
ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: ANDANÇAS PELO DENTRO E O FORA DA INSTITUIÇÃO

THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT: WANDERINGS INSIDE AND OUTSIDE THE INSTITUTION

**Aline Martins Disconsi, Bárbara Zaffari Cavedon, Bruno Prates Greff, Carolina Seibel Chassot,
Caroline Galvão, Marcelo Lubisco Leães e Mônica Garrafiel de Carvalho**

Subjetivação Grupo de Estudo e Acompanhamento Terapêutico, Porto Alegre/RS, Brasil

RESUMO

No presente artigo, os autores propõem-se a compartilhar reflexões e questionamentos decorrentes da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) em um Abrigo Institucional de Proteção a Portadores de Necessidades Especiais. A entrada do acompanhante terapêutico nesse contexto colocou em operação forças que promoveram um tensionamento com o instituído, atravessando e reinventando a prática clínica. Dessa forma, os autores foram convocados a problematizar a implicação política de uma andança dentro e fora da instituição produzida pela prática do AT. O trabalho sustenta que o AT não deve ser entendido apenas como uma prática capaz de levar a loucura para a rua, mas de forma mais ampla, como um dispositivo político com a potência de desacomodar a institucionalização da loucura nos espaços em que ela segue operando sem ser questionada.

Palavras-chave: acompanhamento terapêutico; abrigo; reforma psiquiátrica; clínica ampliada; institucionalização.

ABSTRACT

In the present article, the authors intend to share their reflections and questionings brought up by the practice of Therapeutic Accompaniment (TA) in an Institutional Shelter dedicated to providing protection to individuals with special needs. The entrance of the therapeutic companion in this institutional context has put into operation forces that promoted tension when in contact with the instituted, reinventing the clinical practice. Thus, the authors were challenged to problematize the political implications of their wanderings inside and outside the institution, produced by the practice of TA. This work sustains that the understanding of TA should not be defined only as a practice that is able to take the insane out of the asylum and into the street, but should also include a broader approach, as a political device that holds the power to unsettle the institutionalization of insanity in the places where it keeps operating without being questioned.

Keywords: therapeutic accompaniment; shelter; psychiatric reform; amplified clinic; institutionalization.

Neste trabalho, partimos da experiência e dos questionamentos colocados pela prática do Acompanhamento Terapêutico realizada pelo “Grupo de Estudos e Acompanhamento Terapêutico Subjetivação”, em um Abrigo Institucional (AI) do estado do Rio Grande do Sul, destinado a crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais que se encontram sob medida de proteção.

Iremos inicialmente contextualizar a realidade em que essa prática foi realizada, discutindo o reordenamento institucional proposto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, 1990) e sua operacionalização no estado. Em seguida, faremos um relato da inserção do Acompanhamento

Terapêutico nesse contexto e os tensionamentos que surgiram nesse encontro, apresentando também alguns conceitos que balizam a prática do Acompanhamento Terapêutico, articulados com a proposta da operacionalização da Reforma Psiquiátrica.

A partir de relatos de experiências, pretendemos problematizar a implicação política do lugar do acompanhante terapêutico em uma instituição caracterizada como total, buscando contribuir para o campo do Acompanhamento Terapêutico inserido em um panorama de políticas públicas voltadas para a criança e para o adolescente e comprometido com os pressupostos do ECA e da Reforma Psiquiátrica.

Contextualizando a prática: abrigos institucionais no Rio Grande do Sul

Nas últimas duas décadas, houve uma profunda e necessária transformação no campo dos direitos da criança e do adolescente no Brasil, sendo o Estatuto da Criança e do Adolescente a base principal que possibilitou a efetivação dessas mudanças. Alguns avanços de grande relevância aconteceram, como o reordenamento jurídico e institucional realizado no Rio Grande do Sul, no período de 1999 a 2002, que determinou a reformulação da estrutura e do atendimento do sistema Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor do Rio Grande do Sul (FEBEM-RS). Na primeira etapa do reordenamento, foram criadas as duas Fundações: a Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE), responsável pela execução das medidas socioeducativas (Decreto n. 41.664, 2002) e a Fundação de Proteção Especial (FPE), responsável pela execução das medidas de proteção (Decreto n. 41.651, 2002).

Essa mudança foi proposta com o objetivo de oferecer um atendimento mais qualificado e promover a inserção social, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente. O intuito era de dissolver as grandes instituições e redimensioná-las. Dessa forma, o reordenamento implementou a mudança dos Abrigos Institucionais (AIs) para Abrigos Residenciais (ARs), passando de 6 AIs para cerca de 40 ARs. Entretanto, o processo de reordenamento não pode ser entendido meramente como uma reformulação de espaço físico, mas como uma transformação de paradigma e de forma de trabalho, tendo como meta principal minimizar os efeitos da institucionalização de crianças e adolescentes através de uma conduta acolhedora e humanista.

Neste trabalho, partimos de nossa experiência enquanto acompanhantes terapêuticos em um abrigo que ainda não concluiu seu processo de reordenamento institucional, o qual carrega muitas das características de uma instituição total. Goffman (1996) e Basaglia (1991) conceituam instituição total como os locais, geralmente de trabalho ou moradia, que agrupam grande número de pessoas em situação semelhante e que são separadas da sociedade por considerável período de tempo. Essas pessoas levam uma vida fechada e formalmente administrada, não havendo espaço para o desejo e para a criação. A estrutura dos abrigos institucionais é constituída por pavilhões divididos em dormitórios, refeitório único e população separada por gênero. O cotidiano institucional tende a homogeneizar as características, as histórias e as peculiaridades dos sujeitos que lá estão. Todos se

tornam “abrigados” e “protegidos”, muitas vezes até de suas próprias histórias. Taxados como “incapazes”, “deficientes”, “loucos” ou “com problemas”, eles são incorporados à rotina da instituição, que vai moldando seus comportamentos e massificando suas vivências.

A vida no internato é marcada pela ausência de vínculos afetivos, pela ausência de objetos particulares, pela ausência de rituais de passagem (comemoração de aniversário, festas, etc.), pela ausência ou inadequação da formação profissional. Caracteriza-se por um atendimento marcado pela disciplina rígida, sobretudo para aquietar e treinar o corpo, pelo castigo físico exagerado e arbitrário, pela humilhação, pelo treinamento para ser um ‘bom assistido’, portanto, ser dependente e infantilizado. (Altoé, 1993, p. 18)

Trata-se de um espaço que constitui um ponto cego da Reforma Psiquiátrica, conforme nos é apontado por Couto (2001), em artigo em que denuncia a exclusão da questão da infância e da adolescência do debate da Reforma. Os antigos “abrigos para deficientes”, verdadeiros asilos à margem do sistema formal de saúde mental, hoje são chamados de “abrigos para portadores de necessidades especiais”, mas seguem ainda regidos pela mesma lógica e invisíveis aos olhos da população e das políticas públicas.

A população atendida pelo abrigo é composta por crianças e adolescentes em vulnerabilidade psicossocial, abrigados devido a maus-tratos, negligência, situação de abandono total ou com pouquíssimos vínculos familiares, assim como adultos que, apesar do caráter provisório de abrigo (postulado pelo ECA), são esquecidos e seguem vivendo no abrigo, devido à inexistência e ineficácia de uma rede pública que os acolha, conforme mencionado.

O Acompanhamento Terapêutico e sua inserção no abrigo

O Acompanhamento Terapêutico, como modalidade clínica, está historicamente referenciado às propostas de desinstitucionalização trazidas pela Reforma Psiquiátrica (Neto, 1995). O movimento antimanicomial provocou importantes mudanças na maneira de conceber o atendimento às pessoas com transtorno mental, criando bases para a Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01, 2001). Essa reforma tem como premissa a substituição do tratamento baseado no modelo hospitalocêntrico por modalidades de cuidado interdisciplinar e intersetorial aos portadores de sofrimento psíquico grave.

O que se propõe é uma mudança do modelo hospitalar para um modelo territorial, o qual coloca

o sujeito em contato com a cidade, com o território por ele habitado, onde estabelece seus vínculos. Essa mudança de abordagem não trata apenas de desospitalizar, de fechar hospitais psiquiátricos, mas de desinstitucionalizar a loucura. Passa-se a trabalhar em busca da criação de um espaço de produção de subjetividade, de forma que o sujeito possa se constituir sem ser contido pelas regras e normativas institucionais.

Dessa forma, o Acompanhamento Terapêutico “como modalidade de atenção em saúde constitui uma grande ferramenta da Reforma Psiquiátrica, através da qual se investe na constituição de um enlace entre sujeito e social” (Cabral & Belloc, 2004, p. 116). Ainda segundo estes autores, o AT é uma

modalidade clínica que se utiliza do espaço público da cultura como dispositivo para o ato terapêutico. O trabalhador de saúde que se utiliza dele na sua prática circula com o usuário pelo tecido social, facilitando a emergência de um encontro. Ele torna-se, assim, testemunha do processo de transformação desencadeado, criando outros espaços possíveis para o dito ‘louco’ na cidade. A cidade é, nesse sentido, também protagonista da cena, junto com acompanhado e acompanhante. (p.115)

O AT nos dá subsídios para enxergar a cidade de outro ponto de vista, a partir do qual não temos a anulação do dissenso, mas a possibilidade de criarmos um campo de existência menos estigmatizado da loucura, transpondo os muros mentais que possam barrar a sua andança (Palombini, 2007). Sendo assim, entendemos que o AT envolve tanto uma postura clínica, voltada para o acolhimento da diferença, quanto um ato político, que busca alargar os modos de habitar a cidade, para que nela a diferença possa ter lugar. Com isso, compartilhamos o entendimento de Passos¹, de que o AT é mais do que uma técnica ou modalidade de intervenção voltada para casos graves, uma vez que realiza o ato de

devolver o produto ao seu processo de produção. Devolver a subjetividade ao plano de subjetivação, o plano da cidade, do território, das redes sociais. O dispositivo AT faz isto concretamente e, ao fazê-lo, faz mais que isto, pois nos indica o movimento da clínica em qualquer que seja o dispositivo que ela opera. (s.p.)

É a partir dessa concepção de um fazer clínico-político que iniciamos o trabalho de acompanhar moradores de um Abrigo Institucional. O pedido, originado pela direção do abrigo, era de que o acompanhamento terapêutico proporcionasse uma melhor qualidade de vida para os que ali vivem. A ideia era de que os acompanhantes terapêuticos

(at’s), entendendo as peculiaridades desses sujeitos, criassem um espaço individualizado capaz de investir nas demandas e características de cada um dos seus acompanhados, mas, que, principalmente (de acordo com esse pedido), possibilitassem uma prática pouco frequente no abrigo – o trânsito pela rua.

A entrada dos at’s no abrigo, que percebemos tão impermeável às mudanças colocadas em pauta pelo ECA, não se deu de forma tranquila. Pensar o AT neste lugar é propor uma desestabilização de sua ordem. O início dos atendimentos trouxe um forte impacto para a instituição. O olhar estrangeiro – tão presente nessa modalidade de trabalho – foi recebido de forma desconfiada, a qual se manifestava através de enunciados tais como: “*eles [os at’s] vêm aqui para bater palmas, e jogar bola...*”. Para os trabalhadores do abrigo, a presença do AT produzia um tensionamento ao evidenciar tanto a falha institucional, quanto suas falhas enquanto trabalhadores. Os at’s estavam ali para fazer aquilo que os trabalhadores não podiam fazer (pois eram cotidianamente “soterrados” pelas tarefas rotineiras e pelas más condições de trabalho) e aquilo que não queriam fazer (pois já não havia o investimento emocional necessário para criar um novo laço com aqueles sujeitos). Olhares desconfiados, indisponibilidade para auxiliar os at’s ou facilitar o novo empreendimento terapêutico incorporavam e expressavam essa dificuldade institucional, já indicando a intensidade com que as questões institucionais iriam permear a nossa prática nesse espaço.

A demanda original de uma melhor qualidade de vida foi respondida e transformada através da criação de um espaço de expressão dos desejos dos abrigados. O trabalho do at foi de acompanhar o caminho dos abrigados, permitindo que estes acessassem novos lugares dentro do abrigo e, principalmente, fossem à rua com a companhia de outro olhar, sendo vistos de uma outra forma. Era uma perspectiva nova se inserindo em um local onde as práticas institucionalizadas eram desafiadas por um pedido de intervenção externa. A presença do at criava um cenário de ambivalência, pois, ao mesmo tempo em que respondia a um pedido institucional definido, introduzia um tipo de cuidado difícil de ser executado devido às condições estruturais e emocionais dentro da instituição. Uma tensão era produzida pela entrada de um determinado olhar clínico e político que busca dar passagem a algo que não faz parte do dia a dia da instituição: a condição desses moradores serem reconhecidos enquanto sujeitos.

Palombini et al. (2004), ao refletir sobre a inserção do AT no contexto institucional, aponta que

o conjunto de informações novas que o acompanhante traz para dentro da instituição, como um mensageiro, exige da equipe reposicionar-se em relação ao caso, abandonando estratégias que se tornaram rotina, requisitando a intervenção de outros profissionais, fazendo-se cargo de novas frentes de trabalho, inventando formas inusitadas de ação. ... A função do acompanhante terapêutico carrega, portanto, potencialmente, uma incidência institucional para além dos efeitos clínicos circunscritos ao caso acompanhado. (p.86)

Por toda essa instabilidade que a figura do at pode despertar na instituição, nossa posição inicial foi de que os atendimentos se realizassem em um ritmo suportável para a instituição. No primeiro mês, os encontros ocorriam no pátio, na praça ou nos dormitórios, ou seja, no espaço físico do abrigo. Essa foi a forma encontrada para não romper bruscamente com o modelo asilar presente. Era preciso, em um primeiro momento, que os acompanhantes terapêuticos estivessem no espaço intramuros para só depois extrapolar as barreiras físicas do local.

Durante esse período inicial, notamos que as relações mais frequentes e complexas que se construíram foram as desenvolvidas com os monitores, os responsáveis pelos cuidados diretos dos usuários. Por meio de constantes diálogos, criou-se um espaço de reflexão e de descoberta de um novo jeito de olhar para os sujeitos de quem cuidam, preservando a singularidade nas intervenções cotidianas. O acompanhamento terapêutico foi, assim, atingindo proporções para além da díade acompanhante-acompanhado. A partir dos atravessamentos institucionais, o AT pôde atuar como dispositivo capaz de inaugurar uma forma diferente de relação entre os sujeitos. Se por um lado a monitoria encontrou na escuta dos acompanhantes terapêuticos um campo fértil para compartilhar e desabafar sobre a tão difícil rotina de cuidado, com o tempo a escuta deu condições para que essa fala se revertesse em ações potencializadoras de saúde.

À medida que o acompanhante terapêutico desocupa o lugar inicial de intruso, a ele é destinada a tarefa de desbravar um novo caminho. Entretanto, para isso, o at precisaria atravessar um simbólico - e real - divisor de mundos: o portão do abrigo. Se, até então, o contato dos moradores com o mundo externo ocorria basicamente através de consultas médicas, é com o AT que se ampliam as possibilidades de circulação pela pólis, não mais marcada pela doença, mas pela composição de movimentos de saúde.

Na rua, o desafio era não ter o destino previamente traçado. Percebia-se a necessidade de compor uma nova trajetória, que permitisse sair da mesmice da

rotina institucional e que promovesse o encontro com o inusitado. Dessa forma, a prática que se inaugurava no abrigo oportunizava o acesso a um mundo diferente e com possibilidades diversas, abrindo brechas para que a loucura pudesse fazer parte do cotidiano da cidade. A loucura, então, ganha forma e um novo lugar, pois já não precisa permanecer enclausurada no espaço intramuros e pode passar a pertencer ao cotidiano.

Nessa relação acompanhante-acompanhado-rua, uma das funções clínicas é a de perscrutar, descobrir onde o desejo emerge. Se este já é um desafio na prática clínica com a loucura, torna-se ainda maior na relação com sujeitos portadores de necessidades especiais em um contexto institucional. As necessidades especiais dos moradores do abrigo são, em grande parte, traduzidas pela instituição como uma ausência de possibilidade de desejo. O sujeito é reduzido a um sujeito orgânico, restrito às suas funções orgânicas vitais, enquanto o cuidado raramente ultrapassa a atenção com a higiene e a alimentação. Há, com isso, um achatamento da noção de sujeito e seu consequente enclausuramento. Não obstante, o desejo está sempre ali, presente e perceptível na relação dos at's com os acompanhados, mesmo nas suas formas mais primitivas de expressão.

Dentro do abrigo, os banhos eram dados em horários definidos e de modo serializado. Antes e após os banhos, os abrigados ficavam nos dormitórios, nus, mesmo no rigor do inverno. A sexualidade parecia invisível e irrelevante para a equipe técnica, apesar de manifestar-se constantemente através de masturbações em público, rapidamente coibidas. Os corpos não eram investidos com afetos que dessem um contorno para suas intimidades. Nesse sentido, o acompanhamento terapêutico buscava uma nova forma de investir nesses sujeitos. Em um atendimento, o at precisou prestar auxílio para um abrigado limpar-se depois de ir ao banheiro. Neste momento, o at aproveitou o ato de cuidado e higiene para descrever a sensação que poderia estar se passando com o acompanhado. Com esse gesto, procurou ampliar essa função para mais - além de sua organicidade, dando-lhe uma relevância emocional que produziu efeito no acompanhado - este passou a olhar por mais tempo nos olhos do at, mutilar-se menos e sorrir mais.

As estratégias construídas para que saíssemos do abrigo com os acompanhados e fôssemos à rua começaram a serem colocadas em prática. Aos poucos fomos ultrapassando os portões. Vencemos alguns desafios e fomos saindo deste dentro e vivenciando o fora, a cidade. O AT foi se disseminando, criando caminhos, fazendo e refazendo rotas. Por fim, estávamos no fora. Os abrigados não eram mais atendidos no

próprio abrigo, mas em um parque de nossa cidade. Caminhamos no parque e em seus arredores, pelo bairro, sob a luz do sol, entre as árvores, junto aos esportistas, aos cães, aos mendigos, aos maconheiros, aos traficantes, aos michês, aos casais, aos amigos, à polícia, aos trabalhadores, aos malabaristas.

Por meio de rupturas com o usual, com o esperado e com o mesmo, nasce um encontro entre o dentro e o fora. Processo de ida e vinda e de dupla afetação, pois o ambiente é impactado pela dupla acompanhante-acompanhado e estes também se defrontam com as imposições, os olhares, as falas, os gestos e os sujeitos desse campo que vai sendo explorado. É com a prática do Acompanhamento Terapêutico que a loucura extrapola, rompendo pólos discriminatórios e se apresentando na pólis. Nessas andanças, o trabalho do at se constitui no cotidiano repleto de conquistas e de novos lugares, mas, também, na criação de tensionamentos e de questionamento do instituído.

Andanças pelo dentro e fora da instituição

Ao propor a saída para a rua com os acompanhados, o acompanhante terapêutico opera a passagem concreta do dentro ao fora, abrindo brechas e operando como dispositivo que dá visibilidade a este interior apartado do social. O ato de levar o louco à rua, ato emblemático da Reforma Psiquiátrica, provoca demonstrações de curiosidade, interesse, medo, pena e preocupação nas pessoas que se encontram com os acompanhantes-acompanhados. Os vizinhos que dizem: “*eu nunca tinha percebido que havia um abrigo ali*” denunciam essa invisibilidade à qual nos referimos. O AT opera o ato de mostrar o “dentro” para o “fora” e o “fora” para o “dentro”, e mais do que isso, diminui a distância entre eles.

Aos poucos, cria-se um campo de existência para esses sujeitos que deixam de ser apenas os abrigados do mundo (Tavares, 2004). São também moradores do bairro, conhecem o entorno. Inseridos dentro da proposta do AT, pensamos o sujeito em seu contexto social e de existência, bem além da administração dos sintomas, frequências e intensidades. Ocorre, então, a retomada de uma interface política, como propõe Benevides (2005), tornando possível pensar a prática da clínica como um convite de tessitura entre o sujeito e o social: o coletivo. O coletivo diz respeito a estar em contato com o plano de produção, onde se pode experimentar a diferenciação. Sobre isso, a autora afirma: “no coletivo não há propriedade particular, personalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão ali para serem experimentadas” (p.23).

Esse modo de operar é o que pensa que o plano da subjetivação e o plano de produção são planos do coletivo. Como uma forma de experimentação pública, nem sempre nesse coletivo se é capaz de experimentar a diferenciação ou o acolhimento da diferença (Benevides, 2005). Saímos e percorremos diferentes ruas e lugares de um parque, introduzindo novidades no cotidiano desses sujeitos. Assim, percebemos que os diferentes *settings* que a cidade proporciona e que as diferentes modalidades que criamos são campos propícios para a produção de subjetividade e cidadania (Lancetti, 2006).

É nessas andanças pelo fora da instituição que o AT busca outros modos de habitar a cidade contemporânea, promovendo encontros e acolhimento de conflitos, da diferença (Palombini, 2007). O AT se apresenta como o espaço entre pólos, como um espaço viável de experimentação e de trânsito, propiciando uma circulação acompanhada terapeuticamente, com escuta e olhar para além do dentro da instituição.

Proporcionar esse encontro entre dentro e fora é prática do AT, já trazida por Silva (2004) quando afirmava que essa prática circunscreve um “espaço de fronteira. Zona intermediária que separa e reúne, em um só tempo, o um e o outro. Lugar de transformação e movimento, eis uma forma de situar o trabalho do AT” (p.142.). Esse traço de operar na fronteira também é trazido por Passos (2008), que considera o AT como dispositivo que “opera no limite entre o público e o privado, entre a interioridade e a exterioridade do setting terapêutico, entre a clínica e a cidade e as redes sociais” (s.p.).

Portanto, nossa prática em AT, quando opera a passagem entre o dentro e o fora, desestabiliza as relações sociais instituídas, atuando no campo do coletivo. Cabe ao AT também levar esse plano do coletivo para dentro da instituição asilar que, de diferentes formas, procura proteger-se daquilo que este plano pode produzir. Ao romper com o instituído, o AT rompe com as formas subjetivas de reafirmar a loucura como algo que precisa ser enclausurado, apartado da sociedade, excluído.

As características do AT o colocam como dispositivo capaz de operar essa abertura. Sua maleabilidade, sua suavidade permitem que penetre nessas instituições asilares duras, com pouquíssima permeabilidade ao fora. Essa atividade exige do at uma “arte de dosar”. Dosar o tempo de entrar e o tempo de sair, compondo tempo e espaço de forma a se permitir o contato necessário com as práticas instituídas, com a realidade do cotidiano dos acompanhados, da equipe técnica, dos monitores, mas saindo a tempo de não se deixar instituir por estas práticas. Dá-se o tempo de

“arejar” a instituição, desestabilizar algumas relações, introduzir o fora no espaço físico e afetivo dentro da instituição, desestabilizando algumas amarras, mas sem permitir a captura por estas (ou evitando-as ao máximo, dado que alguma captura sempre acontece). Levar o fora para dentro exige que se mantenha fora. Levar o dentro para fora exige um contagiar-se pelo que é de dentro, um mergulho naquele mundo invisível.

Em contrapartida, não podemos negar que a prática do AT pode também ser capturada pela lógica asilar. O perigo que persiste é de uma estabilização das relações constituídas entre AT e instituição asilar, em que o primeiro “tapa os furos” da segunda, trazendo uma melhora clínica para os acompanhados e certa característica de vanguarda para a instituição, que permanece em essência a mesma, reproduzindo o assujeitamento que é sua característica. Diante disso, pensamos que a ausência de políticas públicas voltadas para o público atendido pelos abrigos explicita certa compreensão de seu (não) lugar social e também perpetua essa compreensão. Propomos pensar o AT como dispositivo de visibilidade de uma realidade ignorada. Uma “arte de dosar” é necessária para evitar a captura, não só do AT como prática clínica (em relação ao perigo da institucionalização, que apontamos anteriormente), mas também do AT como prática política. Pensamos que também fazem parte da atuação política do acompanhante terapêutico e de seu posicionamento ético tensionar para a criação de políticas públicas para essa população e desnaturalizar a existência de instituições asilares dessa natureza.

Considerações finais

Ao longo desses anos de experiência dentro dessa instituição cujas características carregam consigo as marcas da exclusão da diferença e da serialização do cuidado, percebemos a importância de estarmos atentos não somente às questões clínicas, que dizem respeito à dupla acompanhante-acompanhado, mas também ao território desses sujeitos.

É a partir dessa vivência que nos arriscamos a propor outro tipo de investimento nesses sujeitos marcados pela insígnia da incapacidade. Insígnia que não se apresenta quando oferecemos outro olhar e outra escuta reveladores de sujeitos plenos de potencialidades e possibilidades. Afirmamos, com isso, a introdução de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos, como o direito de circularem pela rua, o direito de cidadania (Amarante, 1995). Assim, no que concerne a essa clínica-política, nosso compromisso é com as diferentes formas de conceber a diversidade e de construir possibilidades.

O caminho que propomos é de pensar o AT como uma clínica desinstitucionalizante, através da criação de um espaço para a produção de subjetividade que garanta a possibilidade ética e estética de produzir-se sujeito de sua loucura. Uma criação que não se furta à atuação política, mas, pelo contrário, que a exerce intensamente, efetivando a Reforma Psiquiátrica também onde ela ainda não opera. Entendemos o AT como dispositivo de visibilidade da loucura e do formato de sua institucionalização, por meio da produção de encontros entre dentro e fora, dosando o tempo de entrar e sair como forma de poder afetar-se pelas questões instituídas e criar tensionamentos desse saber até então pouco problematizado.

Com os subsídios teóricos da Reforma Psiquiátrica, procuramos construir uma forma de fazer clínica que amplie o olhar das intervenções para além da dupla acompanhante-acompanhado, incluindo, assim, a dimensão política ao nosso trabalho.

É dentro dessa proposta de pensar a implicação política do AT que trazemos a experiência desenvolvida nesse Abrigo Institucional. Muito mais do que levar a loucura à rua, acreditamos que cabe ao AT levar o processo de desinstitucionalização para além das barreiras físicas de concreto e aço, tanto para dentro quanto para fora delas. Essa andança com o Acompanhamento Terapêutico construiu um novo campo, mais amplo, para a expressão e manifestação do desejo dos acompanhados, ao mesmo tempo em que impôs importantes questionamentos acerca de como pensar a subjetividade nesse grupo definido pela marca das necessidades especiais. Ainda, ir à rua possibilitou vislumbrar contrastes e repetições em relação à instituição numa prática clínica atravessada por polaridades fora-dentro, rua-abrigo, amor-ódio. Com os acompanhados, criávamos a possibilidade de eles escolherem muitas vezes os trajetos a serem percorridos, outorgando o direito de ir e vir. Apesar de isso parecer acontecimentos banais, a possibilidade de escolher o caminho a trilhar, de ficar sentado em um local de passagem apesar do estranhamento dos transeuntes, de escolher as compras no mercado de bairro constituía uma novidade radical no cotidiano desses sujeitos. O acompanhamento produziu efeitos subjetivos importantes para os acompanhados, como o aumento significativo da fala, que ocorreu em alguns casos. Sempre de modo peculiar e dentro das possibilidades de cada um, notamos que aquele que nada dizia começou a balbuciar, e outros, que falavam poucas palavras, ampliaram o seu vocabulário.

Com o intuito de realizarmos uma prática antimanicomial, percebemos em nossas andanças que o encontro com a loucura nas ruas força um

olhar dos andantes para o que estava há pouco tempo enclausurado entre paredes, falsas protetoras de sujeitos, trazendo a confrontação para o que está posto. É o que vemos na rua: os olhares em um primeiro momento de estranhamento e num segundo ou terceiro já menos estigmatizantes. Assim, o nosso desafio é poder operar uma transformação de um espaço de mortificação da subjetividade a outro de criação de possibilidades concretas de sociabilidade e de vida (Amarante, 1995). Procuramos, assim, alcançar tanto o plano mais estritamente técnico, da rede e das práticas de cuidados, quanto num plano cultural, macropolítico, da pólis (Tenório, 2002). O primeiro, quando estamos dentro do abrigo, nas conversas com a monitoria, nas reuniões com a psicóloga do local; e o segundo, quando estamos fora, na pólis.

Nosso trabalho atual como acompanhantes terapêuticos fundamenta-se nesse olhar que construímos e que nos instrumentalizou para essa prática. Sabemos que algo já mudou e que continuamos exercendo essa mudança. Arriscamos dizer que nossa clínica é efeito dessa luta de anos dentro da Reforma Psiquiátrica. No entanto, finalizamos nossa reflexão concluindo que ainda há muito que fazer, que mudar, que aprender, que lutar e que conquistar. Acreditamos que o AT, como vem se constituindo na teoria e na prática em nosso país, pode contribuir para avançarmos nessa luta, pois ainda há muitos e grossos portões para atravessarmos.

Nota

- ¹ Passos, E. (2008). Mesa redonda final - Cidade, caleidoscópio de criação: AT, arte, urbanismo, comunicação, história. Trabalho apresentado no III Congresso Internacional/IV Congresso Iberoamericano/II Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico. Porto Alegre, RS.

Referências

- Altoé, S. (1993). *Menores em tempo de maioridade: do internato-prisão à vida social*. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Basaglia, F. (1991). *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Cabral, K. V. & Belloc, M. M. (2004). O acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: duas experiências em saúde mental coletiva. In A. L. Palombini et al., *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública* (pp. 109-120). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Couto, M. C. V. (2001). Novos desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira: necessidade da construção de uma Política Pública de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. In Ministério da Saúde (Org.), *Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental* (pp. 121-130). Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.
- Decreto nº 41.651, de 28 de maio de 2002. (2002). Cria a Fundação de Proteção Especial do Rio Grande do Sul. Acesso em 6 de agosto, 2013, em <http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id270.htm>
- Decreto nº 41.664, de 06 de junho de 2002. (2002). Cria a Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul e aprova o respectivo Estatuto Social. Acesso em 6 de agosto, 2013, em <http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/legislacao/%20id1539.htm>
- Goffman, E. (1996). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Acesso em 6 de agosto, 2013, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
- Lei nº 10.216/01 de 04 de junho de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Acesso em 6 de agosto, 2013, em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>
- Neto, R. O. R. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Palombini, A. L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade; contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Palombini, A. L., Jover, E. R., Richter, E. P., Mesquita, J. R., Cabral, K. V., Benevides, L. G. et al. (2004). *Acompanhamento terapêutico na rede pública. A clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS.
- Silva, M. C. C. (2004). Acompanhamento terapêutico: do um ao outro, do porto ao mar. In A. L. Palombini et al., *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública* (pp. 137-140). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Tavares, E. E. (2004). Abridados do mundo. In A. Costa, C. Backes, V. Rilho, L. F. L. Oliveira (Orgs.), *Adolescência e experiências de borda* (pp. 243-253). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9(1), 25-59.

Recebido em: 16/10/2009

Revisão em: 31/03/2012

Aceite em: 02/09/2013

Aline Martins Disconsi é Psicóloga (UNISINOS) especialista em Análise Institucional (ESADE).
Endereço: Rua João Telles, 542 sala 402, Bairro Bom Fim,
Porto Alegre/RS, Brasil. CEP 90035-120
E-mail: amdicons@yahoo.com.br

Bárbara Zaffari Cavedon é Psicóloga (UNISINOS) e especialista em Análise Institucional (ESADE).
E-mail: barbarazaffaro@hotmail.com

Bruno Prates Greff é Psicólogo (PUCRS) e psicanalista membro associado do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre.
E-mail: brunopgreff@yahoo.com.br

Carolina Seibel Chassot é Psicóloga (UFRGS), especialista em Saúde da Família e Comunidade (RIS/GHC), mestre em Políticas de Saúde e Bem-Estar Social (Universidade de Évora/ École des Hautes Études en Sciences Sociales), e atualmente doutoranda do Programa de Psicologia Social da UFRGS.
E-mail: carolchassot@gmail.com

Caroline Galvão é Psicóloga (UNISINOS), pós-graduanda em Problemas do Desenvolvimento na Infância e na Adolescência - Centro Lydia Coriat (POA/RS).
E-mail: cgalvao80@gmail.com

Marcelo Lubisco Leães é Psicólogo (PUCRS), psicanalista e membro associado do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA).
E-mail: marceloleaes@terra.com.br

Mônica Garrafiel de Carvalho é Psicóloga (UNISINOS), Pós-graduanda em Problemas do Desenvolvimento na Infância e na Adolescência - Centro Lydia Coriat (POA/RS).
E-mail: mgarrafiel@yahoo.com.br

Como citar:

Disconsi, A. M., Cavedon, B. Z., Greff, B. P., Chassot, C. S., Galvão, C., Leães, M. L., & Carvalho, M. G. (2013). Acompanhamento terapêutico: andanças pelo dentro e o fora da instituição. *Psicologia & Sociedade*, 25(n. spe. 2), 65-72.