

# Acompanhamento Terapêutico (AT) e Saberes Psicológicos: Enfrentando a História

*Therapeutical Accompaniment (TA) and Psychological Knowledge: Facing History*

João Luiz Leitão Paravidini<sup>1</sup>, Cérise Alvarenga<sup>\*2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG

<sup>2</sup> Associação Municipal de Assistência Social, Belo Horizonte, MG

---

## Resumo

Este texto abriga reflexões construídas na dissertação de mestrado intitulada “Trânsitos da clínica do AT: da via histórica à cotidiana”. Através da exploração histórica dos conceitos e das funções atribuídas ao AT, nesta pesquisa, foi possível reconhecer um movimento de expansão prática e conceitual da clínica do AT, que utiliza teorias advindas dos saberes psis (psiquiatria, psicanálise, psicologia). A escuta dos discursos de psicólogos-ats, sobre seu fazer cotidiano, reflete a constituição de uma especialidade da sua prática e os efeitos na criação/re-invenção da mesma. Por um lado, essa clínica veicula em seu fazer diferentes modos de subjetivação, herdando diferentes éticas que atravessam saberes psi, reproduzindo-os; por outro, informa e reivindica a necessidade de se construir um fazer clínico comprometido com a complexidade e o dinamismo a que tais saberes estão submetidos.

*Palavras-chave:* Psicologia, Acompanhamento Terapêutico, Clínica, História.

## Abstract

This text contains considerations arising from a master's degree dissertation on the clinic of Therapeutical Accompaniment (TA) entitled: "Transits of the TA clinic: from a historical to a everyday route". Through the historical exploration of the concepts and functions attributed to the TA, this research identified a movement of practical and conceptual expansion of the TA clinic, which makes use of theories comes from "Psych" knowledge (psychiatry, psychoanalysis, psychology). By "listening" of the speeches of psychologists-TAs on their daily tasks, this article reflects on the constitution of a specialty of their practice and the possible effects of its creation/re-invention. On the one hand, this practice, having been constituted from the "Psych" knowledge, incorporates different manners of subjectivity, inherited from different values or ethics that permeate such knowledge, reproducing them; on the other hand, it informs and demands the necessity to construct a clinical practice committed with the complexity and the dynamism to which the "Psych" knowledge is submitted.

*Keywords:* Psychology, Therapeutic Accompaniment, Clinical, History.

---

## Clínica do AT<sup>1</sup>: Constituição e Transformação

A designação *acompanhantes terapêuticos* aparece no início da década de 70, na Argentina. Segundo nos contam Mauer e Resnizky (1987), foi no interior do trabalho de uma equipe terapêutica de abordagem múltipla, a partir da experiência

vivenciada naquele país, que surgiu a figura do at. A tarefa da equipe consistia em “abordar os pacientes em todos os aspectos de sua vida diária, tentando criar-lhes um meio ambiente terapêutico, participando ativamente dos diferentes grupos a que pertenciam, visitando suas casas, conhecendo

---

\* Endereço para correspondência: [cerisealvarenga@yahoo.com.br](mailto:cerisealvarenga@yahoo.com.br)

<sup>1</sup> Usaremos AT para Acompanhamento Terapêutico, e at para acompanhante terapêutico.

seus amigos, reunindo-os com os professores ou diretores de escola quando considerávamos oportuno” (Mauer & Resnizky, 1987, p.35). Em meio ao trabalho dessa equipe, que atendia pacientes severamente perturbados, com histórico de fracasso em tratamentos anteriores e que apresentavam resistência a qualquer tipo de psicoterapia, é que foi se delineando o papel do acompanhante terapêutico.

Inicialmente chamado por Eduardo Kalina, psiquiatra e psicanalista, de “amigo qualificado”, a denominação de “acompanhante terapêutico” cunhada posteriormente implicou mudança quanto à delimitação do papel desse profissional. A idéia era de que a expressão “amigo qualificado” acentuava o componente amistoso do vínculo com o paciente, enquanto “acompanhante terapêutico” acentuava o caráter terapêutico da função, reforçando sua condição de integrante da equipe psicoterapêutica, delimitando sua tarefa, fortalecendo o sentido interacional assimétrico do vínculo. Sobre as condições descritas para ser at, Mauer e Resnizky (1987) escrevem que podiam “ser homens ou mulheres com vocação assistencial, alto grau de compromisso e interesse e possibilidade de trabalhar em equipe” (p. 43). A origem da “missão” do at, segundo as autoras, está numa concepção psiquiátrica dinâmica, oposta à prática clássica que confinava o enfermo mental com o rótulo de louco, afastando-o de sua família e da comunidade.

Nas experiências que começaram a ser registradas no Brasil tem-se, por exemplo, o relato de José Eggers, em um artigo publicado em 1985. Ao discorrer sobre a experiência da equipe do Instituto de Psiquiatria Compreensiva, na década referida, fala da dificuldade de se definir o acompanhante terapêutico em razão da diversidade de aspectos que envolviam esse papel. Contudo, ele extrai de diversos autores da época um consenso: o at é 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 a função específica de ensinar a operar no marco social” (Eggers, 1985, p.7). Na experiência relatada por esse autor, a atividade do AT em Porto Alegre era realizada por estudantes de medicina indicados muitas vezes pelos

professores de psiquiatria. Este dado é interessante de ser realçado, pois mostra que nesta instituição já começa a ocorrer uma diferenciação no perfil daqueles que exercem o AT. Já não são leigos, mas graduandos de medicina.

Em outras experiências, relata-se que o at foi anteriormente denominado “auxiliar psiquiátrico”. De acordo com Generoso, Maia e Fonseca (2002), a idéia do auxiliar psiquiátrico teve início na década de 70 em Porto Alegre, na experiência da Clínica Pinel, depois chegando às comunidades terapêuticas do Rio de Janeiro. Mesmo com o fechamento das comunidades terapêuticas, no final da década de 70, os auxiliares psiquiátricos continuaram a ser solicitados por terapeutas e familiares que buscavam alternativas à internação.

Ao traçar um histórico do percurso do auxiliar psiquiátrico ao acompanhante terapêutico da Vila Pinheiros no Rio de Janeiro, Ibrahim (1991) afirma que a prática do at extramuros, ocorrida após o fechamento das comunidades terapêuticas, caracterizou-se por uma postura semelhante à da fase anterior. Esta prática, além de abarcar a função tríplice de proteção, vigilância e contenção, envolvia também a função de estar com, ou de “ego auxiliar”. Nesse sentido, vê-se que “[...] o acompanhante era, pois, um misto de companheiro e enfermeiro que administrava a medicação, confidente, censor, conselheiro, elo de ligação entre terapeuta e paciente, ego auxiliar e eventualmente até superego auxiliar” (p. 47).

À medida que as experiências extramuros transcorreram e a prática do AT foi se tornando uma referência para lidar com a crise psíquica, deixando marcas menos profundas como as causadas pela hospitalização, o trabalho do at foi se transformando. Nesse processo de transformação, Ibrahim (1991) mostra que a disputa acirrada pelo mercado profissional na área psi promoveu uma gradual qualificação do auxiliar psiquiátrico. Ele aponta que inicialmente a maioria dos profissionais era leiga em relação à formação na área de Saúde Mental e uns poucos eram estudantes de psicologia e medicina, e outros tantos ligados às áreas de ciências humanas, mas esse perfil vai sendo modificado. De leigos e estudantes que compunham o contingente inicial, passam a ser quase que exclusivamente profissionais ligados à área de Saúde Mental. Tal mudança se fez, de

acordo com o referido autor, mediante, também, a influência crescente do movimento de terapia familiar nos Estados Unidos e na Inglaterra. Esse movimento desencadeou uma onda de discussões que favoreceu uma nova ótica da atividade de auxiliar psiquiátrico. A concepção de que a loucura teria suas raízes na dinâmica familiar fez com que o trabalho de acompanhamento ganhasse uma nova dimensão. O acompanhante passou a se munir de um arsenal teórico que o ajudasse a ocupar um novo espaço, deixando de acompanhar o louco passando a acompanhar a loucura ou a família e suas tramas.

Até o final dos anos 80, o at era designado como “auxiliar psiquiátrico”, situando-se numa relação complementar e hierarquizada diante do psiquiatra; essa mudança de nome, segundo Ribeiro (2002), é expressiva para situar o lugar que o acompanhante vai passando a ocupar na clínica da psicose.

Na apresentação do livro *A rua como espaço clínico* (1991), primeira obra organizada pela equipe de acompanhantes terapêuticos d'A Casa, o psiquiatra e psicanalista, Nelson Carrozzo, um dos fundadores em São Paulo deste Hospital Dia, diz que o serviço de acompanhantes terapêuticos foi criado em meio a um conflito. Como ideal de tratamento, era fundamental que o paciente saísse da instituição ao final da tarde e fosse para a rua, para a cidade, para a sua família; por outro lado, percebia-se que isso não era possível, era necessária maior continência dos doentes por parte da instituição. Daí a investida no recurso do acompanhante terapêutico.

Deborah Sereno aponta que dois anos após a fundação d'A Casa, em 1981, já havia um grupo de ats que buscava novas estratégias clínicas. Sobre o surgimento do AT nesta instituição, a autora afirma: “Podemos dizer que, na história do Hospital Dia A Casa, o AT surge como uma clínica para atender a uma demanda institucional de um pedaço do tratamento que ficava fora dos tratamentos institucionais oferecidos.” (Sereno, 1996, p. 29).

Assim como no caso da Argentina, relatado por Mauer e Resnizky, na experiência d'A Casa, o at também foi chamado a princípio de “amigo qualificado”, mas pelo fato dessa designação dar margem a confusão e não traduzir o que era feito,

passou a ser nomeado “acompanhante terapêutico”. Carrozzo (1991) ressalta que esse novo termo não mais definia a continência oferecida, mas sim uma ação junto a outra pessoa: o acompanhar.

A experiência de São Paulo, a partir do Hospital Dia “A Casa” derivou encontros, publicações e cursos, tornando-se uma forte referência para profissionais como psicólogos, psicanalistas, que iniciaram trabalhos de atenção a Saúde Mental, nas duas últimas décadas, contando com o Acompanhamento Terapêutico. Isto pode ser observado em experiências relatadas por profissionais de cidades como Belo Horizonte, Uberlândia, Brasília, citadas respectivamente pelos autores: Generoso, Maia e Fonseca (2002), Freitas (2002) e Carvalho (2004).

### **As definições conceituais e funcionais: do at ao AT**

No Brasil, as designações de quem vem a ser o Acompanhamento Terapêutico vão passando por transformações. Pinçaremos algumas definições construídas nas duas últimas décadas (1980 e 90) que fornecem os contornos dessas modificações.

No primeiro livro organizado pela equipe de acompanhantes do Hospital Dia “A Casa” encontramos uma definição de AT em forma de verbete, elaborada por Sereno e Porto (1991). A partir de suas experiências, esses autores conceituam AT como: “Uma prática de saídas pela cidade cuja intenção seria montar um “guia” que pudesse 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” (Sereno & Porto, 1991, p. 31).

Em trabalho publicado na Revista *Psicologia Ciência e Profissão*, o AT é descrito como “Uma prática paralela de atendimento a pessoas que estejam em sofrimento psíquico, atravessando situações que exijam atenção mais intensiva do que a encontrada no tratamento regular, quando este se encontra em curso. Através da participação do cotidiano do paciente, recursos diferenciados de atuação terapêutica, no próprio ambiente, são proporcionados criando condições para a exploração das potencialidades transformadoras de uma situação de crise como também a

compreensão e a intervenção na dinâmica familiar e na rede social do indivíduo” (Ribeiro, 2002, p. 79).

A partir da experiência na Clínica *Urgentemente*, em Belo Horizonte, Generoso, Maia e Fonseca (2002), ao apresentarem o trabalho desenvolvido com o recurso do AT, referem-se a este como uma modalidade de intervenção inserida em uma rede terapêutica com o objetivo de ampliar a atenção para além das fronteiras da crise e do acompanhamento medicamentoso subsequente. Dentro da proposta desta instituição, o at deve ser um profissional da área de saúde, psicólogo ou terapeuta ocupacional, com nível superior completo e experiência clínica prévia. Sua indicação é feita pelo psiquiatra ou terapeuta do caso que aciona o dispositivo do AT, para desenvolver um “projeto terapêutico”. Dentre os objetivos a serem alcançados estão: superar as limitações impostas pelo adoecimento psicótico, construir mecanismos de convivência integrada e produtiva do acompanhado dentro da sociedade, reinserir o indivíduo no processo produtivo, resgatar o seu papel social e em alguns casos a subsistência, estimular a autonomia na realização de atividades relacionadas a higiene, cuidados com objetos pessoais e uso do dinheiro, promover a reapropriação dos espaços de valor para o acompanhado, estimulando a circulação por estes lugares.

Ao final da década de 90, Carrozzo (1997) apresenta sua definição de Acompanhamento Terapêutico descrevendo-o como: “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, acompanhado e da cidade, clínica da cidade” (Carrozzo, 1997, p.11). Em meio e associado a essas idéias, a do AT ser uma clínica itinerante, nômade, vai habitando, também, a produção escrita dessa prática.

Carvalho (2004) relata a experiência do AnanKe – Centro de Atenção à Saúde Mental em Brasília, que teve início por volta do ano de 1997, através de um grupo de estudo coordenado por uma psicóloga e psicanalista, tendo também contado com um curso de formação de três meses, com a participação de Nelson Carrozzo, do Instituto “A

Casa”, de São Paulo. A autora comenta que existem, além desse grupo, outras equipes de ats no Distrito Federal, e é a partir dessas experiências que ela define o AT: “Uma clínica que acontece no cotidiano, nos mais variados espaços e contextos. Entre as suas características mais marcantes estão o resgate e a promoção da circulação do paciente pela cidade, construindo ou simplesmente explorando redes sociais preexistentes. Predominantemente o Acompanhamento Terapêutico tem sido utilizado no tratamento de pacientes diagnosticados como psicóticos, sendo, entretanto, cada vez mais indicado para pacientes com outros diagnósticos” (Carvalho conforme citado por Carvalho, 2004, p. 23).

Na Internet, desde 2001, existe uma página na qual são descritas psicoterapias, e, em meio às definições de psicodrama, psicanálise, análise transacional, neurolinguística, psicoterapia familiar, dentre outras, o AT é descrito da seguinte forma: “Não é propriamente uma teoria de psicoterapia, mas um modo de atuação do psicoterapeuta. De maneira resumida, consiste na articulação que é feita pelo psicoterapeuta fora do setting, acontecendo no contexto em que o paciente vive. A princípio utilizada nos casos mais graves de ajustamento social vêm sendo também utilizada nos demais casos como um fator potencializador do processo psicoterápico” (Reis, 2005).

É interessante chamar a atenção para alguns aspectos das definições do que é o AT, uma vez que apresentam diferentes modulações. Entre as definições feitas no início da década de 90, o AT é descrito como “uma prática de saídas...”, “prática paralela” a outros tipos de tratamento; noutra, é conceituado como “recurso complementar”, noutra, como “estratégia”, “modalidade de intervenção”, até chegar à idéia de clínica.

A citada página na Internet lista as psicoterapias e inclui no elenco destas o AT, descrevendo-o como um modo de atuação do psicoterapeuta, aponta que sua utilização inicial se destinou a promover o “ajustamento social”, e atualmente é usado como “fator potencializador do processo psicoterápico”. Ao qualificar o AT como um “modo de atuação” do psicoterapeuta dá a entender que o psicoterapeuta utiliza esta modalidade para potencializar o processo psicoterápico, o que revela uma condição do

profissional at bem diferente das anteriormente mencionadas, tais como: o acompanhante ser um leigo, um estudante, ou mesmo um profissional que complementa o trabalho do terapeuta. É o psicoterapeuta-at que atua para potencializar o processo psicoterápico.

Outro aspecto a ser destacado é que a ênfase das definições que, na década de 80 e 90, recaía muito sobre o aspecto das saídas, da circulação e da articulação no social parece ir migrando para a idéia da clínica do cotidiano. Em relação a isso é pertinente pensar que nas décadas de 80 e 90 havia ainda um processo de desospitalização psiquiátrica mais intenso e que atualmente, após quase três décadas, desde o surgimento do at, vive-se um período em que pela lei não há mais internações longas, os pacientes não mais permanecem meses ou anos enclausurados nos hospitais psiquiátricos.

O at, então, pratica a clínica do cotidiano, podendo esse trabalho ser na rua, na casa do paciente ou noutro lugar que se fizer necessário. Através dos relatos e das experiências de Barreto (1998), Freitas (2002) e Carvalho (2004), percebe-se que o AT não mais se restringe apenas a pacientes com diagnósticos de psicose, sendo indicado também para pacientes com outros diagnósticos.

A exploração das funções atribuídas aos ats, permite também a visualização das transformações que foram ocorrendo. Quando Mauer & Resnizky (1987) falam da experiência na Argentina, elas apresentam as seguintes funções do at: - Conter o paciente – esta função é descrita como primeira e fundamental função do acompanhante terapêutico, em qualquer momento do processo, de modo a oferecer-se como suporte, acompanhando as angústias e ansiedades do paciente. - Oferecer-se como modelo de identificação, emprestar o “ego, perceber, reforçar e desenvolver a capacidade criativa do paciente, informar sobre o mundo objetivo do paciente, representar o terapeuta. Em seu livro *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*, estas autoras exemplificam o trabalho do at junto a pacientes esquizofrênicos, psicopatas, adictos, depressivos e relatam que o acompanhamento pode ocorrer individualmente e em grupo. Em relação às tarefas, discriminam o tipo de trabalho a ser desenvolvido durante o tratamento, de acordo com a condição do paciente

que pode ser: ambulatorial, hospitalização diurna, noturna, internação completa ou família substituta.

No elenco de ações e funções do at descritos por Mauer e Resnisky (1987) chamam a atenção algumas características: a contenção desponta como função primeira e fundamental; o trabalho é não interpretativo; ao auxiliar a desenvolver a capacidade criativa do paciente, o at é quem hierarquiza e seleciona tais capacidades; o at, apesar de terapêutico, representa o terapeuta e ajuda a metabolizar as interpretações até mesmo refazendo-as. A idéia de “emprestar o ego” parece guardar uma espécie de síntese que perpassa as demais funções do at descritas por estas autoras.

Eggers (1985), a partir da experiência como médico assistente no Instituto de Psiquiatria Compreensiva em Porto Alegre, na década de 80, descreve o acompanhante terapêutico como recurso complementar à psicoterapia, inclui o at no que denomina didaticamente de etapa diagnóstica e terapêutica, momento em que será adotada uma estratégia de ação por meio da qual o at desenvolverá atividades com o paciente, sua família e com a equipe.

Sereno (1996), a partir de sua experiência como at, faz uma crítica ao modelo de AT, no qual o at empresta o ego ao paciente, servindo como modelo de identificação. Segundo essa autora, neste modelo, o ego do acompanhante aparece como senhor de todo saber e totalmente discriminado, a ponto de servir como modelo de identificação. Ela ressalta que o at, na medida do possível, buscará romper com vinculações estereotipadas, em momentos nos quais o paciente reedita transferencialmente seus fantasmas familiares.

Num dos trabalhos apresentados no I Encontro Paulista de Ats, Cenamo, Prates e Barreto (1991) demarcam algumas diferenças em relação às funções exercidas pelo at, que naquele momento já se faziam notar: a Função de ego auxiliar é descrita não no sentido de emprestar o ego do acompanhante ao paciente acompanhado, mas de "pensar junto", no sentido de um fortalecimento do ego do acompanhado, de ajudar na percepção da realidade interna e externa por parte do paciente.

Vão se apresentando diferentes ênfases no que diz respeito às funções do AT. Em Eggers (1985),

detecta-se que as funções privilegiam ações relativas a um ajuste ou a uma adaptabilidade social do sujeito, na qual se acentua o papel do at em responsabilizar-se pelas decisões e pelas atividades, como programar atividades físicas e recreativas. Cenamo, Prates e Barreto (1991) parecem direcionar seu elenco de funções para a condição “desejante” do sujeito que pode vir a ter mais autoria no que faz.

Utilizando um referencial winnicottiano, Barretto (1998) no itinerário das 210 páginas de seu livro, no qual relata suas “andanças com Dom Quixote e Sancho Pança”, destrincha uma série de funções do AT. Dentre elas, estão holding, continência, apresentação do objeto, manipulação corporal ou handling, interdição, interlocução dos desejos e angústias, modelo de identificação e alívio de ansiedades persecutórias. Tais funções seriam exercidas pelo manejo que constitui a técnica privilegiada do AT. Nesta abordagem, o manejo é entendido como intervenção no setting (enquadre) e/ou no cotidiano do sujeito, levando em conta suas necessidades, sua história e a cultura na qual está inserido, a fim de promover seu desenvolvimento psíquico.

Barretto (1998), por meio das experiências como at, enfatiza que em cada episódio cotidiano, constituído por at, paciente e seus inúmeros objetos e lugares relacionados, ocorrem ações simbolizantes promovendo um zigzaguear nos sentidos. Em sua exploração das funções no âmbito cotidiano, o que vai sendo realçado não são as saídas ou a circulação e, sim, a dimensão terapêutica que compõe essa relação acompanhante – acompanhado.

No transcorrer das décadas (1980, 1990) observa-se via literatura que os ats foram passando de leigos a estudantes de psicologia e medicina e destes a recém-formados, havendo atualmente o predomínio de psicólogos atuando como ats. Essas ocorrências, é claro, implicam efeitos. Nas publicações, por exemplo, a presença de formulações advindas das diferentes teorias psicológicas é preponderante.

Palombini, Cabral e Belloc (2005), partindo da experiência no Instituto de Psicologia da UFRGS em parceria com o serviço de saúde mental da rede pública, em certa medida, mapeiam e discutem os trânsitos conceituais do Acompanhamento

Terapêutico. Esses autores reconhecem em seu percurso de trabalho, com o Acompanhamento Terapêutico, a presença de formulações advindas de Lacan, Winnicott e posteriormente de Deleuze e Guatarri.

No que diz respeito à fundamentação teórica do AT, Carvalho (2004), ao investigar a vinculação dos ats a diferentes linhas teóricas, mostra que, além da psicanálise, o trabalho de at está vinculado à gestalt, à fenomenologia, à teoria sistêmica, ao psicodrama, à esquizoanálise e a análise institucional. Apesar disso, a vinculação teórica à psicanálise foi, nos resultados de sua pesquisa, predominante. Uma das questões que esta autora levanta acerca dos dados encontrados é que eles podem estar relacionados ao fato de que a instituição promotora do Encontro (I Encontro Nacional de Acompanhantes Terapêuticos e III Encontro Paulista de Ats, no qual fez sua pesquisa em 2001) ser de orientação psicanalítica.

Carrozzo (conforme citado por Carvalho, 2004), um dos principais responsáveis pelo estabelecimento e difusão dessa prática, afirma que o AT é, por definição, necessariamente interdisciplinar, e aponta que outros campos do saber são importantes para a construção dessa clínica. “O Acompanhamento é uma clínica sim, mas uma clínica que lança mão de teorias que estão distribuídas, ou seja, a gente precisa de um pouco de filosofia, precisa muito da psicanálise, precisa de arquitetura, precisa de reichianos e suas teorias corporais, precisa de análise institucional, precisa das teorias de grupo” (Carrozzo conforme citado por Carvalho, 2004, p.32).

Há necessidade de lançar mão a outras teorias, mas o que se mostra na literatura do AT é que se fazem também escolhas teóricas. Como exemplo, pode-se pensar no estudo de Deborah Sereno (1996) que explora os fazeres do at fundamentando-se em Lacan, ou em Cauchick (2001) que se fundamenta em Deleuze e Guatarri e, também de Barretto (1998), que discorre sobre seu fazer sustentando-se ampla e exclusivamente nas formulações de Winnicott. Os textos destes autores distam do enfoque interdisciplinar, no sentido de reunir diferentes contribuições teóricas para discutir e fundamentar suas práticas enquanto ats.

Pode-se resumir que, na trajetória do

acompanhamento terapêutico, é possível reconhecer uma práxis que nasce no âmbito da Saúde Mental, tanto, por exemplo, na experiência da Argentina como no Brasil. Essa práxis, em determinado momento, transpõe os muros institucionais e vai aos poucos se instituindo como “clínica”, demarcando seu lugar no mercado, no leque das práticas terapêuticas. Observa-se que o percurso dessa clínica vai fundamentando seus fazeres principalmente com um “arsenal teórico” advindo dos saberes psicológicos ou área psi como as teorias psicoterápicas. A leitura dos relatos de experiência contidos na literatura específica do AT parece indicar uma proximidade ao fazer psicoterápico ou psicanalítico. Mediante tais constatações, indagou-se, então, quais as implicações para a clínica do AT ao se apropriar desses saberes.

### Metodologia

#### *Mapeamento da trajetória*

Na investigação realizada trabalhou-se com a pesquisa *bibliográfica* e *de campo*. Na primeira, buscou-se ampliar a investigação sobre a constituição e as transformações da clínica do AT, acabando por pensar sua descendência. Na segunda, o *instrumento* utilizado foi a pesquisa aberta descrita por Bleger (1998), e, por meio dela, buscou-se colocar em ação uma estratégia que permitisse uma liberdade maior de expressão do entrevistado e de intervenções da pesquisadora. Durante as entrevistas, a idéia era propiciar uma espécie de errância, a fim de que as vozes da clínica do AT, moduladas pelo tom e timbre da rotina, pudessem expressar modulações outras. Por meio da pesquisa bibliográfica mapeou-se um terreno de idéias e práticas possivelmente possibilitadoras do AT (Acompanhamento Terapêutico), no contexto das práticas em Saúde Mental.

Em relação aos *sujeitos*, cabe lembrar que, como se tratou de uma pesquisa qualitativa, mais que o número importava a expressão dos entrevistados, os sentidos que poderiam emergir a partir deles. Como afirma Rey (2002), o conhecimento científico, em se tratando de pesquisas qualitativas, não se legitima pela quantidade de sujeitos a serem estudados, mas pela qualidade de sua expressão: “A expressão individual do sujeito adquire

significação conforme o lugar que pode ter em determinado momento para a produção de idéias por parte do pesquisador. A informação expressa por um sujeito concreto pode converter-se em um aspecto significativo para a produção de conhecimento, sem que tenha de repetir-se necessariamente em outros sujeitos” (p. 35).

Foram entrevistados 7 ats em três localidades: Uberlândia (3), Belo Horizonte (2) e São Paulo (2) que trabalham na clínica particular. A escolha dessas localidades foi determinada pela idéia-desejo de conhecer experiências de ats de outras cidades, na expectativa de que estas experiências trouxessem subsídios para somarem na construção da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em diferentes locais, que incluíram consultórios particulares, residências dos entrevistados e foyer de sala de cinema, com a duração variando em média de 45 min a 1h20min. Foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

A condução da pesquisa foi alicerçada na concepção de *método* interpretativo psicanalítico descrito por Herrmann (1991). Nesta concepção, o método constitui um fazer que busca “escutar” os sentidos fora da rotina, ou do acordo/ consenso que há na comunicação, fora da redução consensual, do sentido habitual que encerram as palavras, as ações e os acontecimentos vários. E, o que dá sentido e delimita os sentidos, tanto os da rotina quanto os fora dela, é o inconsciente relativo, ou seja, aquele que diz respeito a determinado momento particular, ou campo, que para este autor é uma parte do psiquismo em ação, tanto do psiquismo individual como da psique social e da cultura. “[...] por campo haveremos de entender o conjunto de determinações inaparentes que dotam de sentido qualquer relação humana, da qual a comunicação verbal é tão-só o paradigma. [...] cada relação humana dada supõe um campo – na análise, mas também na vida do indivíduo ou da sociedade humana. Assim se cria uma autêntica generalização operacional do conceito de inconsciente; qualquer campo concebível possui a índole de inconsciente relativo para as relações que suporta” (Herrmann, 1991, p. 28).

Na perspectiva dessa concepção, a de investigar tais campos ou inconscientes relativos, o que apresentamos neste trabalho são os sentidos que

foram sendo escutados, a partir dos diferentes campos relacionais (investigação bibliográfica, entrevistas) habitados durante o percurso investigativo.

## Resultados e discussão

### Descendência da clínica do AT: os ideais reformistas e a clínica da loucura em Foucault

A pesquisa bibliográfica, da presente pesquisa, possibilitou reconhecer que na experiência brasileira e também na Argentina<sup>2</sup>, a prática do AT teve sua *origem demarcada no âmbito da Saúde Mental*. Em meio a psiquiatras, psicanalistas e psicólogos é que se inicia. De acordo com as informações encontradas, esta prática foi se delineando a partir do trabalho com pacientes severamente perturbados com histórico de fracasso em tratamentos anteriores e que apresentavam resistência a outras abordagens terapêuticas, (Mauer & Resnizky, 1987). No Brasil, as experiências iniciais com o AT foram, também, nesse âmbito do atendimento de pacientes em maior sofrimento psíquico, da Saúde Mental.

Foi, então, mediante esta origem que a investigação acabou por mapear uma espécie de descendência da prática do AT nestes dois países (Brasil e Argentina). O AT descende do âmbito da Saúde Mental, sendo assim, como muitas outras crias, descende da “loucura”. E, para pensar um pouco essa descendência, se fez oportuno escutar Foucault. Através de suas contribuições instigantes e labirínticas foi relevante resgatar algumas idéias por ele construídas. Dentre estas idéias é importante registrar que até o Renascimento a “loucura” ainda era retratada enquanto um saber. Entretanto, isso foi mudando.

No século XVII<sup>3</sup>, a loucura foi sendo inserida como um dos problemas da cidade e o louco

passou a ser aquele que perturba a ordem, o grupo social. Neste período, os chamados Hospitais Gerais são transformados em casas de trabalho, pobres são recolhidos, pois com a reforma protestante a preguiça devia ser combatida, o trabalho devia extinguir a miséria. Sendo considerado o louco alguém juridicamente incapaz, a conduta do homem social foi colocada em jogo, o que de acordo com Foucault preparou o terreno para uma “patologia dualista”, ou seja, que caracteriza o homem em termos de normal-anormal, sadio-mórbido. Entretanto, grandes crises econômicas levaram à transformação dessa situação, culminando na determinação de inserir os pobres no circuito produtivo e devolver inválidos e loucos às suas famílias. A loucura passou a ser um problema privado. O homem livre é que passou a policiar quem tem a razão, a vontade, conseqüentemente a liberdade, e quem não a tem. O sentido da internação era o de organizar a liberdade, e a medicina foi encontrando seu espaço. Freud, segundo afirma Foucault (1972), contribuiu para ampliar as virtudes do médico enquanto um taumaturgo. Na figura do médico, a alienação ou loucura passou a ser objeto de conhecimento, e como tal, apreensível por aquele que detém a consciência da não-loucura, ou seja, pelo sujeito do conhecimento. Vai surgindo um discurso anônimo através do qual se define quem está privado de racionalidade e por quê. Foi ocorrendo a edificação de um discurso psicopatológico psiquiátrico e geral, com o surgimento do objeto a ser investigado e tratado: a doença mental.

Durante o século XIX, a “ciência médica” foi então construindo saberes para o que se configurou doença mental, daí uma série de práticas, métodos, técnicas e teorias se constituíram para dar conta da mesma.

De acordo com Castel (1978), no século XX, as concepções organicistas passam a predominar e se impor de maneira definitiva, sendo o status do doente mental o de alienado e medicalizado. Neste início de século é que vão surgir os hospitais psiquiátricos clássicos, nos quais a instituição se organiza “em uma série de disposições graduadas em torno de enfermarias, unidades administrativas denominadas serviços, e de possibilidades de o paciente vir a ter alta” (Carneiro & Rocha, 2004, p.

<sup>2</sup> É oportuno ressaltar que a investigação realizada tomou em consideração a constituição do AT no Brasil e na Argentina, trabalhando com os desdobramentos dos conceitos e da prática do mesmo nos referidos países.

<sup>3</sup> A internação é uma criação do século XVII. Ela assumiu desde o início uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão, tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (Foucault, 1972).

67). Estas autoras apontam que a organização das enfermarias se dá em níveis, como: ala C, dos “loucos varridos”; ala B, dos “inofensivos”; ala A, dos passíveis de receberem “alta hospitalar”. O tratamento é fundamentado basicamente em técnicas coercitivo-punitivas e na administração de psicofármacos. Esta forma da instituição se organiza administrativamente e no que se refere aos fundamentos do tratamento oferecido, irá se manter durante as primeiras décadas do século XX.

Continuando esse mapeamento genealógico do AT encontramos também o surgimento dessa prática entremeadado aos *ideais reformistas* no qual foram se constituindo práticas ditas “alternativas” na esfera da Saúde Mental. As décadas (50, 60, 70) que antecedem a emergência do AT foram marcadas por movimentos de reforma em países como França, Inglaterra, Itália.

Na França, por exemplo, a instituição transformou-se toda em um analisador, na instituição todos estavam doentes, a contratransferência institucional passou a constituir um dos pontos centrais dentro da psicoterapia institucional francesa. Segundo nos informa Desviat (1999), adotou-se neste país a política de setor para melhor conhecer a população, descentralizando a assistência em pequenas zonas e deslocando o eixo de assistência para o espaço extra-hospitalar. Na Inglaterra, as comunidades terapêuticas buscavam desenvolver a liberdade de comunicação em diferentes níveis e direções, era importante dividir com a comunidade a responsabilidade do tratamento, trazendo essa para participar de atividades coletivas terapêuticas e aquelas referentes às decisões administrativas do serviço. Na Itália, a psiquiatria democrática que almejava uma humanização dentro do hospital psiquiátrico, ligou-se às reivindicações de organizações estudantis, sindicais estendendo as críticas a várias outras formas de marginalização como reformatórios, presídios, albergues, fábrica. A lei de 1978 forneceu instrumentos importantes para que houvesse a extinção dos manicômios, mas também a criação de medidas operacionais como os centros de tratamento dia e a hospitalização breve que não deixaram no abandono a população doente crônica. É evidente que estas reformas foram ocorrendo em diferentes dimensões. Rotteli (conforme citado por Sereno, 1990) expõe que a

palavra desinstitucionalização era utilizada de diferentes formas: para os reformadores, o sentido era da inovação da capacidade terapêutica da psiquiatria, a liberação do controle social, coerção e segregação; para os técnicos e políticos significava a abolição de estruturas de controle social; para administradores, a racionalização financeira e administrativa, a diminuição do número de leitos.

Na exposição de Generoso, Maia e Fonseca (2002), esses movimentos reformistas que buscavam descentralizar o papel da internação nos casos graves foram impulsionando o surgimento de dispositivos como o hospital dia, os centros de convivência, os centros de referência, as residências terapêuticas e também o AT. Na América Latina, também foram ocorrendo mudanças nos trabalhos em Saúde Mental. No Brasil, isso se evidencia, por exemplo, na década de 60, com a criação de comunidades terapêuticas no Rio, São Paulo e Porto Alegre, conforme se havia afirmado anteriormente.

Nessa perspectiva, a constituição da clínica do AT é impulsionada por ideais reformistas, sendo também, pensando a partir de Foucault, inevitavelmente herdeira de uma racionalidade moderna e de um discurso psicopatológico cujo objeto é a doença mental.

### **Acompanhando os ats: contrastando a história e a experiência cotidiana**

Através de entrevistas, ou do que se considerou *a via cotidiana*, foi possível perceber que em relação ao início da prática como ats, eles começam tanto na condição de graduandos como de recém-formados. Os ats entrevistados possuem uma experiência considerável, que vai de 5 a 10 anos. Há uma diversificação de pacientes atendidos, não se restringindo aos psicóticos e o tempo com os pacientes não mais se resume ao período de crise, mas se estende por anos. O contato dos entrevistados com o AT (teoria e prática) aconteceu em experiências diferentes, como estágio na graduação, cursos de especialização ou em cursos oferecidos por instituições particulares. Os entrevistados relatam publicação de artigos, apresentação em congressos de suas práticas, apresentando a difusão teórica desta prática.

No entrecruzamento dos dados históricos e cotidianos foi possível considerar, através das

diferentes interações entre at-pacientes, at-instituições (de formação, de trabalho), at-teorias, at-profissionais, a emergência de sentidos que indicam movimentos presentes na clínica do AT.

Nos trechos apresentados a seguir, resgatamos algumas falas das entrevistas que constituíram o que chamamos nesta investigação de inconsciente relativo, ou seja, relativo ao campo de pesquisa habitado e constituído através da escuta de sentidos advindos da teia relacional que incluiu pesquisa bibliográfica, entrevistas, pesquisadora e orientador.

As relações ats – pacientes:

“...mas o próprio diagnóstico impede o sujeito de ter essa autonomia total. Como que você vai dar uma autonomia total para um paciente de Transtorno Bipolar grave, que é pródigo, gasta tudo que tem, e tal... então a gente tem essa postura também, de estar sempre atento ao diagnóstico que o paciente tem, até para estar fazendo determinadas atividades com ele, mostrar uma certa realidade que ele tem que andar, mostrar que a vida tem um custo, não podemos fazer extravagância...” (at de BH)

“...assim que nós saíamos, dizia pra ela assim: pra onde que nós vamos? Pra cá ou pra cá? Às vezes ficava 5 minutos, 10 minutos e eu voltava a dizer pra onde nós vamos? ... Porque naquela época isso era importante, o sentimento que eu tinha é que eu estava dando voz a ela ... pra ela escolher.” (at de Uberlândia)

“... nessa época da aposentadoria, a gente tava buscando uma atividade pra ela, um fazer. Porque eu acho que o at também faz essa coisa do assistente social, de um jeito ou outro, ele tem momentos que ele tem esse papel também, de buscar. Tem que ir no INSS. Então vamos lá. Tem que ir na prefeitura. Então vamos lá, sabe? Tem uma função.” (at de Uberlândia)

“...você tá mais é pra deslocar, redirecionar, aí tá a função do analista ... Onde que é que baliza o at e o analista? nisso aí... é mais uma aproximação, uma contextualização, onde esses papéis são afins.” (at de BH)

“Cheguei lá, ele tava chorando, tinha acabado de pular o muro, chorando, sem chinelo, sem camisa, ele virou, falou assim pra mim: ‘se você quiser fugir comigo, eu jogo o passe na sua mão... ele chorando, não conseguia falar ‘briguei com meu

vô, ele falou um monte pra mim’, chorando, chorando, chorando, peguei o ônibus com ele.” (at de Uberlândia)

Em certo momento, para os entrevistados, a função do at se assemelha à de um “assistente social”, noutro, sua função é próxima à de um analista. Nesses diferentes momentos, ele exercita intervenções e nestas vemos que há ênfases diferentes. Aparecem formas de intervenção mais diretivas, tendo que “mostrar uma certa realidade pra ele”, ou “*tem momentos que ele tem esse papel também, de buscar. Tem que ir no INSS. Então vamos lá. Tem que ir na prefeitura*”. Há um fazer pautado numa concepção mais tutelada e outro que experimenta rumos. Numa situação é “fugindo” com o paciente que aos poucos vão achando um rumo psíquico para o acompanhamento. Há também uma disponibilidade em se arriscar junto com o paciente e a descrição de momentos em que se busca desenvolver a capacidade dele escolher e se posicionar.

As relações ats - instituições, ats - outros profissionais

“Acho que o at inova pra mim, na minha opinião, quando ele mexe no lugar, mas não só no lugar geográfico, mas no poder, no conhecimento, de quem tem alguma coisa, quem é mais doido que quem?, quem é mais certo que quem?” (at de Uberlândia)

“.. agora quem vai te levar sou eu... e eu vou te levar pra sua casa’ ... ele me levou. Trocou exatamente o papel, nessa situação.”(at de Uberlândia)

Ao tocar na questão dos lugares ocupados pela dupla, o at coloca em questão: quem é o acompanhante, quem é o acompanhado? Nas palavras da entrevistada - “quem é mais doido que quem?” - veicula-se a idéia de que há saber tanto no acompanhante como no acompanhado, e loucura também.

As relações at - instituições, at - outros profissionais

“...a nossa área de psicologia, ela tem essa permeabilidade que muitas vezes ela, no acompanhamento terapêutico, é benéfica. Por exemplo, muitas vezes, tem gente que faz Acompanhamento Terapêutico que não é psicólogo, é terapeuta ocupacional. Às vezes pode

ter um pedagogo, um psicopedagogo, vai ser bem vindo, mas... é uma permeabilidade que é até rica, porque muitas vezes aquele at traz coisas pra nós muito interessantes pros casos, mas às vezes também traz algum comprometimento quando ele não domina muito a psicopatologia. Ele vai ter que estudar um pouco mais... a gente já vem com essa bagagem..."(at de BH)

"A gente ainda falava isso, mas é só a (Clínica Particular). Às vezes, quando começava a surgir, a gente ficava meio assim: pôxa a gente fez uma formação, mas é o contrário, é surgindo uma cadeira na universidade, surgindo o estágio na prefeitura que a Prática vai solidificando e aparecendo em clínicas menores, em hospitais assim, particulares, ela vai mostrando a cara. Não adianta ela ficar restrita num espaço só e você vai ficar com ciúme do seu saber ou não passar pra ninguém, tem que divulgar mesmo pra coisa ficar solidificada, tem que ter teorização, tem que ter mestrado, livro..."(at de BH)

"Hoje o (Clínica particular) nem existe mais, na verdade foi uma tentativa de formar uma equipe pra que essa equipe ficasse independente da (Clínica particular 2). Porque na verdade assim, como a gente trabalha ali, mas não tem o vínculo empregatício, na verdade funciona como free lancer, a gente não tinha tanta aquela liberdade de pegar um paciente de fora, de pegar um paciente particular, por exemplo, sem ser via (Nome da Clínica Particular2). A gente achou que facilitaria, formar uma equipe, colocar uma coisa à parte, seria o primeiro passo pra montar uma associação. Os planos eram até, no futuro, da gente tentar formar uma cooperativa de acompanhamento, com acompanhantes que não fossem só dali. Por gente que já tivesse passado por ali, que tivesse passado na PUC, por exemplo, que tem Acompanhamento Terapêutico como estágio supervisionado. A idéia era essa, mas assim, como há pouco tempo atrás era uma coisa muito nova, a gente não teve muito sucesso não. Assim, consegue os acompanhamentos, mas ainda tem que ter uma instituição que direciona, sabe?" (at de BH)

A entrevistada fala da área de conhecimento e atuação – Psicologia -, da existência de uma "permeabilidade", ao mesmo tempo fala da área do AT. Traz a idéia de que a Psicologia é um campo aberto a outros profissionais, que no caso do AT isso é "benéfico", pois traz contribuições para os

casos, mas também algum comprometimento. Em sua opinião, o saber advindo da Psicologia, a psicopatologia, propiciaria um diferencial no fazer do at.

Aparece a idéia de que é importante fazer alianças com outras instâncias de difusão (universidades, editoras), para que a prática do AT "se solidifique" e "apareça em clínicas menores".

Noutro trecho, percebe-se a busca de expansão do campo de atuação e inserção no mercado, que esbarra, entretanto, em fronteiras corporativistas "tem que ter uma instituição que direciona". O sentido que parece escapar, nesses trechos dos depoimentos, é de que há uma dimensão relacional dos ats-psicólogos com outros profissionais que exercem o AT e com as instituições/clínicas que oferecem esse serviço, relacionada a movimentos de expansão e permanência no mercado.

"A equipe tem, pode ter diferentes configurações, pra dar conta de uma certa circunstância, da família que topa, que contrata, quer, pode pagar. Mas que também dá problema. Tanto a gente entre a equipe, pera aí, começa a divergir, 'não larga o psiquiatra', porque ele queria fazer umas coisas, 'não acho que é por aí', o endócrino queria que a gente fizesse outras coisas, a gente coloca o nosso... a equipe se organiza, mas a diferença é que pode voltar e remeter à nossa, pra pensar as nossas questões. Como ajudar ela, tal pra se cuidar. Sem ser a questão deles, mas por essa questão dela. Não é a gente que vai tá lá de madrugada, não é a gente que vai fazer com que ela emagreça de fato, a gente vai fazer um papel pra problematizar essa questão, sem ser só o spa, que já foi, teve uma semana no spa, emagreceu, emagrece e volta tudo. A diferença de que haja uma equipe é de como pode tratar essas questões específicas, assim, eu tinha uma parceira, a Ilda, a gente ia discutir o caso, mas não tinha a quem remeter pra falar mais sobre at..."(at de SP)

O at, na relação com os outros profissionais da equipe que também acompanham o paciente, se vê em meio a diferentes solicitações para trabalhar com o paciente. Nesse meio que demanda muito, o at fala de poder ter a "nossa", a equipe de ats para pensar "nossas questões", ter a quem "remetê-las" e ao mesmo tempo deixar que a "questão" do paciente possa ser considerada. De maneira entrelaçada, se põem questões referentes à identidade do at e do paciente, às suas "questões"

que necessitam ser “problematizadas”, necessitando de um “espaço” para que isso se dê.

“E é uma pessoa que não tinha muito psi em volta. Ela tinha um psiquiatra que... ela vinha de 15 em 15 dias pra pegar receita ...o at vai ficar ali mesmo num lugar que, a gente fala: ultrapassa ou não ultrapassa, o que deve ser o acompanhamento? porque tem uns que têm, por exemplo, até o analista, têm o psiquiatra, hospital dia, têm moradia protegida e têm o acompanhante. Têm todo um aparato. Aí, é claro que você vai ficar numa função delimitada, né?”(at de BH)

O que é do at? A at entrevistada coloca que, quando há os demais componentes da rede (psiquiatra, psicólogo, analistas...), a função fica delimitada. As fronteiras que são delimitadas neste contexto de equipe - mas pode-se pensar também que quando há outros profissionais, fica supostamente “delimitado” o que é de um e de outro - não impedem que as funções delegadas a outros não aconteçam no fazer do at.

“... acho que tem muita tutela da instituição, da equipe, eu não concordo muito, às vezes, hoje em dia... com a linha de orientação da supervisão, tem muito atravessamento de lugares. O diretor, o dono do hospital é ao mesmo tempo diretor da equipe de ats, ao mesmo tempo é psiquiatra de vários pacientes que ele indica pra equipe, ele fica dando ordens se deve ou não deve fazer.” (at de SP)

O atravessamento de lugares parece dizer sobre uma sobreposição, uma valoração diferenciada dos saberes, dos fazeres, uma hierarquização. O AT, ao integrar “o arsenal terapêutico” em saúde mental, no contexto da instituição, tem seu fazer “atravessado” por ordens. Aparece aqui, na relação psiquiatria – at – psicologia, pois estamos considerando o discurso de ats-psicólogos sobre seu fazer cotidiano, uma tensão.

“Porque lá é assim, o cara tá lá e tem um terapeuta da instituição que é um terapeuta de família, que aí ele cuida dessa, é tudo compartimentalizado, parece uma empresa com a divisão do trabalho, sabe, uma coisa meio “Tempos modernos”. Você fica lá com o paciente meio alienadinho, não sabe se o terapeuta tá fazendo aquilo que deveria ser feito, fica uma sensação de que, aí você não pode invadir o espaço do cara, porque tem toda uma ética, você

não pode ir lá e começar a fazer umas coisas, porque quem deveria fazer é o cara, mas você tá vendo que a coisa tá enrolada...”(at de SP)

A questão que parece se colocar não é a pertinência ou não do at a uma equipe para ser at, mas sim que as transformações que vão ocorrendo denunciam que há um AT e um at. O AT é o Acompanhamento Terapêutico que está colocado em determinado lugar (dentro de uma equipe, dentro de determinada função em uma instituição) e o at, acompanhamento terapêutico que se dá no dia-a-dia, no cotidiano, se transforma, na relação com seu fazer, em função do próprio lugar que lhe é solicitado ocupar, e que subverte o que determina o AT.

Se retomarmos a história do AT, veremos que é no entrecruzamento dos discursos psiquiátricos e psicanalíticos que se funda uma modalidade terapêutica chamada inicialmente de amigo qualificado, designação que logo veio a sofrer alteração, pois, segundo Mauer e Resnizky (1987), acentuava o componente amistoso do vínculo. Nomeado at, passa a “integrar o arsenal terapêutico”, palavras de Eduardo Kalina, psiquiatra e criador do at que, ao apresentar o livro “*Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*”, se refere a um movimento criativo de uma psiquiatria integral e humanista. Em nossa via histórica, fica evidenciado esse registro, de o AT ser fruto desse movimento das reformas psiquiátricas e carregar em suas características os ideais destas. Todavia, o que vai se apresentando é que há em meio a um fazer atrelado a proposta do trabalho de equipe - que está na gênese do AT, e que vai ao encontro da proposta da interdisciplinaridade, ou até mesmo da idéia de rede - é que há, também, a presença de um exercício, de “apertar parafuso”, taylorista, da especialização do trabalho, na qual o saber fazer artesanal, do processo como um todo, é perdido, cedendo lugar a uma divisão social do trabalho, hierarquizada e demarcada por especialistas.

### **AT e os ats: reterritorialização e desterritorialização**

O conceito de reterritorialização relaciona-se com algo que caminha ao encontro da institucionalização e o de desterritorialização trata da problematização que, rompendo com tal

institucionalização, promove a criação de outras ordens e novas relações (Guattari & Rolnik, 1986).

A enunciação rotineira que passou a caracterizar o AT é de ele ser uma clínica de fronteira, nômade, itinerante, entretanto nos relatos dos ats, em trechos das entrevistas anteriormente citados, percebe-se a presença de sentidos como: o questionamento sobre o que cabe ou não ao at e sobre sua função na equipe; a necessidade de ter uma equipe para remeter as demandas do at ; o fazer inserido numa espécie de linha de montagem, fragmentando e limitando a atuação que é sentida e descrita por um dos ats como “apertar parafuso”. Desse contexto, emerge um sentido inabitual para a clínica do AT que é a sua dimensão fixa, institucionalizada.

Em meio ao fazer cotidiano do at, cuja clínica preconiza a idéia de interdisciplinaridade, de uma interação entre diferentes profissionais sem que se estabeleça uma relação hierarquizada, pelas entrevistas foi possível detectar que há um fazer clínico atravessado pela hierarquização e demarcação de saberes por parte dos especialistas como, por exemplo: o psiquiatra, o endócrino, o analista, o terapeuta de família.

Nessa investigação, foi possível constatar que o AT, em sua gênese, desterritorializa ao constituir-se como dispositivo que rompeu com a estrutura asilar e a instituição disciplinar. No entanto, ele apresenta nas entrevistas realizadas um processo de reterritorialização, na medida em que sua força disruptiva, caracterizada por ser uma “clínica de fronteira”, encontra-se habitada pela imobilidade, pelo que vai sendo instituído, tal como o que se passa nas relações entre o at e esses diferentes profissionais anteriormente citados.

Verificou-se também que diferente da ética predominantemente enfatizada na clínica do AT, que prima por uma postura nômade que investe experimentalmente na diversidade de teorias e práticas, o fazer dos ats e a literatura disponível sobre o mesmo apresentam-se habitadas por diferentes posturas que parecem veicular outras éticas, como a da tutela, da interlocução e da reabilitação psicossocial<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Tomamos aqui três éticas discutidas por Ana Cristina Figueiredo (1997) ao investigar a prática psicoterapêutica nos ambulatórios públicos. De acordo com a autora, a ética da tutela pauta-se no modelo da ética instrumental que lida com objetos da natureza e visa prever, predizer, controlar

A clínica do AT e os ideais da modernidade

Alguns autores que escrevem sobre o Acompanhamento Terapêutico resgatam práticas em Freud, Winnicott, Ferenczi, por exemplo, estabelecendo similaridades com o AT. Entretanto, apesar dessas fortes referências, relacionando o AT às práticas de psicanalistas, o AT nasceu na pele de leigos ou estudantes, o que leva a pensar se a criação do mesmo não respondeu ou cumpriu a tarefa moderna<sup>5</sup> de ordenar e classificar o real, que tenta purificar mas acaba por produzir híbridos (Figueiredo, 2003).

O at, em princípio, amigo qualificado, foi criado para atender uma demanda que “ficava fora dos tratamentos institucionais oferecidos”. Pode-se pensar que as atividades atribuídas a ele na época, representavam “modos de atuação” que estavam “fora” do que usualmente era realizado (saídas, compartilhar cotidiano...) pelos profissionais da equipe como psicólogos, psiquiatras e psicanalistas que representam a “Ciência da Saúde”. A criação do AT, então, parece despontar como fruto deste movimento circunscrito na modernidade que quer delimitar, ordenar e que acaba por constituir especialidades. Constitui-se uma especialidade: para circular, sair às ruas, compartilhar o cotidiano: tem-se o AT. Entretanto, essa especialidade vai se hibridizando (ganhando funções e conceitos) e tomando feições que remontam os saberes que

---

experimentalmente o que é estudado. A ética da interlocução, pautada no modelo da ética privada, em que a referência ao instituído é facilmente desfeita em nome da criação e recriação permanentes, apresenta flexibilidade maior que a da recriação de crenças ou normas. A ética da ação social, pautada no modelo da ética pública, define o sujeito e agente terapêutico, acima de tudo, como cidadãos iguais. Desse modo a idéia da doença como acometimento biológico e o conflito como fruto de uma interioridade conturbada devem dar lugar à mudanças mais amplas nos dispositivos de assistência, visando à reconstrução das relações sociais, de trabalho e convívio; enfatizam-se práticas grupais e coletivas para essa reconstrução.

<sup>5</sup> Santos (2003), discutindo o paradigma científico que passa a vigorar na modernidade, coloca que, a Ciência ao eleger a física e a matemática como os principais modelos, decorrem duas importantes conseqüências: conhecer significa quantificar e o método científico assenta-se na redução da complexidade. Trata-se de um modelo de conhecimento causal que aspira à formulação de leis, à luz de regularidades observadas com vistas a prever o comportamento futuro dos fenômenos. E, um conhecimento baseado na formulação de leis terá como pressuposto metateórico a idéia de ordem e estabilidade do mundo, a idéia de que o passado se repete no futuro. Nesse modelo a Ciência para obter a causa formal expulsa a intenção, pois busca prever e intervir no real. Entretanto ao proceder assim, ao dissociar, separar elementos como causa e intenção, “purificando” os objetivos da ciência, os ideais da modernidade acabam por meio de seus procedimentos produzindo uma série de dualismos.

estiveram implicados em sua origem e em suas transformações.

### Saberes/superfícies psis e AT: dobraduras e reflexão

Pensando no modelo da dobra<sup>6</sup> e na idéia de que ao se dobrar uma superfície, regiões que estão separadas são colocadas em contato, fazendo surgir uma nova dimensão, nesse momento, tomaremos tal modelo para refletir sobre algumas implicações do que fora apreendido no percurso de idéias até agora registrado.

Levando em conta a idéia de o AT ter sido um dispositivo construído no entrecruzamento das *superfícies psis* (psicanálise, psiquiatria, psicologia), sendo herdeiro do “espaço psicológico” que foi se delineando a partir do século XIX, talvez seja pertinente pensar os lugares ocupados pelo AT a partir dos valores que, segundo Figueiredo (2002) se inscrevem nas diferentes formas de subjetivação contemporânea por meio das quais se dá o contato com o mundo.

Figueiredo (2002), ao escrever sobre a constituição do espaço psicológico gestado no século XIX, afirma que a idéia de subjetivo, de subjetividade, foi construída historicamente ao longo dos séculos, estando intimamente associada às situações de conflito nas quais se desagregaram tradições, dando possibilidades de construir-se novas referências. Segundo o autor, as experiências da subjetividade privatizada foram se tornando cada vez mais determinantes da consciência que os homens têm da própria existência. A crença na liberdade constitui-se como um dos elementos básicos da democracia e da sociedade de consumo; a autonomia, por exemplo, tornou-se uma imagem generalizada que temos de nós mesmos.

Neste percurso de constituição da subjetividade, do universo do psicológico, o autor citado reconhece a existência de três pólos de idéias e práticas na organização da vida social que acabaram por constituir formas distintas de subjetivação. Esses pólos são: o liberalismo, o

romantismo e o disciplinar.

O pólo liberalista inclui as práticas do individualismo, no qual há o reinado do eu soberano com identidades nitidamente delimitadas, autocontidas, autoconhecidas, capazes de se contrastarem umas em relação às outras, capazes de permanência e invariância ao longo do tempo e das condições. Há uma separação entre as esferas: a pública, na qual dominam as leis, as convenções, o decoro, o princípio da racionalidade e funcionalidade, e a privada, na qual cabe o exercício da liberdade individual, como território livre de interferência. O pólo do romantismo abarca os valores da espontaneidade impulsiva, com identidades debilmente delimitadas porque atravessadas pelas forças da natureza, da coletividade e da história, que se fazem ouvir de dentro, não sendo impostas por hábitos ou conveniências civilizadas. A potência dessas forças promove uma restauração do contato do homem com suas origens pré-pessoais, racionais e civilizatórias de “eu”, com elementos da infância, da animalidade. Esta restauração propulsiona um auto-desenvolvimento, que se dá às custas dos limites e da unidade identitária e que é marcado por crises, desagregação, loucura e morte. Ao pólo da disciplina pertencem as novas tecnologias do poder exercidas sobre identidades reconhecíveis e manipuláveis de acordo com o princípio da razão calculadora, funcional e administrativa, e sobre identidades debilmente estruturadas e passíveis de manipulação mediante a evocação calculada de forças suprapessoais encarnadas em figuras carismáticas ou projetadas em lendas e mitos saudosistas ou revolucionários.

Estes pólos, por sua vez, veiculam, segundo Figueiredo (2002), diferentes formas de subjetivação: a liberal exige uma constituição subjetiva marcada pela soberania da vontade e da consciência, pela autonomia; a romântica conduz em direção à singularidade, à espontaneidade, à impulsividade, e a disciplinar impõe a obediência e a funcionalidade. A configuração dos saberes psicológicos, ou “escolas psicológicas” constituídas a partir do século XIX, se dá em meio a estes pólos, ora se aproximando mais de um ou de outro.

Nesse sentido, é interessante refletir se, de certa forma, em sua constituição, a clínica do AT e suas

<sup>6</sup> Partimos da idéia ou conceito de dobra de Deleuze discutido por Silva (2004). Essa autora expõe que a dobra expressa a coexistência do dentro e do fora, e exprime tanto a idéia de um território subjetivo como também o processo de constituição desse território. Ela constitui tanto a subjetividade enquanto território existencial, quanto à subjetivação entendida como processo pelo qual se produzem territórios existenciais em uma formação histórica específica.

diferentes dimensões não estariam reeditando os saberes psi – as práticas e as clínicas constituídas por eles.

Desde as funções elencadas pelas argentinas Mauer e Resnizky (1987), até chegar a obras como a de Barretto, perfilam-se diferentes ênfases na atuação do at. Em determinadas atribuições, o AT está mais a serviço de uma adaptabilidade do indivíduo, na qual o at se coloca como referência ou modelo de ação; noutras, busca a singularidade, a especificidade, espontaneidade que advém do paciente ou da relação junto a este. Pensando nesse sentido, a clínica do AT estaria atualizando diferentes valores como: reconduzir o sujeito à razão, restituir sua capacidade de escolha, sua consciência de liberdade e responsabilidade, proporcionar a espontaneidade e a singularidade, e também promover o ajustamento, a adequação e funcionalidade do indivíduo. Pode-se pensar que se presentificam na clínica do AT os valores balizados nos vértices liberalista, romântico e disciplinar e nos processos de subjetivação veiculados por estes.

Se, por um lado, à medida que vai se tornando uma clínica, se aproximando de um fazer psicoterápico, o AT vai encarnando e herdando os diferentes valores ou éticas que atravessam o fazeres psis, e também suas vicissitudes, por outro, o AT informa e reivindica a necessidade de construir um fazer clínico comprometido com a complexidade e o dinamismo ao qual estes fazeres estão submetidos.

Carvalho (2004), citando Edgar Morin, estabelece uma relação entre o AT, os novos paradigmas e o pensamento complexo. Diz o seguinte: “o AT estando exposto às diferentes circunstâncias ao mesmo tempo precisa se sustentar em experiências e conhecimentos advindos dos mais diferentes campos do conhecimento” (p. 48).

Pensando na idéia de complexo enquanto aquilo que é diverso, multidimensional, dinâmico, relacional, dialógico, o AT parece considerar esse complexo; por estar mais declaradamente imerso nele, deixa em certa medida encarnar em si idéias e problematizações não pouco importantes. Ele está situado e se assume existir num entrecruzamento, tanto de disciplinas teóricas várias como também de diferentes instâncias, como o paciente, a família

e os profissionais envolvidos no trabalho.

Através da idéia da interdisciplinaridade, de convocar várias teorias, áreas do saber, o AT assume uma condição que remonta, presentifica, dentre outras questões, a do espaço dos saberes “psicológicos” - aqueles que dizem respeito ao psíquico, como a psicanálise, psiquiatria, psicologia - enquanto território de encruzilhada dos saberes que desde suas origens demandou a existência de relações com as diferentes áreas do conhecimento.

A partir da constituição histórica da prática do AT (acompanhamento terapêutico) e das modulações de sentidos diversificadas que expressam as funções que vão sendo construídas e constroem o AT e o at, o presente estudo considera que um dos “lugares” desta clínica no universo das práticas psi, é encarnar a importância dos fazeres e saberes psicológicos levarem em conta e habitarem o território do “entre”. Entendendo este “entre” como um território híbrido, que comporta as relações que se desenrolam e se apresentam complexas e multideterminadas.

A clínica do AT é uma dimensão, fruto de dobras entre determinados saberes/superfícies; é, portanto, atravessada e constituída por valores implicados nestes saberes. Entretanto, ela é também uma superfície e, ao ser posta novamente em contato com estes saberes e fazeres da área psi que demarcam sua origem, inaugura uma dimensão que pode ter valor especular, na medida em que parece refletir, em sua própria fisionomia, algo deles, presentificando a “demanda da complexidade” que se impõe a esta área (psi) de conhecimento.

Espera-se que o movimento de “dobras” que se apresenta nessa investigação permita um campo reflexivo, tanto à clínica do AT, como aos saberes psicológicos, para que os mesmos possam enfrentar o terreno tenso e multideterminado que alicerça e dá passagem às suas histórias.

## Referências

- Barretto, K.D. (1998). *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Unimarco Editora.

- Barretto, K.D. (2005) *Acompanhamento terapêutico: uma clínica do cotidiano*. Retrieved May, 2005, from <http://www.siteat.cjb.net>
- Bleger, J.(1998). *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Carneiro, N. G. de O.; Rocha, L. C. (2004). O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (1), 66-75.
- Carrozzo, N. (1991). Apresentação. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa. (Org.), *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico* (pp. 11-13). São Paulo: Escuta.
- Carrozzo, N. (1997). Introdução. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa. (Org.), *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 11-15). São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, S. S. (2004). *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo: Annablume.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- CAT – Circulo de Acompanhamento Terapêutico. (2005, may). Uma contribuição significativa. Retrieved May, 2005, From <http://www.siteat.cjb.net>
- Cauchick, M.P. (2001) *Sorrisos inocente, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Annablume.
- Cenamo, A. C. V; Prates, A.L.B; Barreto, K.D. (1991). O setting e as funções no Acompanhamento Terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa. (Org.), *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico* (pp.187-208). São Paulo: Escuta.
- Eggers, J. C. (1985). O acompanhante terapêutico: um recurso técnico em psicoterapia de pacientes críticos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 7 (1), 5-10.
- Figueiredo, L. C. (2002). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação 1500-1900*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. (2003). Modernidade, trauma e dissociação: a questão do sentido hoje. In: Figueiredo, L. C. *Psicanálise: elementos para uma clínica contemporânea* (pp.11-40). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, A.C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Foucault, M. (1972). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Freitas, A. P. (2002). Quem são nossos acompanhados? como fazemos at? Acompanhamentos terapêuticos realizados pela Equipe Trilhas entre julho de 1995 e julho de 2002. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos de Uberlândia. *A clínica da rua: trabalhos apresentados no II Encontro sobre Acompanhamento Terapêutico*. (Texto apostilado).
- Generoso, C. M; Maia, M. S.; Fonseca, M.A.wfrtry (2002). O projeto de trabalho da Clínica Urgentemente - Novos dispositivos aplicados na ampliação da clínica em saúde mental e suas interlocuções com o campo social. *Revista A REDE: clínica ampliada em saúde mental*, 1(1), 7-17.
- Guattari, F; Rolnik, S. (1986). *Cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Herrmann, F. (1991). *Andaimos do real: o método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.
- Ibrahim, C. (1991). Do louco a loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa. (Org.), *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico* (pp. 43-49). São Paulo: Escuta.
- Mauer, S. K.; Resnizky, S. (1987). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*. Campinas, SP: Papyrus.
- Palombini, A. de L., Cabrall, K. V. y Belloc, M. M. (2005) Acompanhamento terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade. *Estilos da clinica*, 10, 2005. Retrieved may, 2008, From [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282005000200003&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200003&lng=es&nrm=iso)
- Reis, M. (2005). Psicoterapias. Retrieved August, 2005, From <http://www.sobresites.com/psicologia/index.htm>
- Rey, F. G. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Ribeiro, T. C. C. (2002). Acompanhar é uma barra: considerações teóricas e clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22 (2), 78-87.
- Santos, B. (2003). *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez.
- Sereno, D. (1996). *Acompanhamento de pacientes psicóticos: uma clínica da cidade*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sereno, D.; Porto, M. (1991). Sobre acompanhamento terapêutico. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa. (Org.), *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico*

(pp.41-50). São Paulo: Escuta.

Silva, R. N. (2004). A dobra Deleuziana: políticas de subjetivação. Revista do Departamento de Psicologia UFF, 16, 2004. Retrieved, jun, 2005, From <http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/2004-1-Cap4.pdf>

*Recebido em: 25/06/07*

*Aceito em: 23/10/08*