

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E SAÚDE MENTAL: O CUIDADO PELA CLÍNICA PERIPATÉTICA

THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT AND MENTAL HEALTH: CARE BY THE PERIPATHETIC CLINIC

Rinaldo Conde Bueno

Doutor em Psicologia, membro do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes da UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, rinaldocob@gmail.com

Resumo

A década de 1960 foi marcante no âmbito das Reformas Psiquiátricas no Ocidente. Outras formas de tratamento foram experimentadas a partir do que o processo de Desinstitucionalização indicou em relação aos cuidados com as pessoas em sofrimento mental. Nesta pesquisa é feita uma revisão bibliográfica sobre novas formas de assistência em saúde mental, ressaltando a prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) como um dispositivo potente nessas novas formas de lidar com a loucura. Ainda que pouco difundido no âmbito nacional em serviços substitutivos ao manicômio, pretende-se com este trabalho uma exposição acerca dos cuidados e possibilidades do AT na luta pela cidadania do louco em seu território. Para tanto, a práxis de um fazer clínico peripatético vai ao encontro das prerrogativas de tratamentos desinstitucionalizantes por vislumbrar o povoamento de novos espaços de vida territoriais e em construções de redes fortes no enfrentamento do estigma do louco e de sua exclusão social.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico. Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Saúde Mental. Clínica peripatética.

Abstract

The 1960s were remarkable in the Western Psychiatric Reforms. Other forms of treatment were tried from what the process of deinstitutionalization indicated in relation to care for people in mental distress. In this research a bibliographical review about the new forms of mental health care is made, emphasizing the practice of Therapeutic Accompaniment as a powerful device in these new ways of dealing with madness. Although little widespread at the national level in services to replace the asylum, this paper intends to expose the TA care and possibilities in the fight for citizenship of the madman in its territory. To this end, the praxis of a peripatetic clinical practice meets the prerogatives of deinstitutionalizing treatments by envisioning the settlement of new territorial living spaces and the construction of strong networks to confront the stigma of the madman and his social exclusion.

Keywords: Therapeutic Accompaniment. Psychiatric Reform. Deinstitutionalization. Mental Health. Peripatetic Clinic.

1 INTRODUÇÃO

A loucura é assimilada pela cultura de diferentes modos e com designações muito diversas em nossa sociedade. Na Grécia Antiga pode-se identificar uma imersão curiosa dos loucos no contexto societário. Para Sócrates a loucura (mania) era fonte dos maiores bens, um favorecimento divino. Platão ponderava que a loucura era humana e divina. A primeira era produzida pelo desequilíbrio do corpo; a segunda, uma grande mudança divina que nos tira dos hábitos cotidianos. Essa mudança é atribuída ao delírio, tido como a arte divinatória, que vem de um deus. Uma profecia, muito mais bela que o bom-senso. Ainda segundo esse filósofo, os dons divinatórios dos profetas só ocorrem em estados de possessão. Os momentos lúcidos produzem coisas sem importância. O profeta seria alguém entusiasmado (*entheos* – em deus): não no sentido de uma excitação acentuada, mas “pleno de deus”, que seriam estados de possessões e alucinações. O que é profetizado veicula a palavra de deus, mas nunca de forma clara e direta: sempre ambígua, obscura e incerta.

Mesmo com o declínio do período feudal, os loucos eram ainda considerados como mensageiros do divino, pessoas com poderes divinatórios. Todavia, com o fortalecimento do cristianismo, o panorama começa a mudar. Os profetas e os “entusiasmados” foram taxados de possuídos, bruxos, heréticos pela Santa Inquisição. Por esse motivo eram sacrificados em fogueiras, forcas e prisões. A loucura passava a ser expulsa das cidades e vilas descendo os rios europeus para que ficassem distantes da boa ordem social. A *Stultifera navis* é colocada em funcionamento para que a loucura se dissipasse nas águas longínquas de outros locais que não o de sua origem.

A loucura, considerada na Idade Moderna como desrazão, é então tratada como subproduto da civilização e do seu progresso. Aos possuidores de excesso de paixão, que têm uma vida insalubre e são incapazes de produtividade no âmbito laboral resta-lhes silenciarem-se e verem-se subjugados à nova ordem social: o tratamento moral baseado na normatividade médico-científica. Por mais de dois séculos essa será a epopeia da loucura ante o aparato que a passos largos se desenvolvia, isto é, a razão embasada nos conhecimentos científicos e obstinada em curar os excessos provocados pela loucura para o bem da sociedade. O local destinado é o manicômio. É daqui que partiremos com a pesquisa, com o objetivo de organizar um olhar crítico sobre o modelo manicomial que, até hoje, ainda vive com demasiada força entre nós.

O manejo com a experiência da loucura, bem como o tratamento destinado à pessoa com transtorno mental, vem sofrendo mudanças e transformando o olhar-cuidado, tanto dos profissionais da área da saúde mental, quanto da sociedade em geral. Com os movimentos das Reformas Psiquiátricas em diversas partes do mundo e as conquistas que ainda estão sendo obtidas pelos militantes da causa, a loucura passa a receber um olhar mais humanizado. A pessoa acometida por transtorno mental pode ser tratada de outras formas, sem ser subjugada, aprisionada em manicômios, excluída da sociedade e violentada de várias maneiras em seu existir, seja física, mental, política ou socialmente.

Em substituição à instituição manicomial e ao modelo asilar de tratamento do sujeito com sofrimento psíquico, surgem os dispositivos abertos de atenção em saúde mental. Trata-se de serviços substitutivos que oferecem assistência ao paciente psiquiátrico respeitando-o como ser humano capaz de estabelecer relações sociais e afetivas, auxiliando-o na busca pela autonomia e inclusão social, preservando sua singularidade e de acordo com as necessidades e particularidades que esse sujeito apresenta.

O Acompanhamento Terapêutico (AT)ⁱ surge a partir da década de 1960 como uma das formas de atenção dos serviços relacionados à saúde mental e um instrumento singular na ampliação das possibilidades de vida do paciente com sofrimento psíquico. É realizado pelo profissional junto ao indivíduo acometido por transtorno mental, por meio de um tratamento diferenciado, uma vez que não existe nesse modelo um local estabelecido para sua realização. Acompanhante e acompanhado mantêm uma relação de base horizontal, procurando desenvolver atividades cotidianas, transitando por lugares diversos, buscando o acesso no seio da sociedade, o reconhecimento do sujeito como cidadão e prezando pela sua individualidade e autonomia.

Tendo em vista a carência de informação, a exclusão, a humilhação e a violência sofridas pelo sujeito com transtorno mental que ainda recebe tratamento nos moldes institucionalizados, faz-se uma reflexão acerca da prática do AT. É nosso intuito inferir sobre a forma com que essa prática faz uso da escuta aberta à singularidade do delírio, do vínculo estabelecido com o paciente e da mediação de novos laços sociais e afetivos. Essa discussão é importante para que se promova e se pratique formas de tratamento dignas e humanizadas para com a pessoa acometida por sofrimento psíquico.

Para tanto será apresentado na primeira parte desse trabalho um breve panorama da história da loucura e a forma com que esta foi julgada e (mal) tratada ao longo desse tempo. Além disso, será feita uma breve contextualização do surgimento de Reformas Psiquiátricas em âmbito global, em especial a italiana, bem como do processo de Desinstitucionalização, termo esse utilizado primeiramente pelos norte-americanos, mas transformado em ação prioritária pelos italianos para reformas contundentes em termos de cidadania e “cuidado com a loucura” (BUENO, 2016). Na segunda parte há uma exposição da origem da Reforma Psiquiátrica brasileira, até a aprovação das primeiras leis nacionais e implantação dos primeiros dispositivos substitutivos de atenção à saúde mental em terras brasileiras. Por fim, segue como nosso intento apresentar, de forma sucinta e clara, o AT como opção de tratamento aberto ao paciente com sofrimento mental, indicando a gênese desse movimento de ruptura com o sistema vigente, bem como a proposta clínica do AT e sua proposição terapêutica ante os tratamentos asilares e não favorecedores de cidadania plena. Peripatetear clinicamente torna-se uma importante ferramenta clínica para pensarmos em cuidado às pessoas com sofrimento mental.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Desde a Grécia antiga apresenta-se uma determinada interpretação para o fenômeno social da loucura a partir dos saberes vigentes, da cultura e das interferências religiosas. Se no período grego citado a loucura era tida como divindade e sabedoria (PELBART, 2018), na Idade Média, época em que a Igreja Católica exerceu enorme poder (não sem grande violência) sobre a sociedade, a loucura era entendida como algo sobrenatural, místico, de feitiçaria e possessão demoníaca. Ela, a loucura, deveria então ser tratada através de rezas, rituais, sacrifício ou exorcismo. Segundo Foucault (2019), durante os séculos XVII e XVIII, período compreendido como a Grande Internação, mendigos, criminosos, velhos, agitadores, desempregados, alcoolistas, deficientes físicos, homossexuais, loucos e quaisquer outros sujeitos marginalizados pela sociedade ou considerados improdutivos, eram trancafiados nos antigos leprosários, sem qualquer finalidade médica ou assistencial, com o intuito de diminuir a miséria e estabelecer a ordem social. O autor nos indica as atrocidades cometidas pela sociedade de então, simbolizadas pela *Stultifera navis* (Nau dos loucos) que transportava para longe das sociedades aqueles que não deveriam fazer parte do convívio comunitário.

No final do século XVIII e início do século XIX, Philippe Pinel “desacorrenta” os loucos em uma espécie de “humanização” do tratamento, que passa a ser de responsabilidade médica. Com o nascimento da psiquiatria, o louco então passa a ser asilado e tutelado em hospitais psiquiátricos, onde o saber médico é hegemônico. Prega-se o tratamento moral na busca pela cura da loucura, que é entendida como de origem orgânica, onde a marcante violação dos direitos humanos, a violência, tortura, humilhação, a iatrogenia e a precariedade das instalações e recursos protagonizavam o modelo da atenção destinada aos pacientes (FOUCAULT, 2019).

A partir de então, e até meados do século XX, era esse o tratamento destinado ao paciente psiquiátrico: exclusivamente pautado na internação, com absoluto apelo médico-científico e isolamento em manicômios. Nesse contexto, era tido como louco o sujeito que por algum motivo não se adequava aos padrões da “normalidade” e, portanto, era rechaçado do convívio social. Assim, a finalidade dessas internações, ao invés de acolher a demanda clínica do sujeito, era a de simplesmente atender às necessidades da sociedade de retirar do convívio social o indivíduo reconhecido como louco (ACIOLY, 2009).

Desta maneira, o tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos ao sujeito com sofrimento psíquico apresentava eficácia duvidosa. As técnicas baseadas na crença da loucura como algo orgânico foram desacreditadas e o tratamento moral começa a ser contestado. No final da década de 1960 na Inglaterra, nascem a Antipsiquiatria e as Comunidades Terapêuticas (AMARANTE, 2007). Esses movimentos colocaram em xeque o saber e as práticas psiquiátricas, rompendo com o modelo assistencial vigente e dando início a uma ressignificação da loucura e reconstrução de suas formas de tratamento (LOBOSQUE, 1997; PACHECO, 2009).

A Antipsiquiatria considerava a loucura como uma produção social. Portanto, o tratamento baseado na exclusão e violência deveria ser inaceitável. As Comunidades Terapêuticas preconizavam a extinção da hierarquia entre funcionários e pacientes, a responsabilização do sujeito frente ao seu tratamento, a valorização da escuta e discussão com familiares e pacientes, o estímulo à autogestão, autonomia e administração do espaço asilar, de tarefas e oficinas terapêuticas. Ambos os movimentos acima referidos foram pilares para a Psiquiatria Democrática Italiana, que teve como um dos principais nomes Franco Basaglia. Ele acreditava na doença como fenômeno do indivíduo como um todo e defendia um tratamento a partir do contexto dessa relação sujeito-corpo, onde se buscava a construção de uma subjetividade (AMARANTE, 2015; PACHECO, 2009).

De acordo com Amarante (1994), a partir de experiências em hospitais psiquiátricos da Itália na década de 1960, é possível constatar várias transformações de forte impacto no âmbito da Reforma. Em Gorizia, o grupo basagliano, como era reconhecido à época, fechou temporariamente o hospital psiquiátrico da cidade e, posteriormente, na cidade de Trieste, o fizeram de forma definitiva. Basaglia direciona outro olhar à loucura e constrói uma nova forma de atenção à doença mental, sem que seja baseada no modelo asilar. Trabalhando a inserção do louco no contexto social e o resgate da cidadania, estreitando laços com a comunidade e favorecendo sua autonomia, Trieste passa a ser um modelo para a Itália e também para o mundo, onde o viés de se trabalhar no território e com dispositivos fortes indicam uma assistência bem mais cidadã e política do que sanitária (BASAGLIA, 2014; SARACENO, 2001).

A Reforma Psiquiátrica Italiana propõe assim uma nova forma de lidar com a loucura, promovendo a transformação de suas representações sociais e construindo um novo lugar para o sujeito acometido por transtorno mental. É a partir desse movimento da reforma que se

desencadearam vários e importantes processos que contribuíram ou até mesmo promoveram a humanização do tratamento do paciente psiquiátrico. Dentre eles, é essencial ressaltar o processo de desinstitucionalização, que forjou novos campos de estudo e de práticas transformadoras na assistência em saúde mental (AMARANTE, 1994; ROTELLI et al., 1990).

Conforme Rotelli et al. (1990), a desinstitucionalização tem como objetivos principais a criação de relações mais equilibradas e de igualdade entre instituição, sujeito e sociedade, além de desviar a atenção que anteriormente era direcionada à patologia e realocá-la para o indivíduo. Essa prática reformula o modelo do tratamento, que passa a ter como foco a produção de vida, a vivência da experiência da loucura e a promoção da saúde do sujeito acometido por transtorno psíquico. A partir desse processo, o tratamento deixa de ter como propósito a regeneração do louco e ganha aspectos no sentido de, dentre outros, favorecer sua autonomia e criar possibilidades e vínculos sociais. Para Rotelli et al. (1990, p.36), “a palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais”.

O processo da desinstitucionalização construiu uma nova política de saúde mental, na qual se quebra a noção de internação em hospitais psiquiátricos como única possibilidade de tratamento da loucura. Como alternativa, inicia-se uma mobilização dos técnicos da saúde mental a partir de dentro da própria instituição que, pouco a pouco, vai se transformando: abrem-se as portas dos manicômios enquanto este é desconstruído, a começar pela eliminação dos meios de contenção, coação, tutela jurídica e estatuto de periculosidade. Há a reconstrução de direitos, de produção de relações, de liberação de sentimentos e afetos por parte do louco, como forma de expressar a sua subjetividade, restituir os direitos civis e a palavra, restabelecer a relação do sujeito com o próprio corpo e com a sociedade. Ao invés da busca pela cura do paciente, cuida-se do paciente a partir do trabalho terapêutico que visa à reconstituição da pessoa enquanto sujeito que sofre, transformando os modos de viver, sua existência, suas experiências, suas possibilidades e necessidades. A nova proposta é acolher a pessoa com sofrimento, ou seja, o paciente deixa de ser visto como uma doença e passa a ser visto como um sujeito que tem desejos, direitos e deveres como cidadão; é possuidor de um sofrimento que requer tratamento e cuidados específicos (ROTELLI et al., 1990).

A partir dessa nova forma de se pensar em saúde mental, foram criados serviços substitutivos de atenção ao paciente com sofrimento psíquico, que se caracterizam como estruturas extra-hospitalares e territorializadas, com a finalidade de assistir aos pacientes que estão fora do manicômio em um modelo de tratamento dinâmico, que permitiu a circulação do paciente pelos serviços assistenciais, pelos hospitais e pela sociedade. Esses dispositivos substituem o manicômio por serviços de cunho terapêutico disponibilizados na comunidade, e oferecem ao sujeito a possibilidade de tornar-se ativo e protagonista do seu tratamento. (ROTELLI et al., 1990). Podemos pensar nesse modelo a partir da frase emblemática que circulava (e ainda circula) em Trieste desde as primeiras ações de destruição da lógica manicomial: “A liberdade é terapêutica” (BASAGLIA, 2014).

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E OS DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi fortemente influenciada pela experiência de Basaglia na Reforma Psiquiátrica italiana, bem como nos princípios norteadores da desinstitucionalização. Também impulsionada pela Reforma Sanitária, por aqui inicia-se, no final da década de 1970, por

parte de profissionais da área da saúde mental, críticas e denúncias de maus tratos e péssimas condições de trabalho e atendimento nas instituições psiquiátricas (TENÓRIO, 2002). Em 1978, como resultado da união de trabalhadores integrantes de movimentos sanitário, sindicalistas e profissionais da área da saúde mental, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que protagoniza a luta contra o modelo hospitalocêntrico e o saber institucional psiquiátrico na assistência ao paciente com sofrimento psíquico, denunciando a violência premente dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência (AMARANTE, 1995). A partir de então, combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM passa a implantar as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência à saúde mental alcançando forte repercussão e fazendo avançar gradativamente a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (BRASIL, 2005).

Em 1987, expandindo o alcance de seus intentos, o MTSM passa a ter a participação de novos grupos sociais, como familiares e usuários dos serviços de saúde mental, políticos, artistas, dentre outros, passando a ser conhecido como Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), deixando de ser um movimento exclusivo de técnicos da saúde mental e se tornando um movimento social (PACHECO, 2011).

É nesse mesmo período que se dá a implantação dos primeiros dispositivos de atenção em saúde mental, que tem como objetivo trabalhar a reinserção dos usuários em seus territórios existenciais e promover o pleno exercício da cidadania, ao invés de simplesmente controlar a sintomatologia do paciente. Surge, ainda em 1987, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 1989, no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), as cooperativas e as residências para egressos do hospital psiquiátrico. É a partir dessas experiências que nasce a possibilidade real de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Ao longo da década de 1990 são aprovadas em vários estados brasileiros as primeiras leis da Reforma Psiquiátrica. Essas leis impõem que os leitos psiquiátricos sejam substituídos progressivamente por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Também entram em vigor no Brasil as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária fundamentadas nas experiências dos primeiros dispositivos abertos, CAPS, NAPS e Hospitais-dia (BRASIL, 2005).

Porém, é somente no ano de 2001, após doze anos de tramitação, que a Lei Federal nº 10.216 é aprovada. Chamada de Lei Paulo Delgado – em virtude do seu criador, o deputado pelo Partido dos Trabalhadores, Paulo Delgado – suas prerrogativas afirmam os direitos e a proteção das pessoas acometidas por transtornos mentais e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental (mesmo tendo sofrido cortes importantes para que fosse aprovada). A partir de então, os princípios pregados pelo movimento social que começaram ainda na década de 1970 tornam-se uma política de estado. São criados pelo Ministério da Saúde programas de financiamento exclusivos para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, além de novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

Finalmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vive uma importante expansão, e a proposta de variados dispositivos como serviços substitutivos ao modelo manicomial passa a ser implantada e consolidada em todo o país. Cada dispositivo atua conforme sua especificidade e trabalha com o sujeito a partir da demanda apresentada, com um plano terapêutico sempre

singular, digno e humano, focado preferencialmente na promoção da saúde do sujeito e no cuidado relativo à sua existência sofrimento. Esses dispositivos procuram tratar o sujeito inserido em seu contexto social, na busca pela inclusão e participação na sociedade, no resgate da cidadania e na construção da autonomia. Considera-se esse sujeito enquanto possuidor de vontades e desejos, assim como seus direitos e deveres (BRASIL, 2013).

Enquanto dispositivos substitutivos ao modelo manicomial são organizados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), os Núcleos de Oficinas de Trabalho (NOT), os Hospitais-Dia (HD), os Serviços de Urgência Psiquiátrica em Hospital-Geral, assim como as ações proporcionadas pelas visitas domiciliares e pelo AT (BRASIL, 2013).

Dentre estes dispositivos é interessante destacar os CAPS por terem sido de extrema importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Segundo o Ministério da Saúde (2005, p. 25), “é o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país”.

Os CAPS são serviços de saúde abertos que oferecem atendimento clínico em regime de atenção diária às pessoas com transtornos mentais, evitando assim a internação. Para isso, possuem uma equipe multiprofissional para o tratamento dos pacientes e atendem à população, realizando desde atendimentos clínicos, psicológicos e psiquiátricos, até a reinserção social dos usuários. Apresentam projetos e serviços como suporte social e possibilidade de fortalecimento dos laços familiares, comunitários e afetivos. Utilizam como estratégia o apoio à família e usuários na busca pela independência e coparticipação no tratamento (BRASIL, 2004).

O trabalho em equipe multiprofissional realizado no CAPS possui uma dimensão transdisciplinar, e conta com os diversos olhares e práticas dos profissionais da equipe sobre a saúde mental. Esse compartilhamento de saberes valoriza a especificidade de cada um dos profissionais e vai contribuir para que se construa um projeto de tratamento único para cada cidadão que demanda o serviço. Isso requer a interpretação e análise das situações e a produção de repostas pelo viés de cada conhecimento e modelo de intervenção (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

4 O AT COMO UMA APOSTA DE CUIDADO DIFERENCIADO

Desde seu surgimento, a prática do AT sofreu diversas transformações até chegar ao modelo em que é realizado atualmente. Segundo Ayub (1996), há registros de um primeiro trabalho de AT no ano de 1937, praticado por uma enfermeira que fora treinada pela psicanalista suíça Sechehaye para cuidar de uma paciente diagnosticada com esquizofrenia. Bueno (2016) aborda estudos que discutem as origens do AT e infere que, além de Sechehaye, práticas similares ao que atribuímos hoje no referido tema acontecem desde o início do século XX, acentuando-se no período pós Segunda Guerra Mundial no Canadá e nos Estados Unidos em serviços de reabilitação para veteranos de guerra. Na Argentina, as “patrullas” que aconteciam nas comunidades mais carentes de Lanús praticavam a itinerância em saúde pública como um formato clínico inovador e bastante eficaz, sustentando novos modelos de se fazer clínica para além do *setting* tradicional (PULICE, 2012).

Ao que demonstra Pulice em sua pesquisa, no final da década de 1960 com a criação das Comunidades Terapêuticas na Argentina (inspiradas no modelo inglês), o AT realizado nessas

instituições começa a se estabelecer como uma forma de cuidado ao paciente com transtorno mental. A influência da itinerância das “patrullas” de Lanús é marcante e o país vizinho capilariza em várias partes de seu território a prática do AT, especialmente após um período de grandes dificuldades no campo da saúde imposto pela ditadura militar, em que as bases do serviço público portenho foram praticamente aniquiladas. Sob a égide privada, os atsⁱⁱ mantêm o fazer peripatético de uma clínica inovadora e que mais tarde se alastraria mundo afora. Servindo como inspiração para a Clínica privada Pinel, em Porto Alegre, esse modelo de AT era feito por pessoas sem qualquer formação específica para acompanhar os pacientes. Assim, os (então chamados) atendentes psiquiátricos, eram jovens que se propunham a estar com os pacientes dentro da clínica, participando e incentivando-os nas atividades coletivas a fim de promover a relação social do paciente com a instituição, bem como criar um ambiente terapêutico propício à aprendizagem social (REIS NETO et al., 2011).

Seguindo a ideia da Clínica Pinel, em 1969 é inaugurada na cidade do Rio de Janeiro, por um grupo de psiquiatras de orientação psicanalítica, a Clínica Villa Pinheiros, que passou a nomear de auxiliar psiquiátrico aquele que acompanhava o paciente não só no interior da clínica, mas principalmente que levou o acompanhamento para fora dos muros institucionais. Dessa forma, esse auxiliar passa a intermediar a relação do paciente ainda internado com a sociedade e não somente no interior da Comunidade Terapêutica. Além dessa importante tarefa, o auxiliar psiquiátrico tinha como atribuições medicar, conter, entreter, acompanhar o paciente em visitas à família e em passeios, e orientá-lo quanto à organização de suas atividades diárias durante a internação (REIS NETO et al., 2011).

Neste contexto, como alternativa à internação, alguns psiquiatras passam a recomendar o auxiliar psiquiátrico a seus pacientes em crise, sendo que o tempo de contato com os assistidos chegava muitas vezes às 24 horas do dia junto ao seu acompanhado. Utilizando desta prática como mecanismo clínico, o auxiliar psiquiátrico atuava junto ao psiquiatra desde o diagnóstico até a formulação de projetos terapêuticos para seus pacientes. Concomitante a isso, começam a se formar grupos de auxiliares psiquiátricos compostos por psicólogos autônomos (SANTOS et al., 2005), o que nos indica outra transformação na prática do AT, agora sendo exercida por profissionais de nível superior, e não apenas por estagiários e “práticos” com capacitação pelas equipes de base.

A partir de então, para deixar de ocupar uma posição hierarquizada e complementar em relação ao psiquiatra e assumir um novo lugar diante dos pacientes, o auxiliar psiquiátrico passa a ser chamado de “amigo qualificado”. Entretanto, na década de 1980 recebe a denominação de acompanhante terapêutico (at), nomenclatura que permanece até os dias de hoje (SANTOS et al., 2005).

É assim que o AT passa a ser não mais uma simples forma de cuidar do paciente com transtorno mental e se transforma em um importante instrumento clínico de atenção à saúde mental. O at transcende aquela posição inicial de leigo e passa a utilizar de um embasamento teórico-clínico para a realização do trabalho com os pacientes. Essa profissionalização do AT, que hoje em dia é exercido majoritariamente por psicólogos e estudantes de psicologia, transformou tanto os usos feitos dessa prática, quanto os objetivos a serem alcançados a partir da mesma (REIS NETO et al., 2011).

Para Palombini (2009), apesar de atualmente ter sua prática bastante utilizada por profissionais da área da psicologia como uma possibilidade terapêutica, o AT não foi regulamentado como profissão, tampouco pode ser limitado a um campo de saber específico ou a

um profissional de nível superior. Conforme a autora, o AT “é uma prática, uma função, um modo de exercer o cuidado para o qual confluem múltiplos saberes, não só aqueles disciplinares, mas os que a vida possibilita” (PALOMBINI, 2009, p. 5).

Essa transdisciplinaridade é comum tanto à política do AT, quanto à lógica que rege o modelo de tratamento oferecido pelo CAPS. Pode-se inferir que muitos trabalhadores e pesquisadores da área da saúde mental propõem o AT com usuários da rede ou vinculam suas pesquisas a respeito da clínica do AT com o CAPS por atribuírem bons resultados práticos à clínica do AT. Como exemplo, Cabral (2005), Palombini (2009), Brandalise e Rosa (2011) e Carniel e Pedrão (2009) citam casos da prática do AT utilizando como estratégia de intervenção em pacientes atendidos pelo CAPS com os mais diversos objetivos: do auxílio na resolução de questões burocráticas até a participação na vivência do sujeito com sofrimento psíquico e mediação de laços familiares e sociais.

Já os autores Pitiá e Furegato (2009), Simões e Domont (2006) e Fiorati (2013), não só apontam a relevância da ação terapêutica do AT para a pessoa com sofrimento psíquico, como defendem a incorporação do AT enquanto importante dispositivo de atenção no CAPS. Isso se deve ao fato de esta ser uma prática plural e descentrada que favorece, dentre outros aspectos, a reabilitação psicossocial do paciente usuário da saúde mental, devendo assim ser incorporado ao leque de cuidados e projetos terapêuticos preconizados pelo CAPS.

Ribeiro (2009) vai ainda mais longe e traça um paralelo entre o fazer da clínica do AT e a proposta que sustenta o trabalho no CAPS a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Segundo o autor, o CAPS enquanto um dos dispositivos substitutivos de atenção à saúde mental aproxima-se da lógica do trabalho do AT por estar à disposição do paciente, no sentido de escutar a singularidade do sujeito, dar-lhe voz e acompanhá-lo na construção e percurso do seu projeto individualizado de tratamento, sendo este sempre específico e condizente com as necessidades do indivíduo. Além do fato de que os profissionais dos CAPS, assim como os ats, transitam (ou deveriam transitar) por variados papéis, funções, formações e atividades enquanto acompanham seus pacientes em tratamento, considerando o inusitado como fato natural de ambas as clínicas e fazendo uso dele como ação terapêutica.

Portanto, o AT que é realizado nos dias de hoje parte da ideia proveniente da Reforma Psiquiátrica de que a pessoa com transtorno mental deve fazer uso de quaisquer ambientes, relações e situações como parte do tratamento, utilizando essas experiências em prol de se perceber como sujeito e experimentar maneiras de “estar no mundo” (referência fundamentada na inspiração fenomenológico-existencial basagliana). Se inicialmente a função do at era simplesmente fazer companhia ao paciente e auxiliá-lo nas questões práticas do cotidiano, hoje ele exerce um papel fundamental para o processo existencial do indivíduo e construção da sua cidadania, bem como no processo de reabilitação psicossocial do paciente psiquiátrico (REIS NETO et al., 2011).

Sendo assim, a prática do AT define-se por outra forma de tratamento que vai além dos espaços tradicionais como clínicas, hospitais e consultórios. O AT não prescinde de um local apropriado para sua realização. Ele é feito de acordo com as necessidades do paciente acompanhado e nos espaços sociais frequentados em seu dia a dia, ou seja, no seu habitat. Pode acontecer na rua, na escola, no clube, no quarto de um paciente que ainda não suporta deixá-lo, na negociação com um vendedor ou na conversa com um trocador de ônibus. É uma clínica dinâmica na qual o profissional através da escuta clínica apurada explora todo e qualquer lugar, as relações interpessoais, os encontros, as experiências e o acaso. Por meio destas cenas

imprevisíveis, de fazer coisas novas, superar limitações e promover potencialidades e a autonomia dos sujeitos, há a possibilidade de emergir algo desse indivíduo que até então não havia se mostrado (RIBEIRO, 2009).

Na prática do AT há um enfoque no que está sendo vivenciado naquela circunstância, onde cada momento é único e particular. A singularidade do sujeito é colocada em relevância importante e a construção dessa relação com o novo, com o diferente, a partir da circulação pelo território e por intermédio do acompanhante livre de preconceitos e regras, pode fazer aflorar “outro sujeito”, antes silenciado e ensimesmado em seus espaços de vida. Nesse ínterim, Bueno e Passos (2016) nos apontam para a prática do AT inspirada pela “política da amizade”, que nivela a relação acompanhado-acompanhante pelo viés da “incomunicabilidade” nietzschiana. Isso significa dizer que a realização de uma manobra, de uma vivência em comum em que não há a sinalização do caminho correto a se seguir, é genuína e proporciona caminhos sem codificação predefinida, o que caracterizaria a preponderância de um sujeito sobre o outro, anulando a criação de experimentações verdadeiras. Peripatetear (LANCETTI, 2016) no âmbito do AT tem o significado de construir novos caminhos com pessoas que resistem aos formatos e protocolos constituídos e predeterminados da clínica convencional. Nas palavras de Simões e Domont (2006, p. 333) “Ao provocar o acaso deste momento, ocorre a aposta implícita de que algo se ponha a mover e que daí se dê um processo de criação conjunta, com vistas à possibilidade do uso da palavra e a inscrição do sujeito”. França (2018) nos indica que mesmo a designação do termo AT não sendo clara e autoexplicativa, a proposta é adotar uma prática terapêutica peripatética, e, a propósito dessa ideia, trabalha em seus ensaios acadêmicos com a Terapia Peripatética de Grupo. Lancetti (2016) propõe uma inflexão importante nesse estilo de clínica ao indicar que a itinerância da clínica forja caminhos que saem do exílio rumo à cidadania. Para Bueno (2016) transitar com os pacientes pela cidade, proporcionando interações com terceiros em locais diversos, além de ser uma inovação na conduta terapêutica com pacientes psicóticos ou “desadaptados”, é uma forma inventiva e transformadora de clinicar, com uma potência de mudança importante no cuidado com pessoas em sofrimento mental.

De acordo com Ribeiro (2009), além da flexibilidade quanto ao espaço de se realizar o AT, há também uma entrega, uma disponibilidade, receptividade e tolerância por parte do at para com o acompanhado e suas manifestações e delírios. O at não se prende a normas e técnicas, ele vive e sente as experiências e os momentos juntamente com o paciente, aproveitando-se da particularidade de cada acontecimento e daquilo que é construído com o sujeito a partir de determinada vivência.

Conforme cita Reis Neto et al. (2011, p.37) “é no manejo de sua escuta e do vínculo que se desdobra através de suas andanças com o sujeito que está o potencial de uma ação clínica do AT”. Portanto, o profissional que realiza o AT vai buscar por meio da escuta clínica, da mediação da relação entre paciente, família e sociedade e do vínculo afetivo estabelecido com o paciente (uma relação mais simétrica e horizontalizada) a promoção da autonomia, a identidade, a criação de laços afetivos e a inserção social do sujeito com sofrimento psíquico.

CONCLUSÕES

O AT tem sua origem em um contexto de mudanças radicais em termos globais em que um dos principais tons é a discussão sobre direitos humanos, uma vez que a então recém terminada Segunda Grande Guerra tinha provocado uma devastação sem precedentes de milhões de vidas. Os movimentos reformistas no campo da saúde mental demandaram outros olhares e formas de

cuidado com a desrazão, sendo que ações transformadoras e vinculadas ao processo de “cidadanização” de pessoas em situação de vulnerabilidade encontram na desinstitucionalização da loucura um forte aliado.

Levando em consideração que o AT atua como um potente dispositivo alternativo ao manicômio, pode-se inferir que em muitos casos, em geral os de difícil manejo clínico nos serviços de saúde mental, essa prática se revela como uma opção para se estabelecer um vínculo forte com o paciente, que muitas vezes não aceita as formas tradicionais de atenção e interrompe ou dificulta a condução do tratamento. A “incomunicabilidade” inspirada em Nietzsche forja um campo fértil de trabalho com o público assistido pelas redes de saúde mental, em que pessoas que orbitam na marginalidade têm possibilidades de povoar novas vidas em territórios desconhecidos até então.

Ainda que haja diversos motivos para que a prática do AT seja explorada, assim como uma razoável publicação de pesquisas acerca do tema nos últimos anos, podemos afirmar que o AT continua pouco difundido e utilizado dentro da rede comunitária de atenção à saúde mental. Além de não ser incorporado ao leque de cuidados preconizados pelo CAPS oficialmente, percebe-se que sua incidência se dá de maneira ainda incipiente em locais específicos, como os SRT, algumas instituições do campo jurídico e na cena de uso de substâncias psicoativas.

Com o intuito de fomentar a discussão acerca do assunto, aguçar a curiosidade para o AT enquanto potente dispositivo da área da saúde mental e estimular a elaboração de novos estudos a respeito do tema proposto indicamos que a prática e a função do AT ainda têm muito a nos revelar com suas “dobras” para novos e possíveis territórios onde caminhando se faz vida.

REFERÊNCIAS

ACIOLY, Y. **Reforma Psiquiátrica**: Construção de outro lugar social para loucura. I Seminário Nacional de Sociologia e Política. UFPR. Curitiba, PR, 2009.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. (org.). **Teoria e crítica em saúde mental**: textos selecionados. São Paulo: Zagodoni, 2015.

AYUB, P. Do amigo qualificado ao acompanhante terapêutico. **Infanto - Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.** 4(2): 37-40, 1996. Disponível em: http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/ed_04_2/in_10_08.pdf. Acesso em 16 maio 2023.

BASAGLIA, F. (org.). **L'istituzione negata**: rapporto da un ospedale psichiatrico. Milano: Baldini Castoldi Dalai, 2014.

BRANDALISE, F.; ROSA, G. “Velhas Estradas: Caminho Novo” - Acompanhamento Terapêutico No Contexto Da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 77-88, 2011. DOI: 10.5007/cbsm.v1i1.68429. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68429>. Acesso em 16 maio 2023.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 34. Brasília, DF, 2013.

BUENO, R.C.; PASSOS, I.C.F. O Acompanhamento Terapêutico, o território e a amizade: caminhos entre as clínicas da desinstitucionalização. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, 2016. ##plugins.citationFormat.abnt.location##, 8, nov. 2016. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3463/4666>. Acesso em 8 março 2023.

BUENO, R.C. **O Acompanhamento Terapêutico como potente estratégia de cuidado nas clínicas da desinstitucionalização**. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016.

CABRAL, K. **Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: Considerações sobre o “setting”**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2005.

CARNIEL, A.; PEDRÃO, L. Contribuições do Acompanhamento Terapêutico na assistência ao portador de transtorno mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 12 (1), 63-72, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a08.htm>. Acesso em 8 março 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial** / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013. Disponível em http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2013/11/CAPS_05.07.pdf. Acesso em 9 março de 2023.

FIORATI, R. Acompanhamento Terapêutico, clínica e atenção psicossocial: uma relação possível? Reflexão crítica segundo a hermenêutica dialética de Jürgen Habermas. **Psicologia & Sociedade**, 25(n.spe.2), 82-89, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/fl5LSHzNgH7RKJS5kQyWjkz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 7 março 2023.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FRANÇA, D. **Terapia peripatética de grupo**: considerações. Curitiba: Appris, 2018.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2016.

REIS NETO, R. O.; PINTO, A. C. T.; OLIVEIRA, L. G. A. Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber. **Psicol. cienc. prof.** vol.31 (1), 30-39, 2011, Brasília. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100004>. Acesso em: 23 fevereiro 2023.

LOBOSQUE, A.M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

PACHECO, J. **Reforma Psiquiátrica**, uma realidade possível. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

PACHECO, J. **Representações sociais da loucura e práticas sociais**: o desafio cotidiano da desinstitucionalização. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, DF, Brasil, 2011.

PALOMBINI, A. Entrevista com Analice de Lima Palombini, psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pela UERJ, docente do Instituto de Psicologia da UFRGS, coordenadora do Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública e membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. **Jornal do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro**. Ano 6 nº 23, julho/agosto, 2009. Disponível em <www.crprj.org.br>. Acesso em 2 março 2023.

PALOMBINI, A. Utópicas cidades de nossas andanças: Flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 295-318, maio/agosto, 2009. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4749/4563>. Acesso em 22 fevereiro 2023.

PELBART, P.P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. Loucura e desrazão. São Paulo: Editora Iluminuras, 2018.

PITIÁ, A.; FUREGATO, A. O Acompanhamento terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface - Comunicação, Saúde & Educação**, v.13, n. 30, 67-77, 2009. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/4d30/78478c450882fd5eb0ef919aa706377737ab.pdf?_gl=1*11vqecz*_ga*NjU2NzM5MDQ2LjE2ODQyODU4MjY.*_ga_H7P4ZT52H5*MTY4NDI4NTgyNi4xLjAuMTY4NDI4NTgzNS41MS4wLjA. Acesso em: 2 março 2023.

PULICE, G. Acerca de la especificidad del acompañamiento terapéutico. In Mendelstein, A.C. (org.). **Acompañamiento terapéutico en España**. Madrid: Editorial Grupo 5, 2012.

RIBEIRO, A. A ideia de referência. O Acompanhamento Terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, 14(1), p. 77-83, São Paulo-SP, janeiro/abril, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/WYgGXPSWV8GrQLgWwff6QWb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 março 2023.

ROTELLI, F., DE LEONARDIS, O., MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: ROTELLI, F., DE LEONARDIS, O., MAURI, D.; DE RISIO, C. (orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Te Corá /Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, 2001.

SANTOS, L.; MOTTA, J.; DUTRA, M. Acompanhamento Terapêutico e a clínica das psicoses. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VIII, n. 3, pp. 497-514, São Paulo, set/2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233017541007.pdf>. Acesso em: 3 março 2023.

SIMÕES, R.; DOMONT, O. O Acompanhante Terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano IX, n. 2, pp. 318-338, São Paulo, jun/2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233017559009.pdf>. Acesso em: 4 março 2023.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**; 9(1): 25-59, jan.-abr., Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/?lang=pt>. Acesso em: 4 março 2023.

Notas:

ⁱ Ao longo do texto vamos indicar o AT com essa grafia para simplificar a compreensão das exposições, fazendo a ressalva de que essa nomenclatura foi adotada somente na década de 1980.

ⁱⁱ Seguindo a nomenclatura adotada nas discussões sobre o tema em tela, utilizamos **AT** para **Acompanhamento Terapêutico** e **at** para **acompanhante terapêutico**.