando Marcelo Blaya, durante a sua formação, teria ficado interessado no uso de agentes que circulavam com os loucos pelas cidades americanas.

O psicólogo Reis Neto (1995: 09) comenta que o Acompanhamento Terapêutico constituiu-se vinculado às práticas das Comunidades Terapêuticas, as quais eram “[...] influenciadas pelas idéias da psiquiatria social inglesa, da antipsiquiatria e da psicanálise e que procuravam trazer uma alternativa para o tipo de atendimento que a psiquiatria clássica oferecia aos chamados doentes mentais”.

Com isso, o **at** seria um *agente auxiliar* que trabalharia no sentido de colocar em ação os programas de tratamento que eram elaborados pelo psicoterapeuta e/ou pela equipe de saúde, por isso o nome “atendente psiquiátrico”. Usaria intervenções para fazer com que os pacientes vivessem uma adaptação mais rápida ao meio urbano, para isso tinham de construir um *meio adaptado* dentro da Comunidade Terapêutica para que ocorresse a aprendizagem de determinadas condutas (pelo paciente) que deveriam ser executadas também fora dali. O **at** seria um *agente integrador* que circulava como um “atendente grude” pelo tecido urbano. A expressão “atendente grude” era utilizada pelos psicólogos e médicos da Pinel para falar da função do “atendente psiquiátrico”. “Grudar” para evitar que o inusitado se faça presente; impedir que o paciente morra, mate ou agrida. Sobre o uso do “atendente grude” o psicólogo Edilson Pastore¹⁵ diz o seguinte: “Quando o risco é de agressão ou de suicídio o **at** fica colado no paciente. Porque, ou o paciente ficava contido mecanicamente ou o paciente fica com o **at**. Quanto mais tempo ele passasse com o **at** descontido melhor. Muitos pacientes ficavam com o **at** 24 horas. Tinha o risco de suicídio então qualquer objeto que viam tentavam contra si.”

Na Pinel, o **at** realizava a sua atividade apenas com a prescrição de um médico, ou como diz Edilson, “o paciente tem sempre, necessariamente, um médico psiquiatra que indica o **AT**. O **at** ia na casa do paciente e ficava executando atividades que tinham sido previamente combinadas com o médico.”

¹⁵ Psicólogo e supervisor clínico, também em Acompanhamento Terapêutico, que entrevistei em 26 de junho de 2004 na Clínica Pinel de Porto Alegre, RS.

Essa “nova figura” porto-alegrense irá cuidar do paciente, tanto dentro quanto fora do hospital, o tempo inteiro, em vários espaços, desde a higiene à psicoterapia, do esporte à alimentação. O “atendente psiquiátrico” exercia uma função muito parecida com a do enfermeiro, mas não tinha uma ação idêntica. Nessa instituição...

[...] não havia enfermeiros e podemos supor que a função que o atendente desempenhava, de alguma maneira dava conta da que antes era cumprida pelo enfermeiro tradicional, embora não se resumindo a esta. A Clínica Pinel oferecia as possibilidades de internação e hospital dia ou noite. Era uma clínica particular, que atendia uma população de pacientes composta em sua maior parte por psicóticos, adultos. (Reis Neto, 1995: 16).

Dentro dessa instituição os pacientes tinham uma série de atividades (pré)montadas, com hora marcada (grupos operativos, lazer, praxiterapia, alimentação, higiene, terapia, etc.) e o “atendente psiquiátrico” era um pólo central através do qual, pelo vínculo, os internos iam progressivamente sendo encaminhados, acompanhados até as atividades. O “atendente” era uma referência fundamental para sustentar o funcionamento nessa perspectiva, sua *função* era direcionar os doentes para que os mesmos executassem a programação institucional de mudança de comportamento.

Nessa lógica, há uma forma específica de ver a loucura: ela seria o “resultado” das “contradições do meio” assimiladas, ou representadas, pelo louco. Aceitando essa afirmativa, como tratamento teria a criação, ou (re)estabelecimento, de relações mais “saudáveis”. Assim, buscava-se o progressivo abandono (por parte do paciente) dos “antigos padrões de interação” (doentes). Há também os que dizem que “[...] na Clínica Pinel, o acompanhamento parece ter surgido para dar a esta um toque de ‘Comunidade Terapêutica’.” (Reis Neto, 1995: 14).

Nessa época, no exercício da função de “atendente psiquiátrico” havia, em sua grande maioria, estudantes de Medicina e/ou Psicologia, os quais, com a prática do Acompanhamento Terapêutico, cumpriam uma parte da sua *formação clínica* – “estágio supervisionado”, ou ainda alguns sujeitos sem formação superior que ficaram sabendo, através de um anúncio de jornal, que existia mais uma atividade remunerada na área da saúde: o “atendente psiquiátrico”.

Segundo a fala de um “atendente psiquiátrico leigo”, sem formação médica ou psicológica (citado por Reis Neto, 1995) o trabalho na Pinel era sempre focalizado na circulação pela rua, tentando “descaracterizar esta ‘coisa’ psiquiátrica”; esses agentes tentavam “não fazer do paciente um paciente, mas uma pessoa”. Esse “**at** leigo” comenta que trabalhava apenas com a “parte sadia” do paciente, pois aos atendentes era vedado “trabalhar com a doença”. Desse modo, tinham apenas uma “conduta de contenção”.

Através dessas manifestações, é possível identificarmos três aspectos presentes na constituição inicial desta prática: o primeiro estaria relacionado à necessidade de criação de um “meio saudável”; o segundo, a uma perspectiva de *promoção de saúde*, ao invés de uma ênfase exclusiva no *tratamento do patológico*, e o terceiro, à intenção de criar uma *relação de poder* específica, na qual, de um lado, encontra-se o psicoterapeuta (que cura) e, de outro, o seu auxiliar (que ajuda no cumprimento de determinadas diretrizes clínicas). Assim, o “atendente psiquiátrico”

seguiria as ordens de “grudar no paciente” para que o psicoterapeuta fizesse a intervenção que de fato promoveria a saúde do mesmo.

Segundo Edilson Pastore, hoje os **ats** da Pinel “[...] são técnicos de enfermagem que recebem um treinamento especial para os riscos da atividade psiquiátrica.” Quando há a necessidade de um trabalho em Acompanhamento Terapêutico que exija as intervenções de um graduado em Psicologia ocorre o encaminhamento para os profissionais que faziam parte da antiga equipe e do grupo de estudo em **AT** que era mantido por Pastore na década de 1990. Esse psicólogo também aponta para uma alteração na demanda ao serviço de **AT** dessa instituição, que “[...] passou dos anos 90 para um coisa mais de risco, de suicídio, de homicídio, de agressão ou de exposição moral onde o **at** era usado mais como uma ‘figura de guarda’, para uma coisa progressivamente mais terapêutica, até preventiva [...] dá para notar uma diferença clara entre a década passada e essa década com relação ao encaminhamento, não só para casos graves, mas também para outras finalidades que não se restringem ao *setting* terapêutico do consultório.”

Ao retomar as forças que vão produzindo o campo de constituição do Acompanhamento Terapêutico, percebo que essa prática está atravessada por determinadas disciplinas da área da saúde, principalmente pela Psicologia, Terapia Ocupacional, Medicina e Enfermagem. E mais, essa atividade constitui-se para dar conta de uma nova perspectiva de tratamento, a qual coloca o sujeito tido como louco em outro patamar, causando, assim, mudanças importantes também na imagem do profissional da saúde e das suas instituições.

É nesse campo de algumas *disciplinas*, no seu questionamento e com a perspectiva de dar voz aos *saberes*, mesmo que ainda de forma modesta, dos loucos e de outros sujeitos não graduados na área da saúde que irá emergir o “atendente”. Ou seja, o “atendente psiquiátrico” vem também das Comunidades Terapêuticas como uma atividade que coloca em xeque as “identidades profissionais” que até então estavam instituídas. A “formação” desses **ats** dá-se na própria Comunidade Terapêutica, e na sua comunidade, no seu viver cotidiano, no seu bairro, com isso, não havia o requisito de uma formação acadêmica.

Conforme Reis Neto (1995), o que era exigido desse “acompanhante terapêutico” seria “[...] mais próximo ao saber do ‘homem das ruas’, balizado pelas diretrizes mais objetivas que lhe serão fornecidas no interior da própria clínica”. E mais, segundo esse psicólogo, uma das experiências que poderia ter servido como inspiração para a criação do “atendente psiquiátrico”, poderia ter sido aquela em que eram chamadas as pessoas da própria comunidade extra-hospitalar para servirem como “elos na reintegração” do paciente. Nesses casos o importante não era a “cultura acadêmica” (teórica e técnica), mas abordar a “doença mental” por uma perspectiva “político-social”. Desse modo, o “atendente” seria o “homem da rua” que gradualmente foi sendo incorporado a uma equipe terapêutica. Diria que o **at**, nesse sentido, é a institucionalização do “homem da rua”. Ainda hoje, muitos psicoterapeutas lidam com o **at** como se ele ainda fosse esse “homem da rua”, sem “cultura universitária”, apesar de já existirem inúmeras produções acadêmicas

(monografias de graduação, especialização, mestrado, doutorado) que abordam essa estratégia.

Ao meu ver, não há como afirmar que a “experiência AT” de 1960 em Porto Alegre tenha sido a primeira, não com as fontes que estão disponíveis hoje. Todavia esse resgate e problematizações servem para colocar “mais lenha na fogueira” e, quem sabe, criar mais curvas sinuosas nas tentativas de colocar um caminho bastante linear na história dessa “prática andarilha”.

Sem dúvida posso dizer que a “experiência AT” de Porto Alegre rendeu alguns “frutos” e produziu “férteis sementes”, como as que “brotaram” no Rio de Janeiro, para ser mais exato em novembro de 1969, quando, num bairro da zona sul chamado Humaitá, iniciaram os trabalhos da Clínica Villa Pinheiros. Essa instituição foi criada por profissionais “[...] inspirados na experiência da Clínica Pinel de Porto Alegre” (Reis Neto, 1995: 31). Porém, no Rio de Janeiro surgiu um *novo nome* em um *novo espaço* com um *referencial teórico distinto*: emergiu o “auxiliar psiquiátrico”, com uma influência mais para o lado da teoria psicanalítica do que da experiência da Comunidade Terapêutica americana.

A Clínica Vila Pinheiros foi a primeira instituição no Rio de Janeiro a se utilizar da função de auxiliar-psiquiátrico no atendimento a pacientes diagnosticados como psicóticos. Ela funcionou desde 1969 até 1976. Seus pacientes tanto podiam estar internados, quanto em regime de hospital-dia. Recebiam atendimento psiquiátrico da própria clínica, além da assistência prestada às famílias através dos setores de psicologia e assistência social. A equipe de auxiliares-psiquiátricos, com curso e estágio feitos na própria clínica, dava assistência permanente (24 horas por dia) às pessoas ali internadas. Essa equipe era composta, em parte por estudantes de psicologia e medicina e, em parte, por pessoas interessadas em se profissionalizar. (Ibrahim, 1991: 43).

De volta ao sul, posso afirmar que desde o início da década de 1960, aqui em Porto Alegre, a *prática* e a *teorização* no/do Acompanhamento Terapêutico vem gradualmente crescendo, ocupando novos espaços. Por exemplo, hoje temos o **AT**, enquanto estratégia, em vários pontos da rede dos serviços da área da saúde não só no “setor privado”, mas também no “setor público”, ou seja, “[...] de um recurso para intervenção na área da psicopatologia ele passa a ser, também, *dispositivo* complementar ou substitutivo para trabalhar com serviços de saúde pública.” (Pelliccioli; Guareschi; Bernardes, 2004). Com isso, vem crescendo a oferta do ensino do **AT** nas clínicas privadas, universidades (em nível de extensão), além de experiências importantes de “qualificação” destinadas aos servidores do Estado do Rio Grande do Sul.

Para se ter uma idéia de uma experiência de capacitação de trabalhadores de saúde mental, que ocorreu entre 1999 e 2002, basta mencionar o curso oferecido pela “Escola de Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul”. Esse curso foi direcionado aos trabalhadores de nível médio, sem formação universitária, da rede pública. Chamava-se “Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico”, tinha a duração de 08 meses e ocorreram, ao total, 03 edições. Esse processo de reflexão sobre o **AT** contou com aulas ministradas para 120 trabalhadores e 30 serviços da área da saúde. A terceira, e última edição, finalizou-se em janeiro de 2003.

Esse curso de **AT** desenvolvido em Porto Alegre tem uma grande história antes da sua constituição, ou implementação em 1999. É um acontecimento que

apontou para a necessidade de pensarmos sobre as nossas *práticas*, sobre os trabalhadores da área da saúde, sobre outras ações de cuidado, e o uso do **AT** como uma estratégia e não apenas como uma “profissão” de um “agente independente” e “formado” em Acompanhamento Terapêutico.

Esse curso certamente tem uma história que começa muito antes da sua criação, com um movimento que há mais de vinte anos luta para modificar a realidade do atendimento em saúde mental no País. Os avanços desse movimento resultaram na criação de serviços substitutivos ao hospital, transpondo para os espaços abertos da cidade o atendimento que antes ficava confinado no interior do manicômio. Na medida em que o trabalho em saúde passava a interagir com a cidade, o modo de atuação do conjunto de disciplinas e hierarquias envolvidas se via afetado. [...] Todos passam a se ocupar da circulação social dos seus usuários. Todos, em algum momento, se fazem acompanhantes terapêuticos, estabelecendo pontes e possibilitando passagens entre a referência institucional para um determinado sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos aos quais agora ele passa a ter direito. (Palombini, 2003: 159-160).

Hoje, com o atual Governo do Rio Grande do Sul, o “Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico” não está funcionando. Porém, ainda há a esperança de que essa experiência possa ser novamente colocada em ação. Seria ótimo se não precisássemos esperar até as próximas eleições estaduais para ocorrer essa possível reativação e retomada do “projeto **AT**”¹⁶.

Atualmente, o Acompanhamento Terapêutico em Porto Alegre e outras cidades brasileiras está sendo pensado para além de uma *prática* de tratamento de “doentes mentais”, contando, inclusive, com várias produções acadêmicas que falam da sua *clínica* e das intervenções em outros contextos, alguns considerados ainda inusitados. O campo do **AT** está, portanto, em crescente expansão e seu futuro é

¹⁶ Para saber mais sobre essa importante iniciativa pública de qualificação em Acompanhamento Terapêutico basta consultar as produções da psicóloga gaúcha Analice de Lima Palombini (2003 e 2004).

imprevisível, pelo menos aqui no Brasil, onde essa estratégia é amplamente usada e criada. Com diz Chnaiderman (2004: 14): “[...] o acompanhamento terapêutico questiona o mundo contemporâneo ao propor formas inusitadas de ocupação do espaço urbano.”

Apesar dos avanços atuais, espero que o AT cada vez mais se firme como uma estratégia substitutiva de intervenção na área de saúde mental. Não apenas uma prática realizada por profissionais em início de carreira e estudantes, ambos plenos de entusiasmo e disponibilidade para experiências desafiadoras. Mas, acima de tudo, como um trabalho de clínicos experientes, baseado em formação sólida e aprimoramento constante. Sem querer criar escalas simplistas de hierarquia clínica, diria que enquanto para algumas pessoas a psicoterapia nos moldes tradicionais constitui o tratamento indicado, para outras, o Acompanhamento Terapêutico é o que traz possibilidades de renovação da vida. (Coelho, 2004: 13).

Apesar de ser problematizada, cada vez mais intensamente, essa prática não é uma *profissão regulamentada*, mas um recurso usado por inúmeros sujeitos de várias graduações e distintos referenciais teóricos.

O AT não constitui um campo de saber específico, mas uma prática, para a qual confluem múltiplos saberes. Não é uma profissão regulamentada. Embora venha sendo incorporado com sucesso ao campo profissional da psicologia como uma modalidade terapêutica própria, seu exercício não pode ser circunscrito a esse campo. (Palombini, 2004: 87).

1.2.2. A experiência argentina do AT

E na Argentina, *como está e como se deu* o campo de invenção do Acompanhamento Terapêutico?

Antes de mapear alguns elementos do contexto histórico da “experiência **AT**” na Argentina é fundamental levar em consideração as observações dos argentinos Pulice e Rossi (1997: 14). Eles escrevem que não existe atualmente precisão sobre o começo dessa prática na Argentina, o que há *são distintas versões* sobre isso. Serão justamente essas *versões* que irei percorrer para compor o “mapa **AT**”. E mais, esses autores dizem que os motivos e as concepções com as quais essas idéias foram orientadas, muitas vezes foram bastante às cegas. Comentam que o **AT** surgiu a partir de um marco conceitual e de trabalho terapêutico que produziu, em nível mundial, o desenvolvimento dos Hospitais-Dia na área da saúde mental. Esse processo pode ser situado historicamente na mesma época da Segunda Guerra Mundial, e que na Argentina teve seu auge a partir da década de 1960.

As argentinas Schneeroff e Edelstein (2004) e Mauer e Resnizky (1987) têm outra opinião sobre esse resgate histórico, pois afirmam que a criação do Acompanhamento Terapêutico deu-se em 1971 na Argentina dentro do “Centro de Estudio y Tratamiento de Abordaje Múltiple em Psiquiatria” (CETAMP). Como veremos a seguir, nessa “hipótese de criação”, temos uma outra “história do **AT**”, na qual o Acompanhamento não seria necessariamente um “crítico radical” da estrutura manicomial, mas um “ajudante” que nasce dentro de uma instituição para dar conta

do que outras práticas não davam, no sentido da adaptação do paciente. Além disso, o uso do **at** (antigo “amigo qualificado”) seria uma “solução” para lidar com a falência de algumas instituições psiquiátricas.

Hacia fines de la década del sesenta formalizó Eduardo Kalina el concepto de “Amigo calificado”. Constituyéndose en la cara amable de la psiquiatría, solucionando las falencias de muchas instituciones psiquiátricas. (Schneeroff; Edelstein, 2004: 26).

Nessa perspectiva, o atendente seria um auxiliar, um “agasalho humano” com função de contenção, que segue diretrizes claras e predeterminadas, além de nunca tomar a frente da intervenção.

A contenção é a primeira e fundamental função do acompanhante terapêutico, qualquer que seja o momento do processo em que se acham os pacientes. Deve oferecer-se como suporte tal qual um “agasalho humano”. (Mauer; Resnizky, 1987: 40).

Segundo Schneeroff e Edelstein (2004: 29), o acompanhante terapêutico não psicoanalisa, não interpreta, não diagnostica nem dá alta. Isso deve ser feito por um profissional ou equipe psicoterapêutica. Além disso, Mauer e Resnizky (2003: 84) escrevem que, em realidade, frente a uma situação na qual o paciente resiste a aceitar a seu acompanhante terapêutico, é a equipe tratante que deve fazer-se cargo de pensar e tentar decidir do que se trata. Conforme informações divulgadas no site da “Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Bahía Blanca”, no seu “Código de Ética AT”¹⁷, o encaminhamento deve sempre vir do médico ou do psicólogo, já que “um acompanhante terapêutico não pode trabalhar sem a autorização de um médico ou psicólogo”. Por fim, Mauer e Resnizky (1987: 52, em nota de rodapé) sentenciam:

¹⁷ “Código” disponível, na íntegra, dentro do site dessa “associação de AT argentina” no endereço

“O **AT** não é chamado a teorizar sobre a sua tarefa mas só poderá cumpri-la se estiver teoricamente capacitado.” Em outras palavras, o **at** depende de um psicoterapeuta “teoricamente capacitado”, o “dono do saber”, para problematizar a sua “própria” prática terapêutica.

Esses argentinos que proclamam uma específica hierarquia na área da saúde não estão sozinhos na América Latina; aqui no Brasil também há produções que vão nessa mesma direção e colam o acompanhante terapêutico como um auxiliar que deve seguir diretrizes preestabelecidas de outro profissional ou equipe. Nessas perspectivas, tanto argentinas quanto brasileiras, o **at** não analisa, não interpreta, não teoriza, não recebe diretamente os encaminhamentos, não diagnostica, não dá alta, não existe sem a presença de outros “doutores”.

O **at** é o profissional ou estudante, cuja função não compreende analisar o caso e decidir quais as atividades e procedimentos utilizar na sua intervenção. Suas ações são, necessariamente, subordinadas às decisões anteriormente elaboradas pelo profissional ou equipe com/ao qual trabalha. (Zamignani; Wielenska, 1999: 160).

Já o psicólogo argentino Franco Ingrassia (2002: 61) não concorda com essa hierarquização. Na sua opinião o **AT** não é menos, nem mais, nem uma alternativa à Psicanálise. É outra coisa, que pode existir na articulação intradiscursiva com outras práticas. E, além disso, o Acompanhamento Terapêutico não se realiza com prescrições de um psicanalista. Por fim, Ingrassia salienta que devemos pensar um tipo de relação não-hierárquica entre práticas que sustentam o mesmo discurso de maneiras diferentes.

Apesar de irem em sentidos diferentes, essas constantes comparações entre o **AT** e outras disciplinas têm algo em comum: participam do movimento para a “regulamentação oficial” dessa *prática* como uma *profissão*, pelo menos no território argentino¹⁸. A primeira tentativa nesse sentido ocorreu em 1995, quando Gustavo Rossi, Gabriel Pulice e Frederico Manson apresentaram um projeto para a criação do curso superior de Acompanhamento Terapêutico na Faculdade de Psicologia da Universidade de Buenos Aires (UBA). Apesar desse projeto ter sido aprovado, com algumas modificações, pelo “Conselho Diretivo” da UBA, até hoje não está em funcionamento. Contudo a “luta continua”. Para alcançar essa “regulamentação oficial” os acompanhantes argentinos estão fortificando a delimitação de *uma* definição, *específicas* “funções terapêuticas” e divulgando a *eficácia clínica*¹⁹ do **AT**.

Nos alienta en esta tarea la convicción acerca de la necesidad de brindar una formación y una legitimación académica a una actividad que, desde hace aproximadamente treinta años, viene desarrollándose en nuestro país sin una consecuente inscripción en el ámbito universitario; siendo – paradójicamente – una de las vías privilegiadas de inserción laboral y de aproximación a los primeros pacientes, tanto para estudiantes avanzados como para un gran número de psicólogos que inician su actividad profesional. (Pulice; Rossi, 1997: 10).

Essa *posição* dos **ats** argentinos, que buscam um reconhecimento profissional numa graduação específica, contrasta com a prática brasileira: nela o Acompanhamento Terapêutico é uma *estratégia clínica*, utilizada na sua grande maioria por graduandos ou graduados em várias áreas (alguns técnicos²⁰), os quais

¹⁸ As produções de Cossi (2002) e Graiño (2002) rumam nesse sentido; ambos são exemplos de sujeitos que buscam instituir o **AT** não como uma estratégia ou uma prática, mas como uma *profissão* na “área da saúde”.

¹⁹ O título de um dos livros sobre o **AT** argentino é significativo: “Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico”. (Manson; Rossi; Pulice, 2002).

²⁰ Como no exemplo, já divulgado, do “Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento

mostram, em tese, uma abertura à criação de intervenções, podendo, inclusive, interpretar.

O acompanhante interpreta o sujeito nos momentos onde a concretização da montagem da cena se interrompe e exige sua intervenção através de ações [...] Muitas vezes a “interpretação” se faz através de um gesto que complementa ativamente o que está sendo feito, e que libera o sujeito para continuar se aproximando da cena imaginada e algumas vezes o acompanhante se vê confrontado a tomar atitudes inéditas em seu repertório. (Porto; Sereno, 1991: 29).

Surpreende que, ainda hoje, o **at** é colado, por alguns, numa *posição de auxiliar* (que não interpreta, atua apenas com o encaminhamento dos “doutores”, segue as regras do psicoterapeuta, etc.), em uma perspectiva *assistencial*, apesar de lidar com os pacientes do “final da linha”, aqueles “resistentes” que não se beneficiaram com nenhuma das outras abordagens terapêuticas. Apesar de ser visto como uma *prática auxiliar*, o **AT** é tido como a “salvação”, a *medida final de integração*.

O tratamento do paciente psicótico é tão complexo que os recursos terapêuticos terminam por serem sempre insuficientes. A inclusão de acompanhantes como agentes terapêuticos novos no campo da saúde mental responde à necessidade de projetar uma abordagem mais integral da psicose. (Mauer; Resnizky, 1987: 51-52).

Enfim, se esta data, 1971, for tomada como “verdadeira”, essa prática, ou melhor esse “nome” argentino (Acompañamiento Terapéutico), hoje está com 34 anos de idade. O **AT**, no seu “batizado”, recebeu a denominação de “amigo qualificado” dada por Eduardo Kalina, o qual, após algumas críticas, resolveu chamar de Acompanhamento Terapêutico.

Terapêutico”, ministrado para trabalhadores de “nível médio” da rede gaúcha de saúde pública. Além disso, há o trabalho dos “técnicos de enfermagem” na clínica Pinel de Porto Alegre, RS.

No seu livro de 1985, lançado no Brasil dois anos depois, Mauer e Resnizky (1987: 39) escrevem: “A história do papel do A.T. tem aproximadamente quinze anos. Numa primeira etapa, Eduardo Kalina optou por chamá-lo de ‘amigo qualificado’”.

Após esse rótulo, vários outros foram criados em vários países. Nesse momento, posso citar apenas alguns, já que esses “nomes” estão a todo momento sendo produzidos, assim como o fazer dessa prática. Lá vão alguns: “ego auxiliar”, “seguimiento terapéutico”, “field worker”, “clínica *na* rua”, “auxiliar psiquiátrico”, “amigo qualificado”, “rent-a-friend”, “clínica *da* rua”, “social worker”, “clínica ampliada”, “clínica *da* cidade”, “therapeutic follow-up”, “clínica itinerante”, “atendente grude”, “clínica implicada”, “acompanhante domiciliar”, “clínica polifônica”, “clínica do espaço”, “terapeutas sociais”, “clínica do cotidiano”, “fazer andarilho”, “clínica em movimento”, etc.

Segundo David Cooper, os “terapeutas sociais” seriam jovens “sensíveis” dispostos a acompanhar “desintegrados”, sem medo de prejudicar o seu futuro profissional:

[...] terapeutas sociais (pagos como Assistentes de Enfermagem) jovens sensíveis, freqüentemente de formação universitária (e freqüentemente julgados pelos funcionários regulares como um tanto malucos, se não inequivocamente corrompidos), os quais seriam capazes, sem ter de se preocupar com um futuro na carreira de enfermagem, de se permitir a aproximação à experiência dos pacientes desintegrados. (Cooper, 1989: 142).

Alguns desses nomes continuam sendo utilizados ainda hoje por determinados acompanhantes terapêuticos, agora como uma maneira de lidar em determinadas situações; ou seja, em alguns casos esses nomes são retomados, quando o são, para indicar uma possível “ferramenta clínica”, ou uma *função* do/no AT. Por exemplo, o acompanhante terapêutico exercendo a *função* de “ego auxiliar”.

Para saber um pouco mais sobre o “batizado” do Acompanhamento Terapêutico entro na escrita de Mauer e Resnizky:

Em 1971 começamos a trabalhar numa equipe especializada nas denominadas terapias de abordagens múltiplas. Esta equipe tomava a seu cargo pacientes severamente perturbados que, em geral, procuravam as consultas em momentos de crise. [...] o papel do acompanhante terapêutico teve suas origens na Argentina [...] Numa primeira etapa, Eduardo Kalina optou por chamá-lo de “amigo qualificado”. A mudança de denominação não foi um fato trivial. Implicou uma mudança quanto à delimitação e ao alcance do papel. [...] Quando se empregava a expressão “amigo qualificado”, acentuava-se, como é evidente, o componente amistoso do vínculo; no entanto, ao substituir-se aquela pela atual denominação, acentuou-se o que de terapêutico tinha este tipo de função. (Mauer; Resnizky, 1987: 35, 37, 39).

Deixando de lado essa opinião argentina de que foram eles os inventores do Acompanhamento Terapêutico, e não apenas do *nome*, percebo que essa prática fazia parte de uma equipe que trabalhava com “terapias de abordagem múltipla”²¹, uma equipe na área da saúde com psicólogos, enfermeiras, médicos, estudantes da área da saúde, auxiliares, etc. que tinha como base de trabalho o tratar de determinados “pacientes severamente perturbados”, e suas famílias doentes, que não se

²¹ Conforme Mauer e Resnizky (1987: 35): “Quando falamos de abordagem múltipla nós o fazemos em duplo sentido: em relação ao múltiplo sujeito da enfermidade e segundo as múltiplas formas de abordá-lo. Quando mencionamos o múltiplo sujeito da enfermidade nos referimos ao fato de que o profissional não só recebe um paciente grave em crise, mas, igualmente, uma família que também está em crise desde o momento em que não lhe bastam os recursos próprios de contenção.”

beneficiavam com outros tipos de intervenções. Além disso, os pacientes que buscavam esse tipo de acompanhamento estavam em crise.

Nessa configuração do “AT argentino”, tentava-se criar um “meio-ambiente terapêutico” para tratar os doentes. Os acompanhantes terapêuticos, enquanto “auxiliares assistenciais”, iam ao encontro do paciente para ver o que estava errado no seu cotidiano e voltavam com essas informações para serem compartilhadas com uma equipe que pensaria o que deveria ou não ser feito fora da instituição.

Ao estabelecer um contato cotidiano com o paciente, o acompanhante terapêutico disporá de informações fidedignas sobre seu comportamento na rua, os vínculos que mantém com os membros de sua família, o tipo de pessoas com que prefere relacionar-se, as emoções que o dominam. (Mauer; Resnizky, 1987: 41).

Fica claro que o “acompanhante argentino”, sob a ótica de Mauer e Resnizky, vai à rua para registrar comportamentos e emoções do paciente e fazer “anotações da realidade”: é um *escriturário assistencial*. Nesse sentido, o foco de trabalho fica canalizado na mudança do funcionamento anormal do doente. Trata-se o patológico do paciente e de sua família com o uso das informações do AT; em uma frase: o mal está no corpo do acompanhado e/ou no “corpo” da sua família. O acompanhante terapêutico seria um ser que representaria a instituição fora da instituição, um agente que *coleta informações fidedignas* e que levaria para rua, escola, casa do paciente, etc. os conhecimentos (saberes e práticas) que haviam sido pensados dentro da instituição.

Nessa perspectiva, o acompanhante terapêutico tem uma “missão”:

A missão do acompanhante terapêutico encontra sua origem numa concepção psiquiátrica dinâmica oposta à prática clássica que confina o enfermo mental com o rótulo de louco, afastando-o de sua família e da comunidade. O acompanhante terapêutico, como agente da saúde, se inscreve na corrente que busca restituir a possibilidade de diálogo com o irracional. (Mauer; Resnizky, 1987: 27).

Será que a “missão do **AT**”, tal como formulada pelas autoras argentinas, estaria em oposição à “concepção clássica” uma vez que o **at** saí pelo espaço urbano apenas para “registrar informações” e realizar a “adaptação unilateral”, a *integração* do acompanhado, do “enfermo mental”, do irracional?

Pulice e Rossi (1997: 15) dizem que podemos encontrar a origem do **AT** dentro da instituição psiquiátrica, e de uma abertura no interior dessa para outro tipo de atividade. Eles mencionam a vivência de Jorge García Badaracco²², o qual, segundo eles, trabalhava com o uso de acompanhantes terapêuticos desde a década de 1960. Badaracco diz que o **AT** é uma técnica que é utilizada há muitos anos em países como os Estados Unidos, porque *não é intrusiva nem invasiva e resulta altamente continente*. Segundo consta, nessa época, os americanos usavam o **AT** principalmente por trabalharem com a *concepção de rede* na área da saúde mental. Os clínicos americanos tiveram de inventar *novas práticas* para lidar com os “combatentes seqüelados” que sobreviveram à Segunda Guerra Mundial, finalizada em 02 de setembro de 1945.

Stagnaro, em entrevista a Pulice e Rossi (1997: 84), comenta que houveram outras intervenções como essa com *muitos voluntários e pouca conceitualização* do

²² Docente titular do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade de

que se fazia. Por exemplo, no início dos anos 1970, entre 1971 e 1976, durante ou talvez antes da “experiência Kalina”²³, no Hospital-Dia do “Carolina Tobar García”²⁴, criou-se uma técnica que se aproximava do **AT** atual. Nesse local trabalhavam estudantes de Psicologia e de Medicina que iniciaram suas atividades com o nome de “líderes de grupo”. Eles passavam muito tempo com as crianças e também saíam para realizar passeios e visitas domiciliares com o grupo de pacientes até a casa de algum deles. Viajavam pela cidade ensinando-os a orientar-se, a comprar a passagem do ônibus, a cuidar-se na viagem, a descer no bairro correspondente, a ambientar-se nele, com isso também trabalhavam com a família, amigos, vizinhos, comerciantes, etc. Esses acompanhantes executavam uma *atividade de convivência e socialização* com crianças e adolescentes psicóticos ou com “neurose grave”.

O psicólogo argentino Gustavo Rivarola (2002) coloca mais elementos nesse resgate histórico: comenta que o **AT** começou com a redefinição das práticas psiquiátricas e de saúde mental, num processo marcado pela desinstitucionalização e o trabalho interdisciplinar. Esse teria sido um momento propício para a invenção de novas abordagens. Nesse contexto, alguns enfermeiros começaram a implementar o acompanhamento terapêutico como mais uma alternativa na área da saúde, juntamente com as Comunidades Terapêuticas, o Hospital Aberto, os “espaços de reabilitação” e as “internações domiciliares”. Segundo Rivarola, com a invenção do Hospital-Dia o **AT** se transformou na sua estratégia fundamental, ou, nas suas

Buenos Aires e chefe do serviço do “Hospital J. Borda”.

²³ Maneira carinhosa como os argentinos, principalmente Mauer e Resnizky, referem-se a experiência da “equipe de abordagens múltiplas” desenvolvida por Eduardo Kalina, na qual teria sido criado o nome “Acompanhamento Terapêutico”.

²⁴ Hospital psiquiátrico infanto-juvenil, criado em 20 de dezembro de 1968, que fornecia assistência, proteção, prevenção, reabilitação e formação profissional.

palavras: “Com la creación del Hospital de Día, aunque de una manera que podría llamar-se ‘salvaje’, el acompañamiento se transformó en la estrategia individual más importante del dispositivo.” (Rivarola, 2002: 17).

Enfim, segundo as produções mais recentes sobre o Acompanhamento Terapêutico, posso afirmar que a “experiência Kalina” foi a que deu o *nome* de “amigo qualificado” e mais tarde a de “acompanhante terapêutico” a esse agente que circula pelo espaço urbano, todavia não foi *a* que deu origem, ou inventou o **AT** enquanto uma *ampla estratégia* de intervenção, muito menos enquanto uma *prática clínica*. Talvez os argentinos sejam os *pais adotivos argentinos*, no Brasil há os *pais adotivos brasileiros*, na Itália os *pais adotivos italianos*, no EUA os *pais adotivos americanos*, e assim por diante em outros territórios: Inglaterra, México, Chile, Espanha, Portugal, etc.

Com essas problematizações, identifico que os Acompanhamentos Terapêuticos constituíram-se com essa *vontade de acompanhar* o sujeito, com circulação ainda restrita, pelas ruas da cidade, pelo tecido urbano. Ou seja, o **at** buscava circular com o sujeito que estava isolado do convívio social, submetido a uma *rede de saberes*, principalmente da área da saúde. Essa idéia ainda continua sendo usada hoje em dia.

Enquanto em 1971 na Argentina ocorreu o “nascimento” do *rótulo* “amigo qualificado”, e logo depois o *nome* “acompanhante terapêutico”, no Brasil, em 1960, como vimos, já estava trabalhando, em Porto Alegre, o “atendente psiquiátrico” e

mais adiante, na virada da década de 60 para a de 1970, no Rio de Janeiro inventaram o “auxiliar psiquiátrico”, todos criando suas intervenções a partir de uma instituição de saúde mental, muitos também no modelo de Comunidades Terapêuticas, alguns com influência da Psicanálise. Na década de 1980, após inúmeras críticas aos *nomes* utilizados até então, em vários países virou consenso que essa prática seria chamada de “Acompanhamento Terapêutico”.

1.2.3. Problematicando a *prática integrativa* do AT

Nessa constante invenção de novos Acompanhamentos Terapêuticos haveria uma definição do que é essa *prática* e de qual é a sua *função*?

Como já vimos, posso afirmar que em muitas produções o **AT** está sendo pensado como um “recurso auxiliar” no tratamento de pacientes que se encontram “severamente perturbados”.

Nesse momento, tentarei colocar em evidência mais algumas fontes bibliográficas que sustentam essa visão de **AT**, além de outras, talvez até contraditórias a essa primeira idéia, fazendo um resgate de algumas produções que se debruçaram sobre essa prática para, a partir dessa visualização, criar problematizações sobre esse tipo de *formatação funcional*. Creio que através dessa pesquisa ficará explícito o quanto ainda temos pela frente na criação desse recurso de intervenção/invenção no/do espaço urbano.

Para compartilhar uma breve idéia de alguns campos dessa prática, gostaria de citar as palavras de Rossi (2002: 104-105): diz ele que o **AT** é uma ferramenta fundamental para sustentar tratamentos ambulatoriais, na assistência domiciliar, ou nas atividades de assistência individual e/ou grupal. Escreve também sobre a potencialidade do **AT** para trabalhar na inclusão do paciente no espaço comunitário, com enfoques participativos articulados a organizações intermediárias da comunidade, que ofereçam atividades educativas, laborais, sociais e recreativas.

Rossi “fala” da plasticidade do **AT**, pensado como um recurso que favorece a *integração social* do acompanhado, permite acompanhar a continuidade de uma assistência, na passagem das distintas instâncias da mesma, e facilita a articulação entre o dentro e o fora do hospital. Além disso, favorece a redução dos períodos de internação.

Para outras “andanças” nesse “percurso **AT**” entrarei nas “falas” de Mauer e Resnizky (1987), as quais, segundo a escrita de Reis Neto (1995: 14) fizeram a “[...] tentativa rara e pioneira de sistematização da prática do acompanhamento terapêutico”. Para elas o **AT** seria uma prática terapêutica *assistencial* que teria como objetivo principal *adaptar o paciente* que não se teria beneficiado de outras *abordagens terapêuticas*. Ou, nas suas palavras: “O trabalho do acompanhante terapêutico é, fundamentalmente, assistencial [...] Surgiu como uma necessidade clínica em relação a pacientes com os quais as abordagens terapêuticas clássicas fracassavam.” (Mauer; Resnizky, 1987: 37).

O acompanhante terapêutico sairia da instituição para buscar o patológico no paciente e na sua família, para estimular “o desenvolvimento das áreas mais organizadas de sua personalidade neurótica em detrimento de seus aspectos mais desajustados.” (Mauer; Resnizky, 1987: 41). E mais, dizem elas que:

O acompanhante deve tender a reforçar as defesas de adaptação adequadas e ajudar a desenvolver novos mecanismos de defesa. Isto será feito ao longo da convivência com o paciente, mostrando-lhe, por exemplo, que frente a uma situação determinada há possibilidades de reagir de modos diferentes. (Mauer; Resnizky, 1987: 56).

Conforme as escritas dessas autoras, no seu primeiro manual de **AT**, esse agente deve *reforçar a adaptação*, não de qualquer um, apenas do paciente. Ou seja, identifique, pelo menos, essas “verdades” enquanto “hipóteses a testar”:

1. O acompanhado é um ser que não está adaptado;
2. Não está adaptado por uma dificuldade sua (e/ou de seus familiares) para lidar com os outros e consigo mesmo;
3. O **at** é um agente que poderá auxiliar o psicoterapeuta na readaptação do acompanhado (e da sua família, se for o caso);
4. O contexto não deve ser problematizado, apenas aceito como “natural” e “eterno”.

De acordo com essas autoras o **at** deveria utilizar intervenções que produzam efeitos de “reforçar as defesas de adaptação adequadas”. Surgem algumas questões: com o fortalecer dos “mecanismos de defesa”, crendo que isso seja possível, não estaria “endurecendo” o viver do acompanhado (e da sua família) segundo uma específica disciplina “psi”? E mais, estaria reduzindo o fazer do Acompanhamento Terapêutico a uma atividade burocrática de produção de *controle e disciplina* de pacientes e famílias? Aqui há uma visão de **AT** como uma *prática de integração*.

Sem dúvida, posso deixar transparecer às pessoas que acompanho, se elas tiverem “ouvidos” para isso²⁵, o meu modo de lidar com a vida; de alguma maneira expresso, como dizem Mauer e Resnizky, que “frente a uma situação determinada há

²⁵ Nessa perspectiva vale a lembrança de quem comanda a narração, segundo Italo Calvino (1990: 123): “Eu falo, falo [...] mas quem me ouve retém somente as palavras que deseja [...] Quem comanda a narração não é a voz: é o ouvido”. Ou, como diz Friedrich Nietzsche (1974: 383): “[...] ninguém

possibilidades de reagir de modos diferentes”. No entanto, é importante dizer que o acompanhante não é um *especialista domador* dos encontros inusitados, alguém que sabe como agir em toda e qualquer situação e por isso deveria ser copiado. Nenhuma pessoa pode ser tomada como “ideal de ego”. Assim, mais do que almejar ser um modelo, esse agente deve ser superado. O trabalhar na cidade mostra que a vida se faz potente para além de, ou apesar de, um terapeuta com seu roteiro determinado que tenha o objetivo de “reforçar o ego” do paciente para integrá-lo socialmente.

A seguir vão as *oitos funções* do Acompanhamento Terapêutico segundo a visão de Mauer e Resnizky (1987:40-42):

1. Conter o paciente;
2. Oferecer-se como modelo de identificação;
3. Emprestar o “Ego”;
4. Perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente;
5. Informar sobre o mundo objetivo do paciente;
6. Representar o terapeuta;
7. Atuar como agente ressocializador;
8. Servir como catalisador das relações familiares.

Não é só na Argentina que ocorre a tentativa de sistematização das possíveis *funções* do **AT**, aqui no Brasil também encontra-se essa vontade. Muitos

pode ouvir nas coisas, inclusive nos livros, mais do que já sabe. Para aquilo a que não se tem acesso por vivência, não se tem ouvido”.

acompanhantes elaboram listas de funções. Divulgo algumas dessas idéias de acordo com a lista do gaúcho Eggers (1985):

A) Funções do acompanhante terapêutico com o paciente:

1. Estar próximo do paciente. Diminuir o sentimento de solidão;
2. Auxiliar o paciente a planejar, organizar o pensamento;
3. Ajudar a estruturar hábitos. Reorganizar condutas de forma mais adaptativa;
4. Auxílio em decisões. Assumir responsabilidades pelo paciente;
5. Estimular capacidades latentes;
6. Ajudar o *working through*;
7. Agir como superego. Examinar com o paciente os seus limites;
8. Operar a alta progressiva na hospitalização;
9. Atuar como ponto de contato entre o paciente e a família;
10. Manter o vínculo terapêutico quando o paciente troca de terapeuta;
11. Executar com o paciente um programa de atividades físicas e recreativas;

B) Funções do acompanhante terapêutico com a família:

12. Fomentar novas formas de comportamento no grupo familiar;
13. Atuar na família baixando o nível de ansiedade;
14. Avaliar o paciente na família, no seu meio ambiente;
15. Avaliar as condições que a família oferece para manter o paciente em seu meio;

C) Funções do acompanhante terapêutico com a equipe:

16. Indicador sensível. Informar os efeitos da psicoterapia.

Hoje, muitos terapeutas acreditam que podem ir bem além dessas *funções*, tanto argentinas quanto brasileiras, e até colocá-las em xeque. Com essas funções, vejo que essa prática era, e ainda é para muitos **ats**, tomada como um recurso de *intervenção auxiliar apenas no sujeito acompanhado*, no dito doente. Apesar de tentar escapar da *lógica do hospício*, em determinados momentos, alguns **ats**, mantêm a *intervenção cristalizada num sentido único e exclusivo*, no acompanhado a ser adaptado, o paciente como o portador e único responsável pela doença, e, além disso, mostram o *agente terapêutico como um interventor auxiliar*, “modelo de identificação” e “mandatário do psicoterapeuta”.

Há alguns trabalhos que aprofundam problematizações sobre essas *funções*; indico a leitura de pelo menos algumas páginas da produção de Pulice e Rossi (1997: 23-29). Eles colocam críticas fundamentais sobre cada uma das oito possíveis *funções* do **AT** divulgadas pelas suas conterrâneas Mauer e Resnizky (1987). De forma geral, Pulice e Rossi dizem que essas autoras dão funções para o **AT** segundo um específico *modelo médico*, aquele que elabora as atividades clínicas antes do encontro com as singulares manifestações do acompanhado e que essas são baseadas exclusivamente num *diagnóstico médico*. Dizem que essa visão está balizada segundo uma concepção da *psiquiatria clássica*, a qual acredita ser possível estabelecer previamente um saber do lado do terapeuta (e do acompanhante terapêutico), e que deixa o paciente (acompanhado) no lugar de um objeto.

Essas “verdades” não estão banidas da *área da saúde*. Ainda hoje, vive em vários discursos essa lógica da *intervenção focal* localizada no *paciente objeto* (alienado) sustentada ao máximo. As argentinas Mauer e Resnizky (1987) vão na mesma direção do brasileiro Eggers (1985: 07), o qual define o acompanhante terapêutico “como um profissional de saúde mental que só existe dentro da equipe terapêutica, com um papel complementar ao do psicoterapeuta, agindo fora do *setting* no tratamento de pacientes críticos e com uma função específica de ensinar a operar no marco social”. Essa escrita de Eggers coloca em evidência a *formatação funcional* e *existencial* do **AT**, mostrando cristalizações de atuação. Essa manifestação não leva em consideração o vasto contexto e a singular história do Acompanhamento Terapêutico, uma prática que vem ampliando seu campo de ação, mostrando inúmeras funções. Mauer e Resnizky rumam no mesmo fluxo de pensamento de Eggers, pois dizem que:

O **at** assiste o paciente em crise [...] Seu trabalho não pode cumprir-se de forma isolada. Este está sempre inscrito no seio de uma equipe. É a pertinência a ela, a identificação com o esquema referencial e as pautas de trabalho que dela emanam que permitirão perfilar seu papel com clareza. (Mauer; Resnizky, 1987: 37).

Em primeiro lugar Eggers, Mauer e Resnizky marcam o campo de atuação do acompanhante terapêutico como sendo exclusivamente o da *saúde mental*. Penso que esse é um dos possíveis campos. Desde o início de suas intervenções o **at** lida com pacientes que se encontram em crise, *também* mental. No começo da sua história profissional o **at** era convocado para trabalhar, fundamentalmente, mas não exclusivamente, com pacientes em “crise psicótica”. Após lidar preferencialmente com essas manifestações, o fazer no Acompanhamento Terapêutico foi gradualmente

ampliando-se. Nesse processo, essa estratégia começou a ser utilizada no campo da saúde de forma bastante ampla: acidentados, esquizofrênicos, paráliticos, problemas escolares, cuidados dos idosos, amputados, autistas, crises no grupo familiar, depressivos e por aí vai toda a *lista nosográfica* tanto de problemas psicológicos, quanto orgânicos e comportamentais. Hoje vejo que o campo de atuação do **AT** está expandindo-se, inclusive para além do âmbito exclusivo da saúde, podendo passar, inclusive, pela “sétima arte”, produção de filmes (Serenio, 1997)²⁶.

Outra questão é pensar que o acompanhante terapêutico “[...] só existe dentro da equipe terapêutica, com um papel complementar ao do psicoterapeuta”. Essa frase me faz pensar até que ponto consigo demarcar claramente as fronteiras das intervenções num trabalho terapêutico. Penso que há uma certa defesa de territórios de atuação. Há uma luta pela tomada de mercado também entre determinados “profissionais da saúde”²⁷.

[...] o AT não se trata somente de uma forma de auxiliar, de ajudante técnico de um determinado profissional da saúde, quer dizer, ele mesmo se coloca como um profissional e toma a frente dos tratamentos em questão. (Pelliccioli; Guareschi; Bernardes, 2004).

²⁶ A questão do **AT** e a “produção de filmes” será problematizada no decorrer dessa pesquisa.

²⁷ Como exemplo dessa constante tentativa de *defesa de territórios* tanto *políticos* quanto *econômicos* temos o Projeto de Lei nº 025/2002 criado pelo (médico) Geraldo Althoff, ex-senador pelo PFL-SC, que busca definir como ato exclusivo dos médicos o *diagnóstico* e a *indicação terapêutica*. Esse projeto, pela sua *inconsistência* e *inconstitucionalidade*, não conseguiu (até hoje) efetivar-se, mas serve para deixar clara a intenção de controle da categoria médica (representada pelo Conselho Federal de Medicina) sobre o restante da população (buscando criar a seguinte *única lógica*: medicina = saúde). Nessa perspectiva, vale essa citação: “Paralelamente à luta pela aprovação da Lei do Ato Médico, que demora, podemos minar a investida dos gestores em substituir o médico por outro profissional para baratear custos mediante portarias normativas do Conselho Federal de Medicina estabelecendo, por exemplo: proibir que a enfermeira ou qualquer outro profissional da equipe de saúde, não-médico, utilize a denominação ‘doutor’; obrigar as instituições onde o pré-natal seja realizado por não-médicos a colocar em sua porta principal, com destaque, a frase ‘o pré-natal aqui é feito por enfermeira’; proibir o médico de prescrever nos casos de parto feito por enfermeira.” (Conselho Federal de Medicina, 2003: 10).

Passei por algumas experiências no **AT**, quando ainda era graduando em Psicologia, onde as intervenções dos psicólogos, médicos, psicoterapeutas, psicanalistas foram vetadas pelo acompanhado. Nesse contexto, o Acompanhamento Terapêutico mostrou-se como uma possibilidade não complementar, ou auxiliar, mas sim *única*, num dado momento.

Para exemplificar essa situação trago a experiência “Frederico & as mulheres ruivas”. Após iniciar condutas encaradas como estranhas pela família (ficar no escuro do quarto queimando incenso; trazer gatos “vira-latas” da rua para morar dentro do seu apartamento), Frederico, hoje um jovem com 19 anos de idade, foi compulsoriamente internado numa instituição psiquiátrica, quando tinha seus 16 anos. Nela foi diagnosticado como esquizofrênico paranóide. Esse processo de internação manicomial foi bastante invasivo. Numa noite, a família, alguns “profissionais da saúde” e certos policiais invadiram a casa de Frederico, contiveram-no e levaram-no direto ao hospital psiquiátrico, onde ficou por três meses sendo “tratado” (medicado e contido). Hoje o jovem mora juntamente com os pais e a irmã mais nova. Tendo em vista esse histórico, ficou claro, para mim, os motivos de Frederico não desejar, de modo algum, chegar perto de um “profissional da área psi” (principalmente psicólogos e psiquiatras, que para ele eram a mesma coisa) e também de militares. Depois da sua saída da internação, a família tentou a aproximação de Frederico com outros psiquiatras, contudo essas tentativas foram “em vão”; nesses momentos o jovem escapava do contato com esses sujeitos minutos antes de ser chamado para adentrar no consultório. Numa dessas tentativas mal sucedidas, a mãe ficou na sala e contou ao psiquiatra o que acontecia com Frederico,

após escutar apenas essa mulher, o “profissional” receitou um remédio (sem ter contato com o jovem) com finalidade de resolver a situação relatada. O combinado ficou assim: dar remédios escondidos (diluídos na alimentação) para o “jovem esquizofrênico” (sic). Não tendo ocorrido o resultado esperado com o uso dos remédios, fui contatado por uma psicóloga, que atendia um dos membros da família de Frederico, para entrar nesse processo. Tendo em vista que os encontros com os profissionais da saúde estavam completamente vetados, até então, por Frederico, essa psicóloga pensou que eu, como **at**, poderia acompanhar clinicamente esse jovem. Nessa época, década de 1990, entrei em cena como o jovem estudante de Psicologia que era ex-radialista e que gostava muito de tocar violão. Manifestei essas minhas reais características, pois poderiam servir de recursos para criar um conversar com Frederico (que é também um grande ouvinte de rádio e tocador de gaita de boca). A nossa estratégia funcionou. Encontrei Frederico e já no primeiro contato ele começou a falar dos seus medos e desejos; dizia não saber diferenciar se havia sonhado ou não o que acontecia no seu cotidiano, além de ter medo de mulheres ruivas (sua mãe é ruiva). Dizia Frederico: “Elas jogam o espírito dentro da gente e fazem crescer pêlos ruivos que causam depressão... as ruivas fedem!” (sic). O seu medo de ruivas era tamanho que ele atravessava para o outro lado da rua se percebesse que alguma mulher com essa característica estava rumando na sua direção. E assim começou um trabalho apenas com o uso do **AT** com um sujeito que recusou outras intervenções, as quais (para ele) estavam absolutamente conectadas (Psicologia = Psiquiatria = Psicanálise = Polícia)²⁸.

²⁸ Apesar de Frederico, nesse momento, aceitar apenas o Acompanhamento Terapêutico, isso não quer dizer que os *saberes* da Psicologia, da Filosofia, da Psicoterapia e de outras ciências não se fizeram presentes nos nossos encontros. Afinal de contas, eu já era um graduando quando comecei o seu acompanhamento e essas forças efetivamente faziam parte também do meu viver. Mas para ele o **AT**

Tendo essa experiência em mente, creio que a intervenção do **AT** pode ser aproveitada tanto solitariamente quanto numa composição com outras modalidades de trabalho: Psicologia, Psicanálise, Enfermagem, Educação Física, Pedagogia, Fisioterapia, Medicina, Terapia Ocupacional, etc.

Voltando à escrita de Eggers, poderia perguntar: será que o acompanhante terapêutico deve trabalhar apenas no “[...] tratamento de pacientes críticos e com uma função específica de ensinar a operar no marco social.”? Acredito que não. Dentro da atuação em **AT**, penso que há espaço para intervenções, também, em acompanhados que não estão necessariamente em crise (psicótica). Penso que o trabalho do acompanhante terapêutico pode se dar antes, durante e depois da crise. Ou seja, não é necessariamente a crise que marca a entrada dessa estratégia, mas sim a vontade do acompanhado de tomar a “rua” como espaço para produção do novo, tendo como testemunha e parceiro de viagem um acompanhante, que também pode ser terapêutico.

Creio que não há função específica (única) no Acompanhamento Terapêutico. Corro um risco muito importante se tomar como dever apenas a *função pedagógica*; ou seja, é questionável acreditar que o **at** é alguém que “ensina a operar no marco social”. Essa frase de Eggers (1985), juntamente com a produção de Mauer e Resnizky (1987), marcam a posição de “modelo de identificação”. Acredito que esse tipo de *intervenção pedagógica* não deve ser usada como um fim em si mesma, um

era algo completamente distinto do que já havia vivido (Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise, Polícia), apesar dele saber do meu percurso acadêmico em Psicologia.

agir mecânico-pedagógico sem considerar a subjetividade. Em contrapartida, penso que esse processo pode ser importante no sentido de acompanhar, também na realização das atividades ditas rotineiras (escovar os dentes, tomar banho, vestir as roupas, amarrar o cadarço do tênis, etc.) a identificação por parte do acompanhado de que ele mesmo pode “se virar” com determinadas questões, sem necessariamente depender de alguém que execute tudo para ele, no seu lugar, eternamente. Porém, apesar de ter essa idéia da busca de experimentações várias das atividades diárias, acredito que é importante deixar claro que essa *dimensão pedagógica* não é uma *função específica* dessa prática. Esse processo poderá se dar ou não, depende do momento do acompanhado, do tipo de Acompanhamento Terapêutico que esse agente desenvolve e dos seus referenciais de trabalho.

Para pensar sobre o Acompanhamento Terapêutico também tomo a produção de Porto e Sereno. Para eles o **AT** teria como objetivo a montagem de um “guia” que possa promover a ressocialização do acompanhado.

Acompanhamento Terapêutico: 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. (Porto; Sereno, 1991: 30-31).

Em primeiro lugar gostaria de dizer que leio a palavra “cidade”, dessa frase, como metáfora (sinônimo de “rua”, ou *qualquer território possível de circulação*). Digo isso, pois penso que a prática do **AT** se dá em vários espaços, não ocorrendo apenas na cidade de concreto (mas também no quarto, na sala, na lanchonete, no sítio, no consultório, na festa, na praia, no campo, etc.). Vale lembrar que muitos

sujeitos que começam um trabalho usando a *estratégia clínica* do Acompanhamento Terapêutico não levam em conta esse detalhe da “cidade”, da “rua” como metáfora e ficam tentando “puxar para a rua” os acompanhados, desconsiderando que talvez esse *processo de circulação* não possa ocorrer do dia para a noite ou que talvez nem necessite ser trabalhado clinicamente. Ou seja, de tanto ler, escrever e escutar as palavras “cidade” e “rua” muitos agentes pensam que só farão **AT** se estiverem de fato, concretamente, “fora de casa” ou “fora do consultório”. Como escreve Palombini (2004: 72): “a constatação de que o primeiro – às vezes, por muito tempo único – cenário do **AT** é o espaço interior da casa, contrasta com a idéia corrente que situa a rua como o seu *setting* por excelência”. Já vivi experiências onde esse trabalho clínico teve de ser realizado sempre no “interior da casa” da acompanhada, pois a mesma tinha um receio enorme de ficar sozinha consigo em casa (medo da sua provável quarta tentativa de suicídio) e a circulação “fora do lar” estava totalmente preservada (cinema, amigos, shopping, bares, mercados, etc.). Nessa situação, realizei um “**AT** em domicílio”²⁹.

Espero que tenha ficado bastante claro que esse território de experimentação do Acompanhamento vai muito além de um *específico lugar*; apesar disso, penso que o *espaço* é um “grande parceiro”, um *dispositivo* produtor de intervenção, em todos. Desse modo, usando como base as problematizações já expostas, afirmo que *não é indiferente fazer AT dentro ou fora do manicômio*.

²⁹ Tive a oportunidade de analisar mais extensamente o tema do “Acompanhamento Terapêutico em casa” no artigo “A Psicologia tomando a rua como *setting*: O fazer andarilho” (Silva, A. S. T., 2003b).

Uma outra questão é pensar o Acompanhamento Terapêutico com a “[...] intenção de montar um ‘guia’”. Talvez essa montagem de um guia se dê no pensar de quem acompanha, entretanto colocar essa intenção em prática é outro movimento. Acho importante pensar até que ponto seria terapêutico esse “montar guias”. Guias para organizar as saídas, os encontros e, principalmente, os psicóticos? O **AT** serve apenas para organizar psicóticos? Quem montaria esses guias? Guias para quem? Para onde? Com que objetivo? Terapêutico para quem? O “protocolo” do Acompanhamento Terapêutico, para tratamento específico de psicóticos, deve compor “guias” que registrem determinados percursos?

Barretto, na sua visão de **AT**, comenta que essa é uma *prática clínica* que busca promover o “compartilhar” de uma “realidade”.

O acompanhamento terapêutico é 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. (Barretto, 1997: 263).

Penso que seria importante problematizar a frase “acompanhamento terapêutico é um procedimento clínico”, pois alguns sujeitos podem entender esse “clínico” como sinônimo de “psicoterapêutico”. Como comentei anteriormente, penso que o **AT** também pode ser um *procedimento terapêutico*, centrado no paciente, mas não se resume a isso. Creio que o campo de intervenção dessa atividade pode dar-se para além disso. A dimensão psicoterapêutica do **AT** pode apresentar-se também em outras intervenções, que num primeiro momento não tinham esse objetivo. Em resumo, penso que o “Acompanhamento Psicoterapêutico”

(AP) é uma possibilidade “andarilha” dessa prática. Creio que talvez fosse melhor, para tentar criar uma “realidade compartilhada”, como diz Barretto, usar as palavras *clínica política*³⁰ para pensar a estratégia do AT. Essa composição de palavras já expressa uma certa amplitude no trabalho terapêutico da/na cidade.

Barretto (1997) aponta a questão da “realidade compartilhada”, fala do criar, conjuntamente a existência no cotidiano. Acredito que nesse ponto há uma visão importante do AT. Um deslocamento do *lugar daquele que sabe tudo* e adapta o paciente, para o *lugar de um sujeito que cria e é criado* pelas forças do seu contexto em processos de subjetivações variados. Também nesse sentido, menciono a fala de Mittmann, que diz:

Acompanhar é apanhar com o sujeito os frutos que possam brotar de uma circulação pelas ruas e principalmente, por lugares estranhos para ambas as partes. É estar com esse sujeito em lugares que nunca foram seus, permitindo, então, que o que há de seu e que traz consigo possa, nesses lugares, fazer-se valer, criando uma circulação nova, dando significado e sentido ao que até então nada significava ou somente fazia parte de sua imaginação de desejo. (Mittmann, 1998: 16).

Essa citação mostra um lado importante da reflexão sobre a *circulação* do AT. Pensar o Acompanhamento Terapêutico como um processo onde ambos, acompanhante e acompanhado, possam “apanhar os frutos que possam brotar de uma circulação pelas ruas” é algo que merece consideração, divulga o quanto o *at* não é alguém que sabe de antemão todas as possibilidades que a “cidade” pode produzir. Pensar a metáfora dos “frutos da vida”, para mim, é considerar que esses frutos que tocamos, comemos, brincamos, deixamos, plantamos, cheiramos... na nossa errância podem produzir uma horta, um jardim, um sítio... um mundo onde a vida pode ser

³⁰ A *clínica política* será problematizada no decorrer dessa pesquisa.

vivida de várias maneiras. Todavia penso que não há como afirmar que esse processo de “apanhar os frutos” dará “significado e sentido ao que até então nada significava ou somente fazia parte de sua imaginação de desejo”. Será que nada significava, mesmo? Será que somente fazia parte da imaginação de desejo?

Na definição de Berger o Acompanhamento Terapêutico seria uma prática que busca trabalhar *com o isolamento dos pacientes* que demandam algum tipo de tratamento, principalmente os psicóticos. O **AT** seria uma “clínica na cidade”:

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. (Berger, 1997: 07).

Essa autora fala de uma das maiores preocupações de vários **ats**: “romper o isolamento dos sujeitos psicóticos, deficientes e outros que nos demandam tratamento”. Em muitas intervenções com o uso do **AT** encontro acompanhados (“isolados”) que estão numa outra circulação. Circulação das alucinações, dos móveis do quarto, da maneira de deitar na cama, pelos canais da televisão, pelas folhas das revistas, sites, livros, jornais. Parece que a simples chegada do acompanhante terapêutico no território do acompanhado produz outras forças, outras possíveis circulações. A presença de outro junto do acompanhado produz algo de diferente, que pode ou não ser terapêutico; tendo isso em mente, fica clara a importância de pensar que a ética do **at** está a todo momento em questão. O novo rosto que surge, o cheiro, as roupas, a voz, a maneira de pensar, olhar, comportar-se... poderá promover o processo de circulação em outros territórios, alguns inéditos.

Que territórios? Os possíveis. Eles podem ir transformando-se, do quarto para a cozinha, da cozinha para a sala, da sala para o pátio, do pátio para a avenida, da avenida para o mundo, não necessariamente nessa ordem e não necessariamente territórios físicos, mas também subjetivos. Nesse movimento poderá se dar o “romper o isolamento dos sujeitos” e o encontro com vários limites, de/em todos nós. Isso produzirá uma infinidade de sensações que poderão ser trabalhadas no decorrer do processo, também psicoterapêutico.

Figueiredo e Segal (1998) mostram o **AT** como um *abrangente e enriquecedor* recurso que auxilia no tratamento dos pacientes e de seus familiares. Além disso, marcam uma posição terapêutica mais ampla.

A atividade do **AT** é um valioso recurso entre as modalidades terapêuticas disponíveis e tem auxiliado tanto no atendimento de pacientes com diferentes patologias, na orientação a familiares, além de constituir uma possibilidade terapêutica abrangente e enriquecedora para todos aqueles que dela necessitam. (Figueiredo; Segal, 1998: 82).

Palombini aponta o Acompanhamento Terapêutico como uma “clínica em ato”, uma “clínica em movimento”, que usa a cidade como *setting* para trabalhar de forma criativa com o sujeito acompanhado.

O AT certamente pode ser descrito como uma clínica em ato, onde o *setting* é a cidade: a rua, a praça, a casa, o bar. Uma clínica em que a palavra e também o corpo, os gestos, as atitudes contam. (Palombini, 2004: 78).

Para Chnaiderman (2004), podemos ampliar, com o uso do **AT**, inclusive a nossa idéia de “clínica do consultório”. Para ela, o Acompanhamento Terapêutico teria o diferencial de deixar explícita a articulação da *clínica* com o *social*.

Talvez a clínica mais conhecida nossa, aquela dos consultórios, possa ser entendida como uma modalidade possível do acompanhamento terapêutico. Apenas no acompanhamento terapêutico aquilo que é de toda e qualquer clínica, a inserção em um tecido social mais amplo, fica mais evidenciado. (Chnaiderman, 2004: 15).

Por fim, Chnaiderman (1991: 86) dá um aviso sobre a vontade de definição dessa prática. Diz ela que “[...] nunca vai se chegar a uma teoria global do que é o Acompanhamento Terapêutico”. Nessa frase fica demonstrada a dificuldade de descrever *o que é e para que pode servir* essa estratégia de intervenção da/na cidade.

Tomando apenas essas produções sobre o Acompanhamento Terapêutico, creio que essa prática pode ser utilizada para inúmeros *objetivos e funções*. Ou seja, a imagem inicial do **AT**, pensado como *recurso terapêutico auxiliar* para tratamento de loucos, após anos de experiências, vem tendo o seu *raio de ação gradual e constantemente* ampliado para inúmeros tratamentos, não apenas mentais ou orgânicos, para usar uma “visão cartesiana”. Logo, creio que essa atividade não pode ser colada à idéia de uma única e exclusiva terapêutica para “doentes mentais”, é muito mais do que isso.

Acredito que o **AT** não é, exclusivamente, uma terapêutica centrada no paciente. Essa idéia que acabo de propor vai contra a *atual concepção* de Schneeroff e Edelstein (2004: 33). Essas autoras afirmam que quando o acompanhante terapêutico intervém isso significa que o caso é grave e impossibilitante desde sua origem ou a descompensação do paciente ocorreu de maneira imprevista. Digo que o **AT** *não é* unicamente uma *terapêutica (de urgência) centrada no paciente*

(descompensado imprevistamente); não é apenas isso, pois seu trabalho não necessariamente vai buscar uma intervenção apenas num dado “paciente descompensado” que deve ser adaptado.

A fim de deixar mais clara essa idéia, exponho que o **AT** pode ser usado, inclusive, para *pesquisa de mapeamento e produção de filme* como no exemplo de Sereno, no qual os acompanhantes terapêuticos tiveram pelo menos esses dois pedidos de trabalho: 1) acompanhar a psicanalista no movimento de contato com a loucura da/na rua e 2) localizar as pessoas que vivem no espaço urbano e que poderiam participar dessa pesquisa e produção cinematográfica. Como escreve Sereno (1997: 51): “[...] acompanhantes terapêuticos improvisando como *videomakers* e psicanalista de carreira tornando-se diretora de cinema”. A partir da pesquisa de mapeamento dos “loucos de rua” da cidade de São Paulo, Brasil, foi produzido o curta-metragem “Dizem que sou louco”.

É importante citar esse exemplo de Sereno para ampliar a visão acerca do **AT**, inclusive para além da *terapêutica centrada no paciente*, aquela na qual há um terapeuta (ou o seu auxiliar, o **at**) que faz intervenção no paciente (ou o acompanhado). O Acompanhamento Terapêutico está em expansão, buscando novas formas de ação, seja nas *clínicas*, nas *pesquisas*, nos *cinemas* ou em outras “praias”. Por isso venho usando o nome de “fazer andarilho” (Silva, A. S. T., 2002) para marcar essa constante circulação da/na estratégia.

Aqui no Brasil já existem *várias possibilidades* para ampliar a estratégia do Acompanhamento Terapêutico, posso citar algumas, usando fontes bibliográficas específicas. Temos o uso do **AT** na:

1. Terapêutica para famílias. (Teixeira; Dename; Balduino, 1991);
2. Produção de documentários, filmes, curta-metragens. (Serenio, 1997);
3. Intervenção clínica e reflexões éticas. (Barretto, 1998);
4. Constituição de “repúblicas”, casas de passagem. (Cauchick, 2001);
5. Implicação da escola na inclusão de alunos. (Gavioli; Ranoya; Abbamonte, 2001);
6. Inclusão de jovens que praticaram delitos. (Almeida; Cursino; Degani; Gabarra; Oliveira, 2003);
7. Crítica às mídias e criação de sentidos do/no espaço urbano. (Silva, A. S. T., 2003a);
8. Intervenção de “cunho social”. (Pelliccioli; Guareschi; Bernardes, 2004);
9. Como *dispositivo* da Reforma Psiquiátrica. (Cabral; Belloc, 2004);
10. Criação de novos encontros entre instituições de saúde e usuários. (Palombini, 2004).

Como vimos, as tentativas de fechar *definições* e estabelecer *funções* do Acompanhamento Terapêutico são várias, mas posso dizer que na sua maioria ainda vão em duas direções. O Acompanhamento Terapêutico como uma prática ou profissão que busca *tratar um paciente* que se encontra *isolado do convívio social* (e de suas *famílias doentes*). Por conseguinte, mostra o **AT** como uma *intervenção focal* e *unidirecional*; um recurso auxiliar que busca a doença do acompanhado, no

acompanhado e na sua família. Nessa perspectiva, o acompanhante terapêutico seria um profissional vinculado a um psicoterapeuta (ou equipe) que encaminha pacientes e estabelece os programas de intervenção no doente. Ou, o Acompanhamento Terapêutico como um *estratégia ampla* utilizada por vários profissionais que buscam questionar as relações “naturalizadas” e “eternas”, colocar em xeque a “instituição” loucura, criar serviços mais dinâmicos na área da saúde, participar da “construção de realidades”, produzir o novo. Uma abrangente prática, também *clínica*, com *ações* e *objetivos* variados, alguns inusitados.

Tomando como fonte apenas as *definições* e *funções* do Acompanhamento Terapêutico aqui mencionadas, creio que posso dizer, talvez afirmar, que essa atividade é muito mais do que uma *terapêutica auxiliar* ou uma *prática integrativa*, para tratamento de pacientes críticos, “severamente perturbados”. Se essa afirmação ainda é de difícil sustentação circularrei por outros caminhos para deixar evidente a emergência da *clínica* do **AT**, que pode ser muito mais do que uma *prática adaptativa*.

2. EMERGÊNCIA DA *CLÍNICA* DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Neste segundo capítulo, buscarei apontar e problematizar determinadas forças que apontam à emergência da *clínica* do Acompanhamento Terapêutico. A hipótese a colocar em evidência e a esquadrihar é: o *dispositivo* “rua” forçou a invenção da *clínica AT*, assim como o Acompanhamento Terapêutico dá outro estatuto para a “rua”.

Alguns poderiam afirmar que *não*, pois a rua sempre fez parte dessa prática. Logo, o *AT* é uma *clínica* desde o seu primeiro trabalho. Ou, não é uma *clínica*, pois sem uma equipe que dê as diretrizes de intervenção, o acompanhante não tem autonomia para intervir ou promover saúde. E mais, a rua não é nada mais que um pano de fundo de uma prática que busca adaptar psicóticos ao funcionamento da sociedade. Ou, a rua não força nada nem ninguém, é o próprio *AT* que se proclama uma *prática clínica*.

Essas e outras “falas” são justas, têm seus defensores, e poderei aprofundá-las. Para isso, num primeiro momento, terei de pensar sobre a relação entre o conceito de *dispositivo* e “rua”, para, logo em seguida, problematizar uma idéia de *clínica* e, por fim, tentar chegar à *clínica* do Acompanhamento Terapêutico.

2.1. A “rua” como *dispositivo* no Acompanhamento Terapêutico

Nesse momento, meu primeiro elemento de problematização será o *dispositivo*... essa “ferramenta conceitual” vem sendo utilizada em várias produções que se dedicam ao fazer, principalmente *clínico*, do Acompanhamento Terapêutico. Por exemplo, é dito que o **AT** é um “dispositivo clínico”, “dispositivo da reforma psiquiátrica”, “dispositivo político”, “dispositivo complementar”, “dispositivo artístico”, “dispositivo flexível”.

O termo *dispositivo* também é utilizado por uma gama muito grande de profissionais. Os advogados mencionam o “dispositivo jurídico”, “dispositivo legal”, “dispositivo legislativo”. Os graduados em Informática, Design, Arquitetura, Engenharia falam do “dispositivo periférico”, “dispositivo eletrônico”, “dispositivo visual”, “dispositivo gráfico”, “dispositivo de acoplamento”, “dispositivo fotônico”. No senso comum ocorre o uso da palavra *dispositivo* para indicar *qualquer elemento*. Por exemplo, posso chamar, juntamente com alguns eletricitas, a tomada (onde ligo os aparelhos elétricos) de *dispositivo*.

No dicionário “Aurélio” há as seguintes definições dessa palavra:

[Do lat. *dispositus* (v. *disposto*) + *-ivo*]. Adj. 1. Que contém disposição, ordem, prescrição. S. m. 2. Regra, preceito, prescrição. 3. Artigo de lei. 4. Mecanismo disposto para se obter certo fim. 5. Conjunto de meios planejadamente dispostos com vista a um determinado fim. 6. Jur. Parte duma lei, declaração ou sentença que contém respectivamente a matéria legislada, a resolução ou decisão, distinta do preâmbulo, e exposição de razões ou motivos. 7. Jur. Decisório. 8. Bras. Modo peculiar como se acham dispostos os órgãos de um aparelho. Dispositivo cênico. Teatro. cenário. Dispositivo de apontamento. Inform. Dispositivo de indicação. Dispositivo de entrada de dados. Dispositivo periférico, essencial em

interfaces gráficas, com o qual se podem indicar, e eventualmente ativar ou manipular, objetos de interface na tela do computador; dispositivo de apontamento. O ex. mais comum é o mouse. Dispositivo de saída. Qualquer dispositivo ligado aos componentes centrais de um computador [...] e que complementa as suas funções, como, p. ex., a tela, o teclado, a impressora, os discos de armazenamento secundário. Dispositivo prático de Briot. [...] Algoritmo de Briot-Ruffini. (Ferreira, A. B. H., 1999).

A Psicologia e a Filosofia usam, há décadas, a palavra *dispositivo*. Para essas disciplinas esse termo comporta definições bastante trabalhadas, as quais abordarei a partir de agora.

O conceito de *dispositivo* foi problematizado por vários autores, dentre os quais posso retomar os seguintes: Michel Foucault (1988 e 1999) e Gilles Deleuze (1988 e 1996). Percorrei o que cada um deles aponta para, a partir disso, compartilhar o entendimento dessa *ferramenta conceitual*.

Para o filósofo francês Michel Foucault (1999) o *dispositivo* é um conceito que coloca em evidência uma composição de forças, as quais produzem uma subjetividade, uma forma de funcionar, que na sociedade capitalista viabiliza-se pelo *controle* e pela *disciplina*. Para problematizar e exemplificar essa composição de forças ele usou vários recursos como os *dispositivos*: hospital, clínica, prisão, escola, sexualidade. Por exemplo, sobre a “unidade do dispositivo” na questão da sexualidade ele diz o seguinte:

A unidade do dispositivo. O poder sobre o sexo se exerceria do mesmo modo a todos os níveis. De alto a baixo, em suas decisões globais como em suas intervenções capilares, não importando os aparelhos ou instituições em que se apoie, agiria de maneira uniforme e maciça; funcionaria de acordo com as engrenagens simples e infinitamente reproduzidas da lei, da interdição e da censura. (Foucault, 1988: 83).

Através dessas várias análises, Foucault mostra como os “dispositivos de dominação” vão muito além de uma simples lei da interdição, uma legislação. Ele chega a lançar a questão: “Por que reduzir os dispositivos da dominação ao exclusivo procedimento da lei de interdição?” (Foucault, 1988: 83).

Ou seja, o *dispositivo*, para Foucault, é uma *rede de forças*, uma composição heterogênea que cria *processos de subjetivação*, produzindo modos de ser e habitar o mundo, ou, como ele mesmo escreve:

Através deste termo [dispositivo] tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. [...] entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. (Foucault, 1999b: 244).

Conforme Rabinow e Dreyfus (1995: XXIV), Foucault problematizou algumas forças do nosso cotidiano, pensou sobre os dispositivos que colocam em evidência a organização de uma atividade humana. Para pesquisar esse tipo de produção subjetiva ele recorreu a “exemplos, como a confissão cristã e a psicanálise, e o Panopticon de Jeremy Bentham”. Com esses exemplos, ele mostrou que a nossa cultura nos normaliza. Esses dispositivos analisados por Foucault nos dão sentido e nos transformam em “objetos dóceis”. E mais, na visão de Cook (apud Eizirik, 1995: 28): “Foucault faz do eterno, o temporal, do auto-evidente, o questionável, e do óbvio, o estranho”. E com isso, ele mostrou que essas composições de forças dos dispositivos são históricas, temporais.

Já para o filósofo francês Gilles Deleuze (1988: 48) o *dispositivo* canalizaria linhas de *forças múltiplas*. Diz ele que “todo dispositivo é um mingau que mistura o visível e o enunciável”.

Mas o que é um dispositivo? É antes de mais nada uma meada, um conjunto multilinear, composto por linhas de natureza diferentes. E, no dispositivo, as linhas não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos por sua própria conta, como o objeto, o sujeito, a linguagem, etc., mas seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam ora se afastam umas das outras [...] os dispositivos são [...] máquinas de fazer ver e de fazer falar. (Deleuze, 1996: 83-84).

Com Deleuze, posso pensar o *dispositivo* composto também por linhas de força, que não causam apenas um certo tipo de “contorno” (*controle e disciplina*), mas que também causam desequilíbrio (*a diferença, o novo*). Esse passo de Deleuze, na sua (re)leitura de Foucault, parece ser de fundamental importância para problematizar um “dispositivo clínico-político” na/da cidade (por exemplo: a “rua” como rede de forças subjetivadoras na *prática clínica* do Acompanhamento Terapêutico).

Deleuze não pega para si a criação desse “colorido especial” sobre a idéia de *dispositivo*, ele toma como base de reflexão o próprio movimento do pensamento de Foucault para falar dessa nova perspectiva. Diz ele que:

[...] a sua descoberta [de Foucault] nasce de uma crise no pensamento de Foucault, como se lhe fosse necessário alterar o mapa dos dispositivos, encontrar-lhes uma nova orientação possível, para não os deixar encerrar-se simplesmente nas linhas de força intransponíveis que impõem contornos definitivos. (Deleuze, 1996: 86).

Essa idéia de *dispositivo* mostra um possível *recurso conceitual* que pode colaborar na produção da desnaturalização do cotidiano; na criação de formas múltiplas de circular a/na cidade. Logo, com essa definição posso usar o termo *dispositivo* na *prática clínica* do **AT**, pois o mesmo vira uma ferramenta que pode ser aproveitada para romper com a lógica formatadora, inclusive provocar ou relativizar o que era tido como “natural” e “eterno”, abrindo, assim, espaço para a criação. Essa seria a principal característica da “filosofia dos dispositivos”.

[...] todo o dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade, e que ao mesmo tempo marca a sua capacidade de se transformar, ou desde logo se fender em proveito de um dispositivo futuro. (Deleuze, 1996: 92-93).

Conforme esses autores, a característica dessa “ferramenta” é o movimento de colocar em manifesto determinada composição de forças e, a partir disso, provocar uma mudança de perspectiva, um *outramento* naqueles que fazem parte desse processo. Essa ação estaria a serviço da produção, da vida, do novo. Abalaria o que até então era tido como “estável” e “eterno” (instituído).

Com o objetivo de compartilhar o entendimento do conceito de *dispositivo*, desejo deixar claro que podemos encontrar formas diferentes de utilização do mesmo nas produções tanto da Psicologia quanto da Filosofia, seja na *pesquisa e/ou na clínica*.

Para Foucault (1999), em um primeiro momento, o *dispositivo* é um conceito que explicita uma composição específica de forças (produtoras de subjetividade) que na nossa sociedade viabiliza-se pelo controle e pela disciplina e que criam saberes e

práticas. Desse modo, esse conceito é extremamente importante para a realização de pesquisas cartográficas, genealógicas, arqueológicas, etc. que buscariam *identificar* e *problematizar* as forças que produzem determinados conhecimentos (*saberes*); formas de intervir, agir, pesquisar (*práticas*); as quais criam determinadas relações de forças (*poderes*). Nesse sentido, por exemplo, poderia tomar a *clínica* do Acompanhamento Terapêutico como *dispositivo* e, a partir disso, pesquisar as seguintes questões: Quais são as práticas que sustentam o **AT**? O que o **AT** faz funcionar enquanto *prática clínica*? Que visibilidade permite passar? Que processos de subjetivação produz?

Já na perspectiva de Deleuze (1988 e 1996), o *dispositivo* é problematizado como uma *composição de forças* que tem *efeitos de criação de outras perspectivas*. Através desse entendimento poderia usar o *dispositivo* “rua” para trabalhar numa *clínica do repúdio aos universais* e da *produção do novo* (Deleuze, 1996). A partir dessa abordagem ocorrem processos que podem colaborar na estratégia dessa prática que usa o “urbano” como recurso *clínico* e *político*, o Acompanhamento Terapêutico.

Melhor seria tomar o dispositivo como emaranhado de linhas e pôr-se a desembaraçá-las, traçando, em cada situação, figuras parciais e temporais das forças aí presentes, Assim, cada dispositivo é uma multiplicidade. (Barros, 2002: 137).

Aceitar a proposta conceitual dos *dispositivos* é embarcar na idéia de criação da/na “cidade”. Desse modo, com os *dispositivos* há um processo constante de desconstrução dos elementos e das situações vividas como “naturais”. Usa-se aqui a palavra “desconstrução” segundo o arquiteto Mark Wigley, o qual faz referência a:

[...] um repensar o cotidiano - tão familiar que se torna quase invisível - descobrindo, nessa familiaridade, certas qualidades cruciais que parecem absolutamente inesperadas e imprevisíveis e que, de alguma maneira, desviam ou comprometem a própria cena em que se encontram. (Wigley, 1996: 156).

Esse movimento de desconstrução mostra que posso tomar como inventados os processos que participamos, que nos criam e que criamos. A partir dessa idéia, surge um espaço para problematizar determinadas “verdades”, pois há aqui a noção de que “elas” são fabricadas historicamente. E por serem fabricadas são *não eternas*. Com isso, criam-se aberturas para a invenção, pois repudiar o “universal” e “eterno” é crer que somos criaturas e criadores da vida que vivemos e, justamente por isso, poderemos embarcar nos inusitados encontros da “rua”. Além de pensarmos sobre a nossa implicação nessas produções.

Enfim, o *dispositivo* é uma “ferramenta conceitual” que pode ser usada na atividade do Acompanhamento Terapêutico, tanto na *clínica* quanto na *pesquisa*.

Quanto à *clínica*, articulada com o *dispositivo*, diz respeito a uma prática na área da saúde que coloca em xeque a naturalização do funcionamento dos sujeitos que demandam alguma estratégia de intervenção. A “clínica dos dispositivos”, a “clínica política” articulada com o Acompanhamento Terapêutico problematiza também as generalizações, sejam elas psicológicas, biológicas, químicas. Essa seria uma proposta de *clínica* da promoção do novo, da invenção de práticas, de processos de subjetivação. Ou, como diz Barros (2002: 136-137): “Se há alguma vocação da clínica, ela estaria aí: afirmar sua potência de dispositivo, isto é, de produtor de efeitos de sentido variados.” Guattari (1992: 33) torna evidente a questão da *criação*

no *fluir das relações* ao escrever que a “[...] única finalidade aceitável das atividades humanas é a produção de uma subjetividade que enriqueça de modo contínuo sua relação com o mundo”.

Nessa “clínica-política”, “clínica-dispositivo”, o sujeito é pensado a partir das relações que produz e nas quais é produzido, no circular de um contexto, na “rua”, que é tão atuante, tão agente quanto os seres que nele vivem, sempre em um processo histórico que engloba forças inusitadas, realizando encontros paradoxais, reuniões temporais que produzem outros disparos, ou inúmeros *dispositivos*, também prontos para se quebrarem em outros processos emergentes do inédito. É justamente aí que “[...] a clínica-dispositivo pode intervir de modo a tomar a história pessoal como uma das linhas que atravessam e são atravessadas pela enunciação de uma época, produzidas por um coletivo-multiplicidade.” (Barros, 202: 138).

E a “rua”, o que tem a ver com o conceito de *dispositivo*?

Antes de mais nada, é fundamental reafirmar que “rua” é uma *metáfora*, não apenas um lugar fora de casa, mas sim um campo, um território, inclusive subjetivo, passível de circulação e de inúmeras experimentações. É justamente aí que a prática do Acompanhamento Terapêutico se dá, também numa circulação pelo tecido urbano, em encontros variados, muitos inusitados, onde os elementos constituintes da “cena” têm um papel tão fundamental quanto a intervenção de qualquer “profissional da saúde”. Esse tipo de relação do *dispositivo* com a “rua” talvez fique mais evidente com a experiência “Roberto: um cara legal”.

Num dia muito ensolarado fui realizar um **AT** com Roberto, adolescente de 16 anos de idade, com o diagnóstico de autista, dado pela sua psicoterapeuta. A sua mãe (Renata) havia combinado com o pai de Roberto (João) que o jovem iria passar a manhã na casa do mesmo, pois Renata, que já estava para sair, iria trabalhar o dia inteiro. Essa atividade é desejada por Roberto ainda hoje, ele gosta muito de visitar o seu pai. Saímos caminhando pelo bairro, Roberto andava com sua carteira na mão dizendo que queria comprar um refrigerante. Ao passar perto de um mercado, tenta entrar, porém, a porta estava fechada, essa passagem só abriria se Ângela (a “dona do armazém”) autorizasse e apertasse o botão que libera eletricamente o sistema. Essa mulher abriu a porta com um olhar de expectativa, um certo receio, como de quem sente que vai ocorrer algo ruim, dava para ver, pelo movimento do seu tórax, que seu coração batia muito rápido. Roberto caminhou pelos corredores do lugar, sacudindo os seus braços e mãos em movimentos circulares, olhou os pacotes de biscoitos de morango, os refrigerantes de dois litros, as barras de chocolate e o pote de doce-de-leite, passou no seu lábio inferior todos os produtos que ele pegou, *estratégia perceptiva* muito utilizada por Roberto para analisar determinados elementos; creio que essa forma de agir, para ele, parece ser mais efetiva do que apenas o uso do seu olhar. Pegou uma garrafa de refrigerante de dois litros e o pote de doce-de-leite. Perguntei se ele tinha dinheiro suficiente para levar tudo. Ele abriu a carteira e mostrou os poucos trocados que sua mãe havia lhe dado. Nesse momento, Ângela pareceu ficar ainda mais ansiosa, ficou quieta, com o corpo bem erguido, olhando com grande expectativa tanto para mim quanto para ele. Olhei para Roberto e continuei o nosso conversar, disse que ele teria de escolher o refrigerante ou o doce-

de-leite, os dois não poderiam ser comprados naquele dia, porque ele não tinha dinheiro suficiente; a tensão pairava no ar, e todos (Roberto, eu e a “dona do bar”) teríamos de lidar com esse limite bem claro. Roberto ficou parado, pensativo, encostando os seus desejados objetos no seu lábio. Por fim, ele decidiu levar o refrigerante. Nesse momento Ângela não se conteve e falou: “É impressionante como ele está diferente hoje, mais calmo e conseguindo escolher. Ontem ele veio aqui com sua mãe e fez uma bagunça, bateu na própria mãe, derrubou os produtos, ele estava muito violento. E hoje ele está tranquilo”. (sic). Disse para ela que *a gente*, não só Roberto, é o que é dependendo das relações que vivemos, não só interpessoais. Ela olhou para Roberto e disse: “Tu é um cara legal, quer uma sacolinha para levar o teu refrigerante?”. Roberto esticou a mão na direção da sacola, guardou a garrafa e fomos andando até à saída. Nesse momento a “dona do armazém” olhou para Roberto e disse, com um sorriso que ia “de orelha a orelha”: “Tchau meu velho!” (sic).

Creio que aqui há um exemplo da “rua” como *dispositivo* da produção do novo, de rotas de fuga de um determinado funcionamento que coloca as pessoas presas em *posições crônicas*. Nesse fragmento de experiência de AT, mais do que um breve estudo de caso clínico, fica visível a *dimensão clínico-política* do *dispositivo* “rua”, a criação constante da mudança de perspectivas de todos que produzem e são afetados pelas forças do/no contexto urbano. Desse *dispositivo* participam Roberto, Ângela, Alex, alimentos, estrutura arquitetônica, bebidas, afetos, comportamentos, alterações fisiológicas, químicas, histórias, porta com abertura elétrica, crenças... enfim, como diz Deleuze (1996: 84), vivemos esse “mingau” de

forças que produzem o novo, uma grande “[...] máquinas de fazer ver e de fazer falar”.

Após esse episódio com a “dona do armazém”, eu e o Roberto fomos caminhando até a casa do seu pai, na qual há uma lanchonete que funciona nos fundos. Chegando lá, avistamos uma faixa presa no portão que dizia que iriam abrir novamente dali a duas semanas; percebemos que tudo estava fechado (grades, janelas e portas). Havia uma campainha ao lado do muro, a qual tocamos várias vezes sem resposta. Nesse momento pensei: A mãe de Roberto, nesse instante, deve estar saindo de casa para ir trabalhar, em breve não haverá ninguém em casa para encontrar o acompanhado após o término do **AT** (Roberto um “cara legal”, sem lugar na sua família, essa seria uma *composição de forças* que produz autistas, dizem algumas teses). Resolvo ligar para a casa da sua mãe, o telefone toca, entretanto ninguém atende. Lembrei que tinha o número do celular de Renata na memória do meu telefone, liguei. Após alguns toques, uma garotinha atende dizendo que não havia ninguém com o nome que eu procurava. E agora... o que fazer? Estava no meio de uma avenida movimentada, com o sol a pique, com o acompanhado parado na frente da casa fechada do seu pai, me olhando (tranqüilamente). Olhei para ele e disse: Roberto, e agora, o que vamos fazer? Ele disse lenta e pausadamente: “Vamo... prô... Marco!” (sic). Marco é o sócio de outra lanchonete do pai de Roberto. Achei melhor seguir a dica dele e fomos caminhando até lá, andamos cerca de quatro quadras depois da casa do seu pai. Chegando lá quem encontramos?... O pai de Roberto, que não percebeu a entrada do jovem no recinto e continuou conversando com seus

amigos, até que o Marco disse: “Pô tchê, tu não tá vendo que o teu filho chegou!” (sic). João levantou-se lentamente, deu um forte abraço e beijo no rosto do seu filho.

Nesse segundo trecho de “Roberto: um cara legal” ocorre a seqüência do Acompanhamento Terapêutico de um sujeito, que havia sido indicado por um psicoterapeuta e que estava vivendo a dor da separação dos seus pais. Aqui percebo o seu lugar (talvez de *não lugar*) na família. Também identifico mais um *dispositivo* em ação. Um inusitado encontro com a *não recepção* (casa fechada) de um *encontro programado* (com o pai de Roberto), fez com que, tendo esgotadas minhas alternativas, tivesse de perguntar para Roberto o que poderíamos fazer. Com isso, vejo que também eu tentei encontrar alternativas para elucidar um problema, antes de tentar abordar isso com o acompanhado; foi também a *falência das minhas opções* naquele momento que abriu uma possibilidade para implicar o acompanhado no processo de escolha das vias possíveis de sua circulação e também exercitar o meu “pensar sobre o pensar”, talvez num movimento de “análise da implicação”³¹, ou “exercício filosófico”³². O inusitado monta *dispositivos* também para o agente que usa da estratégia do AT. Nesse dia, pensei sobre os momentos nos quais eu também desconsiderava a possibilidade de produção do novo nesse adolescente. Percebi que em determinadas situações também posso prender o acompanhado numa “invisível” camisa-de-força, mesmo caminhando bem distante do hospício mais próximo. Ou seja, o fato de sair da “parede institucional” (sala, consultório, hospital, clínica) *não*

³¹ Conforme Coimbra (1995: VI, em nota de rodapé) a noção de implicação refere-se ao “[...] intelectual implicado, definido como aquele que analisa as implicações de sua pertenças e referências institucionais, analisando também o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador. Portanto, tal conceito leva a uma análise do lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que se está realizando”.

³² O “exercício filosófico” é uma atividade, um “[...] trabalho crítico do pensamento sobre o próprio pensamento.” (Foucault apud Eizirik, 1995: 43-44).

garante uma prática de *reforma psiquiátrica*. Posso andar pela cidade usando a mesma lógica do hospício, mantendo a internação dos sujeitos acompanhados na vida cotidiana, mesmo numa aparente “livre circulação” fora dos manicômios. Através desse *dispositivo* pude pensar sobre as “estruturas segregativas” vividas no nosso cotidiano, como podem-se “[...] criar equipamentos psiquiátricos ágeis no seio do tecido urbano sem por isso trabalhar no campo social. Simplesmente miniaturizaram as antigas estruturas segregativas.” (Guattari, 1992: 195).

Nessa perspectiva, é fundamental a reflexão de Frayze-Pereira (1997: 34): “[...] o que norteia o acompanhante terapêutico em suas andanças: a interrogação das encruzilhadas da cidade? ou a adaptação à ordem disciplinar das ruas de mão única?”.

O inusitado desse encontro produziu *dispositivos* que colocaram em xeque determinadas crenças. E, se foi *dispositivo*, abriu novas circulações, potencializou outros encontros, inclusive entre Roberto e seu pai, entre Roberto e a “dona do armazém”, entre Roberto e eu, entre o Acompanhamento Terapêutico e o *dispositivo*, entre a *clínica* e a *política*.

[...] tratar da interface clínico-política diz respeito, também, a algo com que, em nossas práticas cotidianas, enquanto profissionais da área de saúde Mental, nos encontramos sempre às voltas. Lidamos com modos de produção de subjetividade que correspondem, indissociavelmente, a modos de experimentação e de construção de realidade. Estamos engajados com modos de criação de si e criação do mundo que não podem se realizar em sua função autopoiética sem o risco constante da experiência de crise. Definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência a um só tempo de crítica e de análise, ou como poderíamos dizê-lo, crítico-analítica das formas instituídas, o que sempre nos compromete politicamente. (Rauter; Passos; Barros, 2002: 29).

Uma observação... arrisco dizer que a “rua” cria tantos *dispositivos*, muitas invenções de escapes ao *modelo padronizado* do “protocolo de intervenção” que o acompanhante terapêutico, para manter-se indiferente às forças do “urbano”, tem de fazer uma força brutal para “tentar” anular esses *encontros inusitados* e continuar sendo o obediente “atendente psiquiátrico”. Mesmo que o “auxiliar” consiga essa destruição do *dispositivo* “rua” (tarefa possível?³³), creio que sua saúde, por tamanho *controle* (ou tentativa do mesmo), sairia extremamente prejudicada. Seria essa *tentativa de domínio* um dos possíveis motivos para que poucos sujeitos fiquem nessa atividade por mais de 04 anos? Tentar *fiscalizar e controlar* tudo a todo momento tornaria essa prática extremamente desgastante, impossível de sustentar por muito tempo? Carvalho (2004), em pesquisa realizada com 32 **ats**, mostra que esses agentes, na sua maioria, são jovens com idades que vão de 26 à 35 anos (53,1%), psicólogos (62,5%), solteiros (75%), sendo que a maioria (75,1%) atua há menos de 01 até o máximo de 04 anos. Creio que essas porcentagens sofrerão alterações significativas com a criação de novas pesquisas, outros campos de ação e estratégias de trabalho, para além do “auxiliar psiquiátrico” ou da *prática integrativa*.

Como veremos a seguir, o *dispositivo* “rua” pode ser um grande parceiro nessa ampliação do *prática* do **AT**.

³³ Para Chnaiderman (2004: 13) o acompanhante terapêutico “não tem escolha”, ele só pode trabalhar criando na circulação, nas andanças e nos inusitados encontros que vive junto do acompanhado.

2.2. A clínica AT

Em que contexto e movimento histórico se dá a emergência de *outro AT*? Que forças participaram da criação da sua *clínica*? Como viabilizou-se a invenção dessa outra estratégia de trabalho? O *dispositivo* “rua” faz emergir essa *clínica*? Essa *clínica* dá outro estatuto à “rua”?

Essas questões nos lançam em algumas nuances que podem mostrar uma *ampliação da estratégia do AT*, para além de uma tão proclamada *prática integrativa*. Com isso, poderei adentrar nesse movimento de invenção de outros *ATs*, não só do *programa de adaptação*, mas também da *prática clínica* (entendida como ampla produção de realidades, criação múltipla de subjetividades, efeitos políticos da/na “cidade”).

Minha hipótese é de que a emergência do Acompanhamento Terapêutico deu-se muito antes da *clínica do AT*. Não é à toa que as produções iniciais colocam o acompanhante como um *auxiliar assistencial*, do psicoterapeuta, para tratamento de *pacientes psicóticos*, alguém que executa os comandos do “chefe do caso”, ou da equipe. Nesse momento, principalmente durante as décadas de 60 e 1970, o *at* tinha apenas uma *função integrativa*, no máximo o esboço de uma “estratégia clínica”. Isso fica claro até no título do primeiro livro latino-americano, que é argentino, sobre *AT*: “Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos: Manual Introdutório a Uma Estratégia Clínica.” (Mauer; Resnizky, 1987).

No Brasil isso é um pouco diferente, apesar do **AT** ser utilizado desde a década de 1960, principalmente na cidade de Porto Alegre e Rio de Janeiro, o primeiro livro brasileiro foi lançado apenas 31 anos depois, na cidade de São Paulo. Nessa produção, o Acompanhamento Terapêutico já era pensado *não* apenas como uma *prática auxiliar*, ou *assistencial*, mas uma abordagem que já apontava a “rua” como campo *clínico*. O nome do livro diz muito: “A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico.” (A Casa, 1991).

Além da crítica à forma de intervenção *unicamente* química e a falência do sistema manicomial, que passa a ser pensado como o grande reprodutor da exclusão e criador da “doença das correntes”, teria sido a “rua”, essa metáfora do fora, um elemento fundamental da criação da *clínica* do **AT**? O espaço urbano seria muito mais que um palco, um *setting* estático (neutro e imutável)? O acompanhante não apenas circula pela cidade com o paciente, mas é produzido e produz realidades juntamente com essas forças do contexto espaço-temporal?

Antes de abordar diretamente essas questões, que apontam para a *clínica* do **AT**, terei de retroceder no tempo para criar um “mapa” dessa cartografia. Já disse que tanto no Brasil (“atendente psiquiátrico”, “agente grude”, “auxiliar psiquiátrico”), na década de 1960 e 1970, quanto na Argentina (“amigo qualificado”, “acompanhante terapêutico”), na década de 1970, havia a idéia do Acompanhamento Terapêutico como uma prática para dar conta do que as outras “terapêuticas clássicas” (psicoterapia e psicofarmacologia) não conseguiam. O **AT** também é filho do seu tempo. Ou seja, nessa época surgiu um “agente terapêutico” que, além de

cuidar do cumprimento das “prescrições químicas” e “comportamentais”, ia em busca, na vida cotidiana do paciente, das *fontes patológicas* e/ou de novos encontros *não doentes*. Buscava-se o patológico *do* paciente, *no* paciente e na *sua* família. O “radar” do agente estava programado pela equipe para procurar o “desajustado” do/no doente e levar essa coleta de informações para dentro da instituição. Após esse relato, eram, e ainda são, elaborados *programas de intervenção* para tratar os sintomas do paciente e da sua família.

Conforme Ibrahim (1991) esse tipo inicial de acompanhante terapêutico mostrava uma complexa atividade que tentava ir além da função “proteção-vigilância-contenção”, tipo de ação que era característica das instituições na área da saúde mental. Esses agentes trabalhavam em equipes que tentavam criar intervenções para *tratar o doente*. Dametto mostra a função do “auxiliar psiquiátrico” (o “*at carioca*”). Diz ela que:

A função do auxiliar-psiquiátrico, teoricamente, é acompanhar o doente. É estar junto, verdadeiramente, em qualquer hora; é incentivá-lo a atividades construtivas, reprimi-lo em atividades destrutivas, ampará-lo na hora da angústia. É estar com o paciente “na dele” [...] Não é fazer as coisas por ele, alimentando a dependência. [...] Mesmo que o auxiliar ache uma idéia “maluca”, desde que não traga perigos para o paciente, deve incentivá-lo e mesmo ajudar a executar a obra. Boa ou má, deve ser levada à ação: assim o doente aprenderá por sua experiência. Aí o auxiliar pode até descobrir que o que ele achava não exequível, não o é. O auxiliar, como qualquer técnico, estará aprendendo a toda hora com os doentes. São estes (e a nossa parte doente) que nos ensinam a tratar os doentes e não os Tratados de Psiquiatria [...] se “ouvirmos” os doentes, saberemos tratá-los melhor. Isso é uma das coisas que o auxiliar tem de saber fazer. (Dametto, 1989: 103-104).

Identifico uma relação entre ditadura militar brasileira, falência de algumas Comunidades Terapêuticas, (re)fortalecimento dos manicômios e a emergência da *clínica* do Acompanhamento Terapêutico, através do *dispositivo* “rua”. Para deixar

evidente esse processo de criação (do **AT clínico**), terei de adentrar nessas mencionadas forças que também participaram da história brasileira.

Assinalamos que o modelo clínico na realidade brasileira expandiu-se e contou com importante impulso durante o processo de industrialização nos anos 70, quando ocorreu uma grande expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. (Kantorski; Pitiá; Miron, 2002).

No Brasil, no final da década de 1960, iniciou-se o governo do general Emílio Garrastazu Médici, que perdurou até 1974. Com esse presidente da República foram cometidas crueldades contra os que se opunham ao seu regime pautado pela ditadura militar. Nessa época, houve um progressivo declínio e até falência de certas Comunidades Terapêuticas e um fortalecimento dos hospitais psiquiátricos, principalmente dos particulares. Segundo Ibrahim foi nesse tempo...

[...] que se dava um considerável retrocesso no tratamento psiquiátrico institucionalizado no Brasil [...] Voltavam a predominar, nas instituições psiquiátricas, a contenção farmacológica violenta, os eletrochoques, o desrespeito pela pessoa do interno, restabelecendo a velha figura do malfadado “leito psiquiátrico”, que tornava a ser uma excelente fonte de lucros dos velhos empresários da loucura. (Ibrahim, 1991: 45).

Com a força da ditadura militar e com o declínio das Comunidades Terapêuticas, os **ats** brasileiros foram *perdendo* seus *cargos institucionais* e os donos dos hospícios retomaram seus clássicos “programas de tratamento”, com intervenções que buscavam o *controle total* dos humanos que iam parar em suas instituições de “saúde mental”. Nesses locais buscava-se a “normalidade psiquiátrica”, subjetividades massificadas, a qualquer preço, com o uso indiscriminado dos remédios, contenções mecânicas, tendo como suporte econômico o dinheiro público.

No Brasil, com o Ato Institucional nº5, rompeu-se o “engajamento consentido”. O chamado “golpe dentro do golpe”, de 13 de dezembro de 1968, iniciou os *anos da institucionalização*, trazendo para o palco da História a terrível década de 70, onde os golpes militares vicejaram em grande parte da América Latina. Em nosso país, “tomou vulto o terrorismo de Estado”, quando perseguições, seqüestros, prisões, torturas, assassinatos e desaparecimentos caminharam lado a lado com o “milagre econômico”. Os diferentes aparatos de repressão foram modernizados, fortalecidos, sofisticaram-se, e certas subjetividades foram massivamente produzidas. (Coimbra, 1995: 56).

Nesse sentido, uma pesquisa poderia aceitar ou refutar a seguinte hipótese: Será que a “normalidade médica” (principalmente a psiquiátrica), produtora de determinadas subjetividades, estava articulada com a idéia de controle pregado pelo regime político (ditadura militar) vigente no Brasil nas décadas de 60 e 1970? Ou seja, será que alguns **médicos** trabalhavam com uma lógica parecida com a do **Médici**? Essas são apenas questões, quem sabe para uma outra pesquisa. Do lado da Psicologia, já existem escritos bastante críticos (de uma psicóloga) que afirmam que essa profissão da área da saúde tinha estreita relação com a prática militar.

Meu trabalho de doutorado, que terminei em 1992 pela USP, chama-se "Os guardiães da ordem, uma viagem pelas práticas psi no Brasil do milagre", onde eu mostro a psicologia aliada com a ditadura, uma determinada prática hegemônica da psicologia aliada às práticas então dominantes naquele período, que interessavam ao regime militar. Minha prática tem sido pensar uma psicologia mais voltada para a questão social, mais implicada politicamente com a realidade do país. (Coimbra, 2004).

Usando esse resgate histórico vejo algo curioso na constituição do fazer do Acompanhamento Terapêutico aqui no Brasil. Mesmo com a *progressiva falência* das Comunidades Terapêuticas, os (despedidos, literalmente “na rua”) acompanhantes terapêuticos (constituídos a partir das instituições psiquiátricas) continuaram a ser solicitados (fora dessas estruturas) pelos psicoterapeutas que não

acreditavam no “clássico modelo psiquiátrico” novamente proposto e também pelos familiares dos pacientes que haviam tido *experiências positivas e reconheciam a eficácia* dessa modalidade de intervenção. Antes, os **ats** auxiliavam, acompanhavam com o respaldo de um psicoterapeuta ou equipe. Após a queda de várias Comunidades Terapêuticas brasileiras, sem ter uma equipe e/ou uma instituição de referência, os **ats** brasileiros passaram a ser solicitados para trabalhos autônomos e fora de qualquer aparato organizacional. Parece que o “estar na rua” (despedido) auxiliou o “agente andarilho” a assumir a “rua” como o seu campo fundamental de trabalho. Nesse momento há o contexto, o jogo de forças que criará a emergência da *clínica* do **AT**.

A demanda de alguns psicoterapeutas e familiares que não aceitavam as *estruturas manicomiais* e, que além disso, acreditavam no trabalho dos acompanhantes fortaleceu essa nova possibilidade de **AT**, que deixa de ser apenas uma *prática integrativa* (assistencial e auxiliar), para também ser uma *prática clínica*, onde a “rua”, o espaço urbano passa a ter papel fundamental na produção de novas subjetividades. Os tratamentos passam a ser realizados *também* fora dos (lucrativos) hospitais psiquiátricos e dos consultórios. Esse *nova clínica*, juntamente com outras tantas, que também surgiram e/ou se fortaleceram nesse contexto, deixou muitos médicos abalados (inclusive emocionalmente), pois os mesmos foram percebendo que não eram mais o “pólo central” das intervenções na área da saúde mental e que podiam, inclusive, ser deixados de lado. A escrita do psiquiatra Hojaij, produzida em dezembro de 1975, deixa esse “desconforto” evidente:

Brody aponta como causa da “desorganização” do psiquiatra e da psiquiatria calcada no modelo médico, a crescente influência da Psicanálise e a não exigência, por parte desta, de ter em seu meio, profissionais exclusivamente médicos. [...] Assim, o psiquiatra vai sendo despojado de sua condição primeira, e passa, numa “equipe”, a examinar o físico, e se for o caso, a prescrever drogas. [...] E, fato ainda pior, como bem apontou Zeller, com frequência, os não-médicos acabam saindo da equipe e supervisão psiquiátrica, para formarem suas próprias “clínicas”. (Hojaj, 1975:14)

Assim, apesar das inúmeras críticas, abre-se um espaço para que o Acompanhamento Terapêutico *não* fique apenas no vai-e-vem dos diferentes tipos de tratamentos; o **at** deixa de ser apenas um *auxiliar que conduz pacientes* do consultório do psicólogo ao do dentista, por exemplo. O próprio **AT** passa a ser tomado como uma estratégia que, por si só, pode promover saúde, mostrando-se como uma *clínica*, também da resistência. Resistência ao *modelo manicomial*, à *hierarquização* dos profissionais na área da saúde, à *burocratização* da atividade terapêutica, à lógica que diz que a rua é “lugar de carros”, máquinas novas e velozes.

Em todas essas intervenções poético-críticas, entretanto, um ponto fundamental deve ser destacado: o relevo psicogeográfico que restaura o nexos entre os fragmentos, isto é, as ressonâncias dos diferentes lugares, bairros, ruas e praças sobre a afetividade daquele que os percorre. E o dispositivo que permite essa psicogeografia não é primordialmente óptico (o olhar), mas a *errância*, o locomover-se à deriva pela cidade, o ato de andar que o “homem no carro” fez desaparecer na nova ordem urbana simbolizada pelas grandes rodovias, túneis e viadutos. É um ato de andar, que pode ser considerado uma ação de resistência à lógica imposta pela modernidade contemporânea, um ato que é comparável ao ato da fala. Ou seja, é um “ato de fala pedestre”, segundo Certeau (1990: 148), pois “o ato de andar está para o sistema urbano como a fala está para a língua”. (Frayze-Pereira, 1997: 32-33).

Os nomes dos capítulos do primeiro livro brasileiro sobre **AT** (A Casa, 1991) mostram essa nova faceta terapêutica: “Introdução à clínica do Acompanhamento Terapêutico”; “O Acompanhamento Terapêutico e a clínica: A função do Acompanhamento Terapêutico”; “O Acompanhamento Terapêutico e a rua: O social

como constitutivo do acompanhamento”; “Experiências clínicas no Acompanhamento Terapêutico: Diferentes abordagens”.

Com esse jogo de forças, principalmente na década de 1970, os acompanhantes passaram a ir até os pacientes, nas suas casas, apartamentos, sítios, andar pela cidade. Assim, a queda de determinadas Comunidades Terapêuticas (no Brasil) mostrou a possibilidade de um tipo de **AT** diferente; com essa *crise* (do final da década de 1970) *nasce um AT fora da equipe institucional(izada)*. Um **AT** sem lugar fixo (um agente “autônomo”, “nômade”, “andarilho”), que passa a realizar a sua “ação terapêutica” (sua *clínica*) circulando pelos possíveis *campos em ação*, pelo tecido urbano brasileiro, criticando, principalmente, o modelo psiquiátrico e a instituição loucura. Nesse processo a “rua” deixa de ser um simples pano de fundo, um cenário estático e torna-se uma rede de forças tão subjetivadoras quanto qualquer psicoterapeuta... a “rua” se faz *dispositivo* e provoca a emergência da *clínica* da/na “cidade” e de demandas variadas à essa estratégia. Em contrapartida, os acompanhantes passam a produzir outros olhares sobre a “rua”, que passa a ser vista de uma perspectiva criativa. O **AT clínico** e o *dispositivo* “rua” passam a se criar mutuamente.

Creio que na escrita de Michel de Certeau há uma relação essencial entre cidade, a nossa “rua”, e criação, ou, entre *dispositivo* e *espaço urbano*, mesmo que ele não utilize, diretamente, o termo *dispositivo*.

A linguagem do poder “se urbaniza”, mas a cidade se vê entregue a movimentos contraditórios que se compensam e se combinam [...] A Cidade se torna o tema dominante dos legendários políticos, mas não é

mais um campo de operações programadas e controladas. Sob os discursos que a ideologizam, proliferam as astúcias e as combinações de poderes sem identidade, legível, sem tomadas apreensíveis, sem transparência racional – impossíveis de gerir. (Certeau, 1994: 174).

A cidade passa a ter um outro estatuto, e não são apenas os acompanhantes terapêuticos que passam a problematizar essas possibilidades do urbano, inúmeros outros profissionais se fazem presentes nessas criações, como por exemplo: os arquitetos, psicólogos, engenheiros, filósofos, ecologistas, políticos, artistas, biólogos, etc.

As cidades são imensas máquinas – *megamáquinas*, para tomar uma expressão de Lewis Mumford – produtoras de subjetividade individual e coletiva. O que conta, com as cidades de hoje, é menos os seus aspectos de infra-estrutura, de comunicação e de serviço do que o fato de engendrarem, por meio de equipamentos materiais e imateriais, a existência humana sob todos os aspectos em que se queira considerá-las. Daí a imensa importância de uma colaboração, de uma *transdisciplinaridade* entre os urbanistas, os arquitetos e todas as outras disciplinas das ciências sociais, das ciências humanas, das ciências ecológicas etc. (Guattari, 1992: 172).

Nesse processo coletivo de criação da/na cidade surge a retomada de uma tese fundamental do século XVIII, do ano de 1789: “as ruas pertencem ao povo!”. Diferente daquela proclamada em 1929: “precisamos matar a rua”.

A rua, portanto, deverá ser induzida pela fábrica. Isto é, na rua, como na fábrica moderna, “nada de pessoas, exceto as que operam as máquinas”. Nada de pedestres desprotegidos e desmotorizados para retardar o tráfego. E é óbvio que essa rua nova criará nos usuários não só novas habilidades, mas também uma outra sensibilidade. A tese originada em 1789 e defendida ao longo do século XIX era a seguinte: “as ruas pertencem ao povo!”. A antítese criada por Le Corbusier nas primeiras décadas do século XX, após a Primeira Guerra, era contundente: “nada de ruas, nada de povo”. Em 1929, ele sentenciou: “precisamos matar a rua”. Foi assim que a arquitetura e o planejamento moderno, no século XX, criaram um mundo espacial e socialmente segmentado - pessoas aqui, veículos ali; trabalho aqui, habitação acolá; ricos aqui, pobres mais além; e, no meio, barreiras verdes e de concreto, na expectativa de que um novo halo pudesse coroar e reconfigurar a cabeça das pessoas. (Frayze-Pereira, 1997: 27-28).

A vida urbana, a cidade, as múltiplas relações do cotidiano viram matéria de inúmeras produções que passam a mostrar outros olhares sobre o “temido fora de casa”, a circulação por esse território vira “campo de batalha”, com defensores radicais de vários lados (que vão da “rua da vida” à “rua da morte”).

Os acompanhantes terapêuticos, com esse gradual tomar parte da criação da/na “cidade”, se fazem cúmplices de errâncias variadas, alguns ainda mantendo um determinado e secular *modus operandi*.

Era de se esperar que uma prática iniciada no espaço intramuros levasse para fora deles seu *modus operandi*, seus defeitos e suas contradições. Assim, num primeiro momento fora da instituição, a atividade de auxiliar-psiquítrico veio revestida do mesmo caráter que possuía anteriormente: apoiava-se na idéia de que o indivíduo estava doente e precisava ser curado. Não se levava em conta o ambiente social e as condições que permitiram eclodir naquele indivíduo tais dificuldades. A “patologia intrapsíquica” era causadora de todos os males. Dessa forma, apesar de, nesse período inicial fora da instituição, o trabalho do auxiliar-psiquítrico caracteriza-se pelo estabelecimento de um vínculo emocional significativo com o paciente, ele ainda assim apoiava-se na idéia do tripé proteção-vigilância-contenção, uma vez que considerava o indivíduo doente. (Ibrahim, 1991: 46).

Essa possibilidade de *trabalho clínico-político* não acabou com o uso do **AT** *integrativo* ou com o seu trabalho ligado às instituições na área da saúde mental³⁴. Assim, não garantiu a eliminação das práticas pautadas pela lógica não muito longe daquela que cola o acompanhado no lugar de eternamente louco (alienado e cronificado), que deve ser adaptado, integrado à comunidade. Essa transformação no fazer do **AT** brasileiro mostrou a possibilidade de criação de mais um trabalho, ou

³⁴ Nelson Luiz M Carrozzo (1991: 39) diz que “[...] sabemos que é possível oferecer muito mais do que continência com a intervenção do acompanhante terapêutico. Ele é a instituição que sai para fora, para as ruas, para o social”.

melhor, mais uma *estratégia clínica* na área da saúde, que também deve passar, como qualquer outra, por problematizações constantes sobre as suas intervenções, sua ética.

Nessa época, havia alguns **ats** ainda leigos na área da “saúde mental”, outros graduandos ou graduados em Psicologia, Enfermagem, Medicina, Terapia Ocupacional, etc. que não dependiam de uma instituição de referência. Nesse contexto, para *qualificar e pesquisar* as suas *intervenções clínicas*, muitos acompanhantes passam a procurar cursos de graduação na área da saúde, além de se engajarem no processo da Reforma Psiquiátrica, que ganhava cada vez mais corpo.

Rolnik dá mais uma colaboração para a cartografia do **AT**:

[...] há décadas atrás, um verdadeiro reboiço internacional começa a convulsionar o território psiquiátrico, lugar do confinamento da loucura na condição de doença mental. A falta de ar atingia um limiar insuportável, não dava mais para continuar desse jeito: uma questão político-ideológica, com certeza, mas sobretudo uma questão de desejo; não eram apenas os pacientes que se asfixiavam nessa paisagem, mas também os profissionais que nela atuavam. 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 vários 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. A figura do acompanhante terapêutico (at) se delineia como uma das atualizações dessa necessidade. Esta é a sua genealogia. (Rolnik, 1997: 83-84).

Com a “fala” de Rolnik (1991) apresenta-se a perspectiva da constituição do Acompanhamento Terapêutico articulado com o reboiço das críticas, práticas, saberes, disciplinas que colocam em questão a “lógica psiquiátrica” (*controle e*

disciplinamento do louco – adaptação). Com isso, surge uma determinada necessidade: “construir mediações” entre territórios com a finalidade de “criar possibilidades reais de vida não doente”. Rolnik vê o acompanhante como uma figura que emerge desse contexto de *crítica* ao modelo que busca normalizar o louco, há aí o **AT** como mais uma modalidade de “clínica nômade”. Ao meu ver, esse resgate serve para mostrar que também o Acompanhamento Terapêutico vem tentando escapar dessa “amarra manicomial”, que a todo instante tem de ser problematizada, sob risco de ser reafirmada e colocada em prática.

Enfim, tomando as problematizações aqui sustentadas, que usaram como suporte estratégico a análise genealógica foucaultiana, acredito que não foi apenas uma, mas inúmeras forças que produziram a emergência da *prática clínica* do Acompanhamento Terapêutico, entre elas, de forma resumida (re)apresento pelo menos cinco: o descrédito das propostas manicomiais; a queda de algumas Comunidades Terapêuticas; a crítica à forma de intervenção unicamente química; o reconhecimento dos efeitos terapêuticos da/na “rua” e a eficácia dos trabalhos desenvolvidos em Acompanhamento Terapêutico.

Se a hipótese de que a “rua” criou a emergência da *clínica* do Acompanhamento Terapêutico (e o **AT clínico** participou da produção de um outro estatuto sobre a “cidade”) for minimamente aceita, posso afirmar que os acompanhantes, e demais profissionais que usam dessa estratégia, que tentam anular as forças do “urbano”, tornando esse campo um simples *palco estático*, ou *pano de fundo neutro* de suas ações, acabam por destruir o “ouro” dessa atividade e, com ele,

justamente toda possibilidade de exercício da sua *clínica*. Por que ir à “cidade”, senão para fluir na sua rede de criações? Ou, em uma frase: **ao ficar indiferente às forças da “rua”, o acompanhante terapêutico anula as possibilidades de invenção de sua *prática clínica* e volta a ser um “auxiliar psiquiátrico”.**

3. GENEALOGIA FOUCAULTIANA: UMA ESTRATÉGIA DE PESQUISA

É exatamente contra os efeitos de poder próprios de um discurso considerado científico que a genealogia deve travar o combate. (Foucault, 1999a: 14).

Neste capítulo, circularéi por problematizações que abordarão a estratégia de pesquisa que foi utilizada nessa produção de conhecimento, qual seja: a genealogia foucaultiana, um modo de ação que viabiliza uma outra maneira de pesquisar, de (re)significar o presente, de problematizar tanto o pesquisador quanto o “objeto” pesquisado.

A genealogia foi utilizada, pois com ela ocorre a criação de um *campo crítico* para constituição de inúmeras reflexões, principalmente sobre à institucionalização de uma específica configuração do *que é* o Acompanhamento Terapêutico. Assim, nesse momento, ocorrerão circulações por determinados pontos, os quais iniciarão por questões acerca da *estratégia genealógica*, seguidas por problematizações sobre o *lugar do pesquisador* e, por fim, ocorrerão análises sobre o “objeto” de pesquisa.

De acordo com Foucault (1996), a genealogia é uma *forma de combate* que percorre a ligação do conhecimento “oficial” com os “saberes locais”. Buscando com isso, ativar esses saberes do dia-a-dia que são tratados como “não-saberes”, desqualificados por *uma* ciência que se diz a “dona da verdade”. Trata-se de uma

“insurreição” contra os processos formatadores de uma forma de “poder centralizador”, cristalizado nas instituições e nos “discursos científicos”.

Essa estratégia de pesquisa não deseja instituir uma *ordem* ou uma *disciplina científica*. A genealogia *não* “[...] têm por objetivo fundar uma ciência, construir uma teoria ou se constituir como sistema; o programa que elas formulam é o de realizar análises fragmentárias e transformáveis.” (Machado, 1996: XI). A “vontade de poder” aqui é outra, busca-se o balançar do que era tido como estável, concreto e imóvel. Essa ferramenta “[...] fragmenta o que se pensava unido; ela mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo.” (Foucault, 1996: 21).

A genealogia busca explicitar o fluxo de constituição dos saberes e práticas que usamos hoje e que estão naturalizadas como eternas e inquestionáveis. Para isso sabota a “linearidade história” para mostrar outros presentes. Assim, essas “análises fragmentárias” podem deixar visíveis os motivos, as relações de forças, as crenças que sustentam o *statu quo*, a função, a demanda à determinadas atividades, disciplinas, práticas, inclusive as que tomamos por “enraizadas” no nosso cotidiano (como as da área da saúde, por exemplo).

Pesquisar, sob a perspectiva da genealogia, não é apenas representar, imparcialmente, uma realidade tida como independente do observador, é criar realidades, transformar a própria vida cotidiana. Desse modo, ocorre a produção não apenas de um “objeto” de pesquisa, mas também de vários outros, inclusive do

próprio pesquisador que vai produzindo-sofrendo os efeitos de sua implicação com as forças do campo em questão, que pode ter outras significações, outros entendimentos. Esse movimento se dá, pois emergem análises que colocam em xeque a separação absoluta entre pesquisador e “objeto” de pesquisa. Além disso, coloca em questão os “objetos” que são tidos como “eternos”, “naturais” e “independentes” de tudo. Aliás, esse processo de “desnaturalizar” os “elementos”, desbloqueando o tempo histórico, divulgando as forças do seu contexto de criação é “[...] o primeiro movimento de uma pesquisa genealógica.” (Silva, R. A. N., 2001: 112). Então, além dos “objetos” serem fabricados, também o nosso conhecimento e nós mesmos vivemos processos de múltiplas construções, interligados com as forças, os poderes que fazem parte da nossa história, do nosso contexto, por isso *não há um lugar neutro*. Logo, o pesquisador não é imparcial.

Seu objetivo [de Foucault] é combater a idéia que faz da ciência um conhecimento em que o sujeito vence as limitações de existência, instalando-se na neutralidade objetiva e universal. Todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir, consideradas as condições políticas que tornam possível tanto o sujeito como o saber. Logo, toda investigação sobre os saberes deve remeter, necessariamente, às relações de poder que o constituem. Não há saber neutro, todo saber é político, isto é, tem gênese em relações de poder. (Barros, 1997: 74).

No processo de produção de conhecimento estão implicadas questões metodológicas, teóricas, históricas, nossas realidades. Nossas criações não mostram apenas os “objetos”, mas a forma, o modo de constituição dos mesmos, colocando em questão a subjetividade do sujeito que ocupa o lugar de pesquisador, um agente que está participando direta e ativamente do/no campo de pesquisa, produzindo conhecimento sobre determinada temática e com isso fazendo surgir mundos, além de também ser produzido nesse processo. Ou seja, com a criação de uma determinada

pesquisa ocorre a manifestação da vida daquele que pretende problematizar as forças desse campo. A pesquisa sobre a emergência do Acompanhamento Terapêutico, além de *apontar e problematizar* a criação de sua *clínica*, mostra a história das escolhas, das forças que produziram subjetividades e os territórios das práticas do AT. Desse modo, a genealogia traz consigo um *perspectivismo* que comporta um *sentido histórico*.

O sentido histórico, tal como Nietzsche o entende, sabe que é perspectivo, e não recusa o sistema de sua própria injustiça. Ele olha de um determinado ângulo, com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, de seguir todos os traços do veneno, de encontrar o melhor antídoto. Em vez de fingir um discreto aniquilamento diante do que ele olha, em vez de aí procurar sua lei e a isto submeter cada um de seus movimentos, é um olhar que sabe tanto de onde olha quanto o que olha. O sentimento histórico dá ao saber a possibilidade de fazer, no movimento de seu conhecimento, sua genealogia. (Foucault, 1996: 30).

O uso dessa estratégia comporta um processo de reflexões sobre o nosso mundo colocando em dúvida, inclusive, os achados que são tidos como “cientificamente verdadeiros”, ou absolutos. Através desse recurso há o embarque num movimento de sabotagem contra uma lógica tida como “a” única maneira de produção de conhecimento válida, neutra, fora das relações de poder, não política, não subjetiva, não histórica. E, além disso, a proclamação da idéia de que o pesquisar também é um específico “processo de valoração”.

[da] psicologia da percepção à sociologia do conhecimento, o eixo sustentáculo de qualquer moderna pesquisa nas ciências humanas é que o “dado” não é nunca um dado primário, mas um resultado: e este “evento” se realiza através de uma “multidão” complicada de processos que implicam sempre valorações. (Rotelli; Leonardis; Mauri; Risio, 1990: 103).

A genealogia busca explicar o aparecimento dos saberes e práticas a partir das “forças externas” aos mesmos, analisando o contexto que viabiliza tal produção. Assim, ocorre a análise “dos porquês” de determinadas invenções, além de inúmeras problematizações acerca das forças que produzem as nossas práticas, sejam elas na arte, na política, na área da saúde. Analisando diretamente o “objeto” dessa pesquisa, diria que o Acompanhamento Terapêutico emerge para dar conta das *prescrições*, sejam elas *químicas* e/ou *comportamentais*, administradas pelos “doutores”, principalmente pelos médicos e psicólogos. Assim, seu aparecimento vem para dar conta do cumprimento das “novas diretrizes” terapêuticas que “autorizavam” que o paciente caminhasse fora do manicômio, desde que *controlado* (pelos remédios e pelo “auxiliar psiquiátrico”). Nesse sentido, o **AT**, em um primeiro momento, foi utilizado para dar conta dessa insegurança quanto à “livre circulação” dos doentes. Esse “atendente grude” surge para (tentar) evitar que o inusitado se faça presente e, além disso, assegurar que nada de perigoso ocorresse ao paciente e aos outros sujeitos que poderiam interagir com ele.

Tomei a pergunta inicial *o que é o Acompanhamento Terapêutico?* não para respondê-la diretamente, ou para criar um “verbete” do que é **AT**. Mas para problematizar o contexto, a história, a formatação funcional, as definições, a autonomia, os campos de intervenção e os processos de subjetivação que constituem essa prática. Com essa estratégia genealógica, busquei colocar em xeque as evidências de que o **AT** é apenas uma *prática auxiliar* que serve para tratar loucos, tomados como doentes que não se adaptam ao sistema tido como “natural” da sociedade capitalista. Ou seja, apesar de inúmeras produções (Mauer, Resnizky, 1987

e 2003; Zamignani, Wielenska, 1999; Schneeroff, Edelstein, 2004; Eggers, 1985) apontarem o **AT** como uma *prática integrativa* (submetida ao olhar do psicoterapeuta ou da equipe na área da saúde) e o seu agente como um *auxiliar* (que não teoriza, não interpreta, não diagnostica, não psicoanalisa nem dá alta) fica visível que a força do *dispositivo* “rua” cria outras formas de ação, encontros que obrigam a *constante invenção* de práticas (também *clínicas*) e *colocação em xeque* das *diretrizes adaptativas* (“naturalizadas”) dos programas formulados pelos “doutores”. Assim, as forças da “cidade” operam rupturas no discurso institucionalizado/institucionalizante que tenta manter o **at** enquadrado como apenas um *adestrador* e o acompanhado como um “alienado”, aprendiz de “boas maneiras”.

Colocar em funcionamento um projeto de pesquisa com o uso da genealogia não é buscar a origem de algo, o “nascimento” do **AT**, mas sim “[...] se demorar nas meticulosidades e nos acasos dos começos; prestar uma atenção escrupulosa à sua derrisória maldade; esperar vê-los surgir, máscaras enfim retiradas, com o rosto do outro; não ter pudor de ir procurá-las onde elas estão, escavando.” (Foucault, 1996: 19). A genealogia toma como uma de suas tarefas um exercício de demarcação dos ocorridos, dos acidentes, ela segue as forças que vão compondo saberes, disciplinas, práticas, poderes. Esse trabalho de “escavação” vai com uma “lupa” ao encontro dos desvios ou das inversões, as trocas de rotas, os planejamentos que tiveram “falhas na apreciação” e que deram emergência ao que hoje vivemos, como os processos que ocorreram no momento da ditadura militar brasileira, da “programada” queda de algumas Comunidades Terapêuticas e do fortalecimento dos manicômios e das inúmeras estratégias de massificação de subjetividades que *não* conseguiram capturar

todos os pacientes, familiares, terapeutas e com isso deu-se o fortalecimento das críticas ao modelo psiquiátrico e também a possibilidade de emergência da *clínica* do **AT**. Em outras palavras, se digo que a *prática auxiliar e integrativa* do Acompanhamento Terapêutico é herdeira das transformações iniciadas na primeira metade do século XX, fundamentalmente a partir da década de 1940, com a criação do Hospital-Dia, dos psicofármacos, da Comunidade Terapêutica, também acredito que essa estratégia é sucessora do seu contexto histórico, ou seja, do incremento dos *programas de homogeneização subjetiva* (re)colocadas em ação durante a ditadura militar brasileira, a partir da década de 1960, mas, principalmente, da sabotagem às mesmas, juntamente com a Reforma Psiquiátrica e o “enfraquecimento” de várias *propostas integrativas*: da manicomial, do tratamento exclusivamente químico e de algumas Comunidades Terapêuticas. Por outro lado, há também a importante constatação dos efeitos terapêuticos da/na “rua” (enquanto *dispositivo*) e o reconhecimento das intervenções *clínicas* em **AT**.

Portanto, através dessa estratégia de pesquisa, torna-se visível que alguns “cálculos” (por exemplo, as tentativas de *massificação de subjetividades* e potencialização de *programas manicomiais*) fazem emergir determinados saberes e práticas, que podem, inclusive, colocar em xeque as “metas desejadas” pelos “guardiões da ordem” (Coimbra, 1995), como a prática do Acompanhamento Terapêutico que pôde (e pode) servir tanto para sustentar *atividades integrativas* como para elaborar *intervenções clínico-sociais* que criticam o *status quo*, entre outras. Assim, da tentativa de destruição total dos serviços tidos como “auxiliares” (**AT**, Comunidade Terapêutica) do modelo psiquiátrico (remédios, camisa-de-força,

celas, choques, lobotomia), surge a possibilidade de criação de outras *práticas clínicas* que passam a questionar o sistema disciplinar reafirmado. A perspectiva da *massificação subjetiva* passa a ser criticada também pelas práticas que emergiram, ou sobreviveram às forças da ditadura militar.

A genealogia embarca nos fluxos que fazem brotar uma emergência, ou o ponto de surgimento de outra rede de impulsos, mostrando como as forças encontram-se, “[...] como elas lutam umas contra as outras, ou seu combate frente a circunstâncias adversas, ou ainda a tentativa que elas fazem – se dividindo – para escapar da degenerescência e recobrar o vigor a partir de seu próprio enfraquecimento.” (Foucault, 1996: 23). No caso do **AT**, é curioso perceber que a sua configuração inicial deu-se no interior das instituições na área da saúde (como manicômios, Comunidades Terapêuticas e Hospitais-Dia) e que, com a falência de algumas dessas estruturas, tudo levava à crer que também a sua intervenção morreria, mas essa “futurologia” mostrou-se falha. Foi justamente nesse “combate frente a circunstâncias adversas” que a prática do **AT** conseguiu “recobrar o vigor a partir de seu próprio enfraquecimento.” E assim, emergiu sua *clínica*, também da falência (e não morte) de sua *prática integrativa*. Hoje, vivem lado a lado tanto o **AT clínico** quanto o **AT integrativo** (o “atendente psiquiátrico”, o “atendente grude”). Por isso afirmo mais uma vez: **ao ficar indiferente às forças da “rua”, o acompanhante terapêutico anula as possibilidades de invenção de sua prática clínica e volta a ser um “auxiliar psiquiátrico”**. Essa frase só tem sentido na medida em que acreditamos que a “rua” é o “ouro”, um *dispositivo* por excelência que viabiliza criações que extrapolam as diretrizes terapêutico-burocráticas. Logo, para lidar com

esse pular de inusitados encontros é preciso criar também as *práticas clínicas* (para além dos protocolos institucionalizados), sob pena de o acompanhante manter-se insensível ao contexto da “cidade”. E, se o objetivo é manter-se apático frente as forças do “urbano”, para que ir à “rua”? Ir à “cidade” apenas para ser um “auxiliar” que conduz pacientes de um tratamento a outro, cuidando para que os mesmos tomem os *remédios prescritos* e não mantenham *comportamentos desviantes* que prejudiquem a si e aos outros? Precisa ser uma acompanhante terapêutico para cumprir essas metas ou basta ser um “auxiliar psiquiátrico”?

A análise das *práticas adaptativas* do/no **AT** mostra a possibilidade de criação de sua *clínica*, a qual pode romper com o *modelo integrativo* a partir de uma problematização da “rua”, tomada como *dispositivo*. Assim, a perspectiva genealógica, além de apontar o Acompanhamento Terapêutico como uma *ampla estratégia* de criação de mundos (uma prática que pode ser muito mais que um *tratamento integrativo* de psicóticos ou de *adaptação* de loucos), também produz reflexões sobre a sua *emergência*, que vai muito além de um divulgado “nascimento **AT**”, seja ele brasileiro ou argentino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dessa produção, usando como “bússola” a questão norteadora “o que é o Acompanhamento Terapêutico?”, circulou-se, com o uso da estratégia genealógica, por processos históricos que expressam um emaranhado de forças (políticas, ideológicas, científicas, clínicas, filosóficas, psicológicas, médicas) que montaram a rede para a invenção dessa prática. Forças estas que compõem o campo de ação do Acompanhamento Terapêutico ainda hoje.

Entre as inúmeras passagens possíveis de análise, me detive sobre a criação dos psicofármacos, que permitiram a *circulação contida* quimicamente dos “pacientes perigosos”; o desenvolvimento dos Hospitais-Dia e das Comunidades Terapêuticas, que ao tentarem criar um “ambiente humanizado”, não hierarquizado, dentro de uma instituição de “saúde mental”, chegaram ao limite desse objetivo, tendo de colocar em xeque a *lógica do manicômio*, dando espaço, com isso, a críticas fundamentais que eclodiram e tomaram corpo com o movimento da Reforma Psiquiátrica, que vêm criticando a *lógica psiquiátrica* e a *instituição loucura* até hoje.

Através da problematização desses processos, pude analisar a criação da prática do **AT**, que, num primeiro momento, não tinha uma *função clínica*, e sim era tomada como uma *intervenção auxiliar assistencial* que buscava integrar loucos e

dependentes químicos. O Acompanhamento Terapêutico surgiu para dar conta do que outras práticas não davam, ou seja, era uma intervenção que lidava com “sujeitos refratários” às clássicas intervenções (psicoterapia e psicofarmacologia), tendo como suas *primeiras funções*: controlar os comportamentos violentos do paciente para consigo e com os outros; fazer com que o acompanhado ingerisse a medicação prescrita; realizar a coleta de informações da vida cotidiana do paciente e de outros significativos; auxiliar para que o acompanhado chegasse ao consultório do psicólogo, médico, dentista, etc.

Logo em seguida, ocorreu o contexto oportuno para a emergência da *clínica* do Acompanhamento Terapêutico. Essa se deu a partir de uma grande rede de forças, algumas delas foram analisadas durante esse percurso, como:

O crescente descrédito das propostas manicomiais e a criação da lei contra os hospícios, estruturas manicomiais que produziam o que diziam tratar: “a loucura doente”.

A queda de algumas Comunidades Terapêuticas brasileiras pela tentativa, principalmente por parte dos “guardiães da ordem” da ditadura militar, de acabar com a “humanização” dessas instituições e voltar à *lógica manicomial* (que capturava e continha os desviantes, anormais, revolucionários).

A crítica à forma de intervenção unicamente química, que anulava a comunicação dos pacientes e controlava comportamentos sem questionar o que produzia esse funcionar.

O reconhecimento dos efeitos terapêuticos da/na “rua”, que passa a ser pensada como um *dispositivo*, ou um amplo contexto habitado por um emaranhado de processos subjetivadores, que é muito mais do que um *plano de fundo neutro*, sendo um elemento tão criador, interventor quanto a ação de um psicoterapeuta.

E, por fim, a eficácia dos trabalhos desenvolvidos pelos agentes que usavam a estratégia do AT, os quais, mesmo após serem despedidos das falidas Comunidades Terapêuticas, passam a ser solicitados por pacientes, familiares e psicoterapeutas, pois mostravam um *outro modo* de lidar com a questão do tratamento em saúde, divulgando suas práticas de circulação pelo tecido urbano, onde os inusitados encontros eram, e ainda são, recursos de *trabalho clínico*, de processos de subjetivação outros, incluindo as análises das suas próprias ações durante os percursos vividos com os acompanhados, num *movimento reflexivo*, num “exercício filosófico” que alguns chamam de “análise da implicação”, um recurso fundamental para não fazer da “rua” mais um “sutil manicômio” com uma *máscara invisível* da “livre circulação”.

De fato, o AT, na medida em que desprende a clínica de suas amarras institucionais e a lança no contexto do cotidiano de vida, pode enriquecer o espaço terapêutico com toda uma gama de experiências. (Palombini, 2004: 86).

Com o circular dessa pesquisa, fica visível que as intervenções e as estratégias do **AT** são “andarilhas”. É fundamental que continuem assim, pois com esse funcionar há a criação constante de inusitados modos de fazer Acompanhamentos Terapêuticos (não apenas integrativo, mas também clínico, político, artístico). Aliás, esse nome (**AT**) é apenas o indicativo da nossa “vontade de nomear” uma composição de forças que podem ser usadas para muitas metas, algumas (como vimos durante esse percurso) inclusive contraditórias.

O trabalho com acompanhamento terapêutico só pode ser colocado na perspectiva de busca de uma transformação na qual seja possível o convívio entre modos distintos de estar no mundo, de lidar com temporalidades outras. Não sendo mais possível manter “a atitude padrão, previsível e controlada”, o acompanhante terapêutico deve – e nisso não tem escolha – criar a partir do que vai vivendo nas andanças, deve inventar lidando com o inusitado. (Chnaiderman, 2004: 13).

Desse modo, fica evidente a necessidade da constante problematização e implicação por parte dos profissionais que agem como acompanhantes terapêuticos. Essa possível implicação do **at** pode levar em consideração essa gama muito grande de forças que produziram e produzem ainda hoje o seu trabalho. Além disso, esse agente poderia analisar o quanto ele próprio produz essa prática (que pode ser *clínica*) a todo momento e, com isso, também pode produzir ou sustentar uma determinada maneira de ver o usuário do seu serviço, viabilizando, assim, determinadas subjetividades. Essas forças mostram o quanto participamos dos processos que nos produzem, e, se nos produzem, também produzem o nosso “olhar” e, com isso, nosso “objeto” de pesquisa, e o nosso viver.

É este o nosso grande desafio: perceber que nossas práticas são datadas historicamente, que estamos produzindo cotidianamente perplexidades e incoerências, mas que através de nossas implicações com os diferentes movimentos sociais que se espalham pelo mundo, podemos criar novos dispositivos de intervenção, novos espaços, novos saberes e novos sujeitos. Este desafio está colocado e muitas práticas em seus microespaços tentam avançar e, efetivamente, estão conseguindo produzir territórios onde a crítica, o questionamento, a criatividade, a multiplicidade se encontram presentes. (Coimbra, 1995: 61).

BIBLIOGRAFIA

- A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.) (1991). A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta. 247p.
- ANTONUCCI, R. (1994). Terapias Ressocializantes: O acompanhante terapêutico. In: ASSUMPÇÃO Jr. F.B. Psiquiatria da infância e da adolescência. São Paulo, Santos. p. 549-555.
- ALMEIDA, Marília Mastrocolla de; CURSINO, Edna; DEGANI, Carolina; GABARRA, Leandro; OLIVEIRA, Maria Cecília Rodrigues de (2003). A prática do Acompanhamento Terapêutico com jovens autores de delito. Primeiro Congresso Ibero-americano de Acompanhamento Terapêutico. Faculdade de Medicina, Universidade Nacional de Buenos Aires (Buenos Aires).
- BARRETTO, Kleber Duarte (1997). Uma Proposta de Visão Ética no Acompanhamento Terapêutico. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). Crise e Cidade: Acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC. p. 241-268.
- BARRETTO, Kleber Duarte (1998). Ética e Técnica no Acompanhamento terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco. 210p.

- BASAGLIA, Franco (1982). A Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, O Otimismo da Prática. 3º ed. São Paulo: Ed. Brasil Debates. 158p.
- BASAGLIA, Franco (1985). A Instituição Negada. Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de (1997). Dialogando com Habermas, Stengers e Santos – Pensando Outros Paradigmas de Pesquisa: As contribuições da análise genealógica. In.: Vertentes. São Paulo: UNESP. Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar da Faculdade de Ciências e Letras de Assis. nº 03. pp. 63-75.
- BARROS, Regina Benevides de (2002). Clínica e social: Polaridades que se opõem/complementam ou falsa dicotomia?. In.: RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. (org.). Clínica e Política: Subjetividade e violação dos direitos humanos. Equipe Clínico-Grupal Tortura Nunca Mais – RJ. Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá. Rio de Janeiro. pp. 123-139.
- BERGER, Eliane (1997). Apresentação. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). Crise e Cidade: Acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC. p. 7-10.
- BUSTAMANTE, Mirian Pantoja de (2003). O Acompanhamento Terapêutico no Cotidiano da Vida: Ou Memória da Loucura: E Agora José? Disponível em: < <http://siteat.cjb.net/> > Acessado em: 30/07/2003.
- CABRAL, Károl Veiga; BELLOC, Márcio Mariath (2004). O Acompanhamento Terapêutico Como Dispositivo da Reforma Psiquiátrica: Duas experiências em saúde mental coletiva. In: PALOMBINI, Analice de Lima [*et alli*].

Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: A clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS. p. 113-124.

- CALVINO, Italo. As Cidades Invisíveis. 9º ed. Tradução: Diogo Mainardi. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. 150p.
- CAMPBELL, Robert J. (1996). Dicionário de Psiquiatria. São Paulo: Martins Fontes. 644p.
- CARVALHO, Sandra Silveria (2004). Acompanhamento Terapêutico: Que clínica é essa? São Paulo: Annablume. 148p.
- CARROZZO, Nelson Luiz M. (1991). Campo de Criação, Campo Terapêutico. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta. p. 31-40.
- CAUCHICK, Maria Paula (2001). Sorrisos Inocentes, Gargalhadas Horripilantes: Intervenções no Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: AnnaBlume. 142p.
- CERTEAU, Michel de (1994). A Invenção do Cotidiano: Artes de fazer. 3º ed. Tradução: Ephraim Ferreira Alver. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. 351p.
- CHAYAN, Karina; BARI, Gladys di; GASPERI, Paula (2003). Acompañamiento terapeutico, hospital de dia y trastornos alimentarios. Primeiro Congresso Iberoamericano de Acompanhamento Terapêutico. Modalidade de painel. Faculdade de Medicina, Universidade Nacional de Buenos Aires (Argentina).
- CHNAIDERMAN, Miriam (2004). Construindo Possibilidades de Clínicas Multifacetadas: Caleidoscópios cotidianos. In: PALOMBINI, Analice de Lima [et alli]. Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: A clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS. p. 13-16.

- CHNAIDERMAN, Miriam (1991). Vida e Morte no Trabalho com Psicóticos. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta. p. 61-65.
- COELHO, Vera Lucia Decnop (2004). Prefácio. In: CARVALHO, Sandra Silveria. Acompanhamento Terapêutico: Que clínica é essa? São Paulo: Annablume. p. 11-13.
- COIMBRA, Cecília Maria Bouças (1995). Desenvolvimento sociocultural e político (60-80) e meios psicoterápicos. Em: CIORNAI, Selma (org.). 25 anos depois: Gestalt-terapia, psicodrama e terapias neo-reichianas no Brasil. São Paulo: Ágora. 66p.
- COIMBRA, Cecília Maria Bouças (2004). Entrevista Completa. Disponível em: < <http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/ceciliacoimbra/cecilia1.html> > Acessado em: 22/06/2004.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA [CFM] (2003). Jornal do Conselho Federal de Medicina. ANO XVIII, Nº 143, maio/junho. p. 10-12.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP] (2004). Jornal do Conselho Federal de Psicologia. ANO XVIII, Nº 77, fevereiro. p. 08.
- COOPER, David (1989). Psiquiatria e Antipsiquiatria. 2º ed. São Paulo: Perspectiva. 162p.
- COSSI, Eduardo. (2002). Marco legal para la practica del Acompañamiento terapéutico: Derechos y responsabilidades. In: MANSON, Frederico; ROSSI, Gustavo; PULICE, Gabriel *et al.* (org.). Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Polemos Editorial. p. 131-136.

- DAMETTO, Carmem (1972). O Psicótico e Seu Tratamento. Mimeo.
- DELEUZE, Gilles (1988). Foucault. Tradução: Claudia Sant’Anna Martins. São Paulo: Brasiliense. 142p.
- DELEUZE, Gilles (1996). O Mistério de Ariana. Lisboa: Passagens.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix (1995). Mil Platôs 1: Capitalismo e esquizofrenia. Tradução: Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34. 97p.
- EGGERS, José Carlos (1985). O Acompanhamento Terapêutico: Um Recurso Técnico em Psicoterapia de Pacientes Críticos. (Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiquiatria da PUC/RS, junho de 1984). In: Revista de Psiquiatria - RS/nº7. Porto Alegre, janeiro/fevereiro. p. 05-10.
- EIZIRIK, Marisa Faermann (1995). Michel Foucault: Sobre a passagem do poder/saber à genealogia da ética. Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, v. 7. p. 25-57.
- FERREIRA, Gina (2003). Panorama sobre a reforma psiquiátrica brasileira no Rio de Janeiro: Do manicômio público ao lar abrigado. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). Loucura, ética e política: Escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 175-180.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (1999). Novo Dicionário Aurélio Eletrônico Século XXI. Editora Nova Fronteira. Versão 3.0.
- FIGUEIREDO, Ângela Liggerini de; SEGAL, Jair (1998). Indicações e Expectativas do Trabalho do Acompanhante Terapêutico. In: PELLICCIOLI, Eduardo *et al.* (orgs.). Cadernos de AT: Uma clínica itinerante. Porto Alegre: Grupo de Acompanhamento Terapêutico Circulação, 1998. p. 79-82.

- FOUCAULT, Michel (1988). História da Sexualidade I: A vontade de saber. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 14º ed. Rio de Janeiro: Graal. 152p.
- FOUCAULT, Michel (1989). Doença Mental e Psicologia. Tradução: Lilian Rose Shalders. 2º ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 99p.
- FOUCAULT, Michel (1996). Microfísica do Poder. Organização e tradução: Roberto Machado. 12º ed. Rio de Janeiro: Graal. 295p.
- FOUCAULT, Michel (1997). História da Loucura: Na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1997. 551p.
- FOUCAULT, Michel (1999a). Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes.
- FOUCAULT, Michel (1999b). Microfísica do Poder. 14º ed. Rio de Janeiro: Graal. 295p.
- FRAYZE-PEREIRA, João A. (1997). Crise e cidade. Por uma poética do acompanhamento terapêutico. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). Crise e Cidade: Acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC. p. 19-35.
- GAVIOLI, Camille; RANOYA, Flávia; ABBAMONTE, Renata (2001). A prática do acompanhamento educacional na inclusão escolar: Do acompanhamento do aluno ao acompanhamento da escola. In: Colóquio do LEPSI IP/FE-USP: “Psicanálise, infância e educação”, Ano 03., outubro de 2001, São Paulo. Disponível em: <
http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032001000300020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acessado em: 17/12/2004.

- GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL (2000). SUS é legal: Legislação Federal e Estadual. Porto Alegre: SES/RS & CES/RS, outubro.
- GUATTARI, Félix (1992). Caosmose: Um novo paradigma estético. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34. 203p.
- GRAIÑO, Carlos (2002). Marco legal para la practica del Acompañamiento terapéutico: Derechos y responsabilidades. In: MANSON, Frederico; ROSSI, Gustavo; PULICE, Gabriel *et al.* (org.). Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Polemos Editorial. p. 129-130.
- IBRAHIM, César (1991). Do Louco à Loucura: O percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta. p. 43-49.
- INGRASSIA, Franco (2002). Intervenir en situación: El Acompañamiento Terapéutico como práctica de discurso. In: MANSON, Frederico; ROSSI, Gustavo; PULICE, Gabriel *et al.* (org.). Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Polemos Editorial. p. 61-64.
- JONES, Maxwell (1968). A Comunidade Terapêutica. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- JUSTI, Mirella Martins (2004). Múltiplas Possibilidades. Revista Viver Psicologia. Disponível em: <
http://www.revistaviverpsicologia.com.br/site2/detalhe.php?edicao2=123&pag_id=239 > Acessado em: 22/06/2004.
- KANTORSKI, L. P.; PITIÁ, A. C. A.; MIRON, V. L. A reforma psiquiátrica nas publicações da revista “Saúde em Debate” entre 1985 e 1995. *Revista Eletrônica*

de Enfermagem, v.4, n.2, p. 03-09, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/>>. Acessado em: 15/10/2004.

- HOJAIJ, Carlos Roberto (1975). O que é a equipe psiquiátrica: Em função do psiquiatra. In.: Revista de Psiquiatria. Vol. XIX, nº 28. Itambé: Rio de Janeiro. p. 11-22.
- LEAL, Erotildes Maria. (2002). A experiência da violência na rede de assistência à saúde mental – notas. In.: RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de (org.). Clínica e Política: Subjetividade e violação dos direitos humanos. Equipe Clínico-Grupal Tortura Nunca Mais – RJ. Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá. Rio de Janeiro. pp. 141-150.
- LEMGRUBER, Vera (2004). As bases neurocientíficas da psicoterapia. In.: Viver mente & Cérebro. Ano XIII, nº 144. São Paulo: Duetto. p. 24-28.
- LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; ROTELLI, Franco (1990). Prevenir a prevenção. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de. Desinstitucionalização. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec. p. 65-87.
- LOBOSQUE, Ana Marta (2001). Experiências da Loucura. Rio de Janeiro: Garamond. 170p.
- MACHADO, Roberto (1996). Por uma genealogia do poder. Em: FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Organização e tradução: Roberto Machado. 12º ed. Rio de Janeiro: Graal. 295p.
- MANSON, Frederico; ROSSI, Gustavo; PULICE, Gabriel *et al.* (org.) (2002). Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Polemos Editorial. 174p.

- MAUER, Susana Kuras de; RESNIZKY, Silvia (1987). Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos: Manual Introdutório a Uma Estratégia Clínica. Tradução: Waldemar Paulo Rosa. São Paulo: Papirus. 164p.
- MAUER, Susana Kuras de; RESNIZKY, Silvia (2003). Acompañantes Terapéuticos: Atualización teórico-clínica. Buenos Aires: Letra Viva. 238p.
- MITTMAN, Nauro (1998). Fragmentos de um Delírio. In: PELLICCIOLI, Eduardo *et al.* (orgs.). Cadernos de AT: Uma clínica itinerante. Porto Alegre: Grupo de Acompanhamento Terapêutico Circulação, 1998. p. 13-16.
- MORIN, Edgar. (1996). Epistemologia da Complexidade. Em: SCHNITMAN, Dora Fried (org.). Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas. pp. 274-289.
- NIETZSCHE, Friedrich (1974). Obras Incompletas. São Paulo: Abril. 424p.
- PALOMBINI, Analice de Lima [*et alli*] (2004). Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: A clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 145p.
- PALOMBINI, Analice de Lima (2003). A ética nas micropolíticas de atenção à loucura. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). Loucura, ética e política: Escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 159-163.
- PELLICCIOLI, Eduardo Cavalheiro; GUARESCHI, Neuza; BERNARDES, Anita Guazzelli. (2004). O trabalhador da saúde mental na rede pública: O acompanhamento terapêutico na rede pública. Disponível em: < <http://www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos/Eduardo%20Pelliccioli%20e%20Neusa%20Guareschi%20-%20PUC%20RS.doc> > Acessado em: 25/06/2004.

- PORTO, Maurício; SERENO, Deborah (1991). Sobre o Acompanhamento Terapêutico. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta. p. 23-31.
- PULICE, Gabriel (2002). El Acompañamiento Terapéutico en las Políticas de Salud Mental. In: MANSON, Frederico; ROSSI, Gustavo; PULICE, Gabriel *et al.* (org.). Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Polemos Editorial. p. 149-157.
- PULICE, Gabriel; ROSSI, Gustavo [1997]. Acompañamiento Terapéutico: Aproximaciones a su conceptualización, presentación de material clínico. Buenos Aires: Polemos Editorial. 161p.
- RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. (1995). Michel Foucault, Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução: Vera Porto Carrero e Antonio Carlos Mais. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 299p.
- RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de (2002). (org.). Clínica e Política: Subjetividade e violação dos direitos humanos. Equipe Clínico-Grupal Tortura Nunca Mais – RJ. Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá. Rio de Janeiro. pp. 09-12.
- REIS NETO, Raymundo de Oliveira (1995). Acompanhamento Terapêutico: Emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no RJ. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ). Mestrado em Psicologia Clínica. Orientadora: Esther Arantes de Magalhães.

- RIVAROLA, Gustavo (2002). Acompanhamento terapêutico y función secretario. In: MANSON, Frederico; ROSSI, Gustavo; PULICE, Gabriel *et al.* (org.). Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapêutico. Buenos Aires: Polemos Editorial. p. 17-22.
- ROLNIK, Suely (1997). Clínica Nômade. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta. p. 83-97.
- ROSSI, Gustavo (2002). La Formación del Acompañante Terapêutico. In: MANSON, Frederico; ROSSI, Gustavo; PULICE, Gabriel *et al.* (org.). Eficacia Clínica del Acompañamiento Terapêutico. Buenos Aires: Polemos Editorial. p. 95-106.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de (1990). Desinstitucionalização. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec. 112p.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da europa ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de. Desinstitucionalização. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec. p. 17-59.
- ROTELLI, Franco (1990a). O inventário das subtrações. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de. Desinstitucionalização. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec. p. 61-64.

- ROTELLI, Franco (1990b). A instituição inventada. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de. Desinstitucionalização. Organização: Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec. p. 89-99.
- SCHNEEROFF, Susana; EDELSTEIN, Sonia (2004). Manual Didático Sobre Acompanhante Terapêutico: Introducción a técnicas y estrategias de abordaje clínico. Buenos Aires: Akadia Editorial. 146p.
- SERENO, Deborah (1996). Acompanhamento Terapêutico de Pacientes Psicóticos: Uma Clínica na Cidade. (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo). São Paulo. 191p.
- SERENO, Deborah (1997). Acompanhamento Terapêutico e Cinema. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: EDUC. p. 49-59.
- SILVA, Alex Sandro Tavares da (2003a). O fazer andarilho: O acompanhante terapêutico como um agente político. Faculdade de Medicina, da Universidade Nacional de Buenos Aires (Argentina). Primeiro Congresso Ibero-americano de Acompanhamento Terapêutico.
- SILVA, Alex Sandro Tavares da (2003b). A Psicologia tomando a rua como setting: O fazer andarilho. In: JACQUES, Wilson Cleber Antunes (et al.). (Org.). Histórias e Memórias de Psicologia: Trabalhos premiados no concurso comemorativo dos 40 anos de regulamentação da profissão de Psicólogo no Brasil. Porto Alegre, p. 73-86.
- SILVA, Alex Sandro Tavares da (2002). Acompanhamento Terapêutico & Vontade de Poder: Por um “fazer andarilho” em Psicologia. Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos

(UNISINOS). Centro de Ciências da Saúde. Orientadora: Prof. Dra. Psic. Simone Mainieri Paulon. São Leopoldo. 85p.

- SILVA, Maria Cristina Carvalho da (2003). Seminário loucura, política e ética. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). Loucura, ética e política: Escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 207-210.
- SILVA, Rosane Azevedo Neves da (2001). Cartografias do social: Estratégias de produção do conhecimento. Tese (doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Orientadora: Prof. Dra. Margareth Schäffer. Porto Alegre: UFRGS, 2001. 144p.
- SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL [SIMERS] (2005). Deputado Adilson Troca assume projeto de Reforma Psiquiátrica. Porto Alegre/RS. 24 de fevereiro. Disponível em: <<http://www.simers.org.br/deputadoadilson.php>>. Acessado em: 25/04/05.
- SOUZA, Marta Elizabeth de (2003). Os novos movimentos sociais – organização política dos usuários em saúde mental. In: Conselho Federal de Psicologia (org.). Loucura, ética e política: Escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 144-152.
- TEIXEIRA, Ana Paula A.; DENAME, Débora; BALDUINO, Rita de Cássia (1991). O Acompanhamento Terapêutico e Um Enfoque Humanista das Relações Familiares. In: A CASA, Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia (org.). A Rua Como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: Escuta. p. 167-173.

- VARELLA, Flávia (2005). O Inimigo é Radical: Entrevista com Luc Montagnier. In.: Veja. São Paulo: Abril. Ano 37. Edição 1893, nº 08. p. 11-15.
- WIGLEY, Mark. (1996). A Desconstrução do Espaço. In: SCHNITMAN, Dora Fried (org.). Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 152-166.
- ZAMIGNANI, D. R.; WIELENSKA, R. C. (1999). Redefinindo o papel do acompanhante terapêutico. In: KERBAUY, R. R.; WIELENSKA, R. C. (org.). Sobre comportamento e cognição. Santo André: ARBytes Editora. p. 157-165.