LUCIANA CHAUÍ BERLINCK

**Andarilhos Do Bem: Os Caminhos Do
Acompanhamento Terapêutico**

SÃO PAULO

2011

LUCIANA CHAUÍ BERLINCK

Andarilhos Do Bem: Os Caminhos Do Acompanhamento Terapêutico

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para obtenção do título de Doutor
em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Profa. Dra. Marlene Guirado

SÃO PAULO

2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

CHAUÍ-BERLINCK. L. **Andarilhos Do Bem: Os Caminhos Do Acompanhamento Terapêutico**. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Ao Diego, à Naiene e ao Clovis que
apesar de não serem ats estão sempre
me acompanhando pela vida.

À minha mãe que mesmo longe está
sempre perto.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Marlene Guirado por seus ensinamentos e pela paciente e sóbria orientação que me encaminhou por essas andanças.

Ao professor doutor Kleber Barretto pela generosidade e incentivo com que se dispôs em minha caminhada.

Ao professor doutor Rogério Lerner por suas valiosas contribuições e sugestões por ocasião do exame de qualificação.

Aos queridos David Calderoni, Maria Lucia B. Calderoni, Ana Lúcia G. Bastos e Jacqueline Brigagão, amigos sem os quais essa tese não teria sido realizada.

Aos colegas de orientação, em especial à Ligia Galvão e Eduardo Serrano sempre prontos a estender a mão.

Às minhas entrevistadas sem as quais esta pesquisa teria sido impossível.

Aos colegas da AAT por todos os incentivos dados ao longo destes anos.

Ao Clovis sempre disposto a passar madrugadas comigo em frente ao computador.

À Naiene e Diego que pacientemente me viram sair de seu convívio e esperaram carinhosamente pelo meu retorno.

*No caminho da cidade,
Oh vós, homens que andais pelo caminho,
Olhai-me, cercai-me todos, abraçai-me,
Abraçai-me de amor e de amigo, na meiga carícia
indecisa,
Cegos, mudos, viris, na imperfeição irremediável!*

Mário de Andrade

RESUMO

CHAUÍ-BERLINCK. L. **Andarilhos Do Bem: Os Caminhos Do Acompanhamento Terapêutico**. 2011. 171 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Este trabalho, apoiado na estratégia metodológica da Análise Institucional do Discurso elaborado por Marlene Guirado, investiga o discurso dos acompanhantes terapêuticos (doravante ats) sobre sua prática profissional, bem como alguns estudos escritos sobre esta mesma prática. Nossa tese visa ampliar a discussão sobre espaço social ocupado pelo Acompanhamento Terapêutico como agente de saúde. A análise das entrevistas revela a indeterminação e amplitude do Acompanhamento Terapêutico e de seus atores e permite a abertura de variadas discussões relevantes: a flexibilização dessa prática, a identidade profissional do acompanhante, a profissionalização e a formação em AT. De início fizemos um histórico do Acompanhamento Terapêutico e analisamos parte da bibliografia existente sobre o tema. Em seguida, foram entrevistadas nove acompanhantes terapêuticas cujas formações de origem são variadas e que estão ainda atuantes no campo do AT. Finalmente realizamos as análises das entrevistas e pudemos constatar os lugares assumidos pelas ats na cena institucional da prática do Acompanhamento Terapêutico. Nossa tese pode, assim, sustentar que há duas linhas mestras desenhando o AT e percorrendo o discurso dos ats: uma dessas linhas desenha a vocação interdisciplinar do AT e a outra, a contradição interna ao próprio discurso do AT, no qual a ausência de fronteiras teóricas e delimitação de técnicas surge tanto como a possibilidade de ter força instituinte, criativa, quanto determinante da limitação do espaço de trabalho dos ats. Nossa pesquisa situa o AT no momento atual, buscando a compreensão deste momento pelas falas das ats e por isso na conclusão fazemos uma comparação entre a situação do Acompanhamento Terapêutico ontem (1995) e hoje (2008-2010).

Palavras-chave: Análise Institucional do Discurso, Acompanhamento Terapêutico, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

CHAUÍ-BERLINCK. L. **Walkers of Goodness: The Ways of the Therapeutic Accompaniment**. 2011. 171 f. PhD thesis - Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2011.

Under the guidelines of Marlene Guirado's methodology on the Institutional Analysis of Discourse, this work is a research about the Therapeutic Accompaniment (TA) practice as it is presented by the discourses of the therapeutic companions (tas) and in some studies related to this practice. Our thesis intend to enlarge the discussion about the social space of the Therapeutic Accompaniment as an agent of Public Health. The analysis of those discourses shows the indetermination and large range of the Therapeutic Accompaniment and its actors and opens many relevant discussions such as the flexibilization of this practice, the professional identity of the companions, the education and professionalization of the Therapeutic Accompaniment. We start with a historical presentation of the Therapeutic Accompaniment (TA) and an analysis of the bibliography concerning this subject matter. Next we have interviewed nine therapeutic companions (tas) whose education and origins are different from one another. Finally we have analyzed these interviews in order to present and understand the institutional locus occupied by the therapeutic companions. It is our thesis that there are two main lines drawing the AT and the ats' discourses: the first one presents de interdisciplinary vocation of the AT while the other shows the internal contradiction between this interdisciplinary situation and the actual limitation of the work's field of the therapeutic companions. In the conclusion we made a comparison between the TA's situation in the past (1995) and nowadays (2008-2010).

Key-words: Institutional Analysis of Discourse, Therapeutic Accompaniment, Psychiatry Reform

SUMÁRIO

Introdução.	p. 10
Cap. I - A Análise Institucional do Discurso e os Procedimentos desta Pesquisa.	p. 15
Cap. II - O Movimento Antipsiquiátrico e a Luta Antimanicomial: Campo fértil para o nascimento do Acompanhamento Terapêutico	p. 21
Cap. III - Retomada da Literatura Existente sobre AT.	p. 42
Cap. IV - O Acompanhamento Terapêutico, seus Atores e sua Objetivação no Discurso das ats: Análise das Entrevistas Segundo os Temas	p. 55
Parte I - A Objetivação do Paciente/ Cliente no Discurso das ats	p. 55
Parte II - A Subjetivação do acompanhante no Discurso das ats	p. 68
Parte III - O Acompanhamento Terapêutico na Fala dos acompanhantes	p. 102
Cap. V - Reflexões Sobre as Transformações do Acompanhamento Terapêutico e Considerações Finais	p. 141
Referências bibliográficas.	p 165

INTRODUÇÃO

A idéia desta tese surgiu de reflexões feitas quando reformulávamos o projeto pedagógico de um curso de psicologia em conformidade com as novas diretrizes curriculares nacionais. As novas diretrizes para os cursos de psicologia prevêm que a formação do psicólogo se dê de tal forma que os egressos desses cursos estejam preparados para trabalhar com a diversidade e com a multidisciplinaridade. Ao pensarmos nas exigências das diretrizes para esta formação, fomos levados a discutir as várias possibilidades e os vários instrumentos que teríamos para alcançar tal objetivo. Dessa maneira, o Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ veio compor nosso quadro de possibilidades instrumentais. A partir de então, começamos a estudar e refletir sobre o Acompanhamento Terapêutico. Portanto, nossas questões foram se delineando nessas bases. Perguntávamo-nos se estaria o AT de acordo com o movimento mundial de reformas psiquiátricas, com os movimentos brasileiros de construção da cidadania como subjetividade portadora de direitos e com as questões da luta antimanicomial. Indagávamos se o AT poderia auxiliar na preparação dos futuros psicólogos para o trabalho tal qual previsto nas novas diretrizes curriculares cujo discurso está pautado nas referidas idéias.

À medida que aprofundávamos nossos estudos, decidimos que a pesquisa da tese de doutorado deveria incluir não somente os aspectos teóricos e históricos do Acompanhamento Terapêutico, mas também era imprescindível incluir as vozes dos acompanhantes terapêuticos e buscar entender como constroem seus discursos acerca do trabalho como ats e do AT.

Assim sendo, ao nos depararmos com os discursos presentes nas entrevistas que fizemos com acompanhantes terapêuticos, pudemos perceber que eles encenam suas práticas como um encontro com o sofrimento psíquico do outro e se referem ao aos esforços que realizam para minorá-lo. A partir daí, ocorreu-nos que os acompanhantes terapêuticos são como *benandanti* que seguem seus pacientes na intenção de fazer o bem. No livro de Carlo Ginzburg (1988), *Andarilhos do bem*, ele nos apresenta *os benandanti*. Conta-nos o historiador que eram homens e mulheres que carregavam caules de erva-doce nas mãos e curavam os enfeitiçados, *os feiticeiros e*

¹ Para facilitar a diferenciação dos termos utilizaremos maiúsculas para Acompanhamento Terapêutico (AT) e minúsculas para acompanhantes terapêuticos (at).

feiticeiras, quando partem, vão fazer o mal, e é preciso que sejam seguidos pelos benandanti para impedi-los (Ginzburg, 1988, p. 21). O contraponto do bem e do mal é universal, não havendo cultura alguma que não o faça, ainda que cada uma conceba cada um deles de modo diferente. Nós sabemos, como tão bem narra Foucault (1978), que em nossa cultura moderna o bem foi identificado com o bom uso da razão e o mal com a desrazão e esta última veio localizar-se na loucura, cujo cuidado ficou a cargo da psiquiatria. Podemos, dessa maneira, pensar nossos ats como modernos andarilhos, como aqueles que combatem o “mal” da discriminação social e da exclusão, buscando romper com os preconceitos que encerram e segregam os indivíduos chamados “loucos”. Veremos que o Acompanhamento Terapêutico origina-se no contexto de um movimento de reforma e luta contra o manicômio e a segregação dos indivíduos, contra a idéia da loucura e do louco como o mal encarnado. Portanto, da mesma maneira que os *benandanti*, descritos por Guinsburg, seguiam os feiticeiros para impedi-los de fazer o mal, os ats buscam impedir o mal da segregação.

Ginzburg (1988) pesquisa o testemunho de camponeses friulanos. Nós, analogamente, pesquisamos o testemunho de acompanhantes terapêuticos. Daí o título desta tese fazer alusão aos andarilhos do bem.

Antecipando, aqui, alguns “achados” de nossa pesquisa, encontramos “andarilhos” que falam de tratamentos nem sempre compreendidos pelos outros e que, à semelhança dos *benandanti friulanos*, foram tomados, muitas vezes, por “vagabundos”. Nossos entrevistados, igualmente mal compreendidos, passam por situações nas quais escutam as pessoas dizendo que seu trabalho é “moleza”, demonstrando preconceito e, às vezes, até desprezo por seu fazer como atividade profissional.

Outro aspecto muito presente nos discursos é o sofrimento e a angústia presentes no fazer dos acompanhantes. Fica evidente que estes são constituintes da prática do Acompanhamento. Onde se pôde inferir que esta prática é fundamentada pela psicopatologia, uma vez que o objeto da psicopatologia é o sofrimento. Patologia deriva de *páthos*² que, dentre seus vários sentidos, destaca “tudo o que afeta o corpo e a alma”, mas também “acontecimento no qual se sofre um grande mal”, “infortúnio”, “triste sorte”. *Páthos* é paixão, cuja origem é determinada de fora, ou seja, é passividade. No latim paixão é perturbação (*perturbatio*) e, portanto, paixão se opõe à razão, que é harmonia, medida e equilíbrio, enquanto aquela é desmedida, desarmonia,

² Conforme apostila elaborada por Maria Lucia Borges Calderoni para o curso de Psicopatologia e Saúde Pública da faculdade de Saúde Pública da USP.

confusão, desrazão. Mas o prefixo de *psicopatologia* é *psico* e o termo *psiqué* diz respeito às “coisas da alma”. Desta maneira, temos *páthos* como prefixo formador de patologia, e se *logia* deriva de *logos*, estudo ou tratado sobre algo, *psicopatologia* é o estudo ou tratado sobre a desmedida ou a desarmonia, a perturbação ou o infortúnio do psíquico. O psíquico sofre por violência e angústia, assim como nos mostram nossos entrevistados em seus discursos. Assim, é na lida com o sofrimento que nossos *benandanti* enunciam os tratamentos.

Tratamento e cura podem ser entendidos de diversas maneiras, dependendo da época e da cultura nos quais são exercidos; há muito tempo são temas de interesse abrangente e, nem sempre, de tão abrangente compreensão. Aqueles que exercem essas práticas podem ser vistos como feiticeiros do bem ou do mal, como santos ou demônios e até mesmo como semi-deuses ou vagabundos. Algo que parece sempre estar em jogo é o poder que se atribui a tais figuras por não se compreender como operam os resultados de tais práticas.

Do ponto de vista metodológico, a estratégia utilizada para seguir os caminhos do Acompanhamento Terapêutico como construção teórica e como prática social de atendimento terapêutico, consistiu em dois momentos distintos: inicialmente buscamos circunstanciar o Acompanhamento Terapêutico situando o momento histórico em que este surge, os principais aspectos constitutivos deste e ainda os discursos acadêmicos sobre o AT. A seguir, foram realizadas entrevistas com acompanhantes terapêuticos para compreender como estes se referem às suas práticas e ao AT. Assim, buscamos problematizar o discurso do at, uma vez que um operador conceitual-chave que orienta nosso pensamento é o de instituição como práticas concretas que se repetem e que são reconhecidas como legítimas por aqueles que as fazem (Guirado, 2004; Guilhaon Albuquerque, 1978). Assim, será no fazer naturalizado, porque imaginarizado, dos atores (ats) que o AT poderá ser considerado, no âmbito deste trabalho, uma instituição. Em outras palavras, este trabalho desvenda aspectos do AT e do at mostrando os efeitos de reconhecimento e desconhecimento que a análise institucional do discurso nos permite entrever.

Deste modo, nesta tese, o Acompanhamento Terapêutico é entendido como uma prática de tratamento pautado fundamentalmente na relação intersubjetiva acompanhante/acompanhado na qual as trocas afetivas, éticas e sociais são realizadas durante atividades cotidianas e, na maioria das vezes, no espaço público.

Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa foi estudar o Acompanhamento Terapêutico como construção teórica e como prática social de atendimento terapêutico na contemporaneidade, a partir da perspectiva dos acompanhantes terapêuticos e da literatura sobre o tema.

Os objetivos específicos foram:

- Investigar a pluralidade de discursos sobre o AT, na teia discursiva repetida e legitimada por esses profissionais e pelos estudos deste campo.
- Estudar como os profissionais que atuam como ats se referem a si mesmos e às suas ações no campo da saúde.

No primeiro capítulo, apresentamos o método de Análise Institucional do Discurso, estratégia de pensamento que organiza esta pesquisa bem como os procedimentos que dele derivam.

O segundo capítulo configura nosso campo de pesquisa. Trata da história das reformas psiquiátricas e do surgimento do Acompanhamento Terapêutico, a fim de situar o leitor espaço-temporalmente. Também objetiva poder pensar sobre a condição do paciente como “alienado” e/ou sujeito de direito e o acompanhante em seu percurso de “amigo”, “companheiro” e “terapeuta”. Parece-nos importante seguir um caminho que parta dos movimentos antimanicomiais ou de reformas psiquiátricas, pois as práticas de acompanhamento começam a existir dentro destes movimentos e, dessa maneira, tentaremos determinar o lugar, o contexto interinstitucional do AT, e quais traços desses pensamentos que constituem o discurso do AT.

O terceiro capítulo retoma a não extensa literatura existente sobre AT. Buscamos explicitar as regularidades temáticas presentes nestes discursos. A partir das leituras mais atentas da bibliografia específica levantada por nós, composta por dezenove livros, três teses de doutorado e quinze dissertações de mestrado, salientamos alguns aspectos que permanecem nos discursos sobre o AT ao longo do tempo.

No quarto capítulo, apresentamos a análise das entrevistas cujos discursos circularam em torno do “Acompanhamento Terapêutico e subjetivação” e foram organizados em três grandes temas: A Objetivação Do Paciente/ Cliente No Discurso Das ats; A Subjetivação Do Acompanhante No Discurso Das ats; O Acompanhamento Terapêutico Na Fala Dos Acompanhantes.

O quinto capítulo é destinado à discussão da análise e a reflexão sobre os modos de pensar o AT, ontem e hoje, através de um paralelo entre os discursos de

nossas entrevistadas e discursos de ats de épocas anteriores, nos quais foi possível identificar a existência de dois discursos sobre o AT: um, no início das reformas psiquiátricas e outro atual, depois que muito foi pensado e feito. Buscamos mostrar como, a partir dos discursos analisados, se podem articular a prática e função do AT em nossa sociedade pós-moderna, com suas características próprias, e como isso irá definir o AT, cuja história nasce das práticas discursivas das reformas psiquiátricas. Concluimos a tese com a apresentação de considerações finais.

CAPÍTULO I

A ANÁLISE INSTITUCIONAL DO DISCURSO E OS PROCEDIMENTOS DESTA PESQUISA

Nossa pesquisa fundamenta-se na Análise Institucional do Discurso de Marlene Guirado (2006). Isto significa que buscamos nos *modos de dizer* de nossos entrevistados a maneira como relacionam suas práticas em seus discursos, que lugares se atribuem ao fazerem essas relações, que lugares atribuem àqueles que acompanham, bem como a outros atores que constituem o AT.

Para melhor entendermos esta proposta não podemos nos furtar da aproximação com a lingüística, com a filosofia e com a sociologia, pois Guirado (2006) baseia seu método no pensamento do lingüista Dominique Maingueneau (1997), no de Michel Foucault (1996), e no conceito de *instituição* de Guilhaon Albuquerque (1978).

Começamos nosso percurso pela breve investigação dos termos que dão nome ao método. O primeiro termo, *análise*, vem do grego *análisis*, cujo significado é “dissolução”; analisar é decompor uma substância ou um tópico complexo em seus diversos elementos constituintes.

Antes de nos aproximarmos do segundo termo, passemos agora para o último: *discurso*. Este termo pode ser entendido como a prática social de produção de textos (orais ou escritos). Assim, podemos dizer que todo discurso não é uma ação individual, mas sim, uma construção social. Em Foucault (1996), encontramos o discurso como *acontecimento*, isto é, como atividade ou prática social, como relação entre posições, como instituição; e em Maingueneau (1997), a noção de discurso aparece como *cena enunciativa*.

Passemos então ao segundo termo – *institucional* - articulando, agora, essas idéias ao conceito de Albuquerque (1978) sobre *instituição* “como relações sociais concretas que se repetem e, nessa repetição, legitimam-se” (Guirado, 2009, p. 145). Essas noções constituem o campo conceitual que permite à autora formular a estratégia de pensamento com que trabalhamos nesta pesquisa. É a partir do conceito de *instituição* de Albuquerque (1978) que Guirado (2006) pode articular seu pensamento ao de Foucault (1996) e ao de Maingueneau (1997) e propor a tese de que o sujeito

psíquico, cuja sede está sempre estabelecida no discurso, é matriciado nas relações institucionais.

Como vemos, Marlene Guirado (2009) se utiliza da filosofia, da lingüística e da sociologia para chegar a seu objeto de estudo que, na verdade, não é o mesmo de nenhuma destas outras ciências. Seu objeto, o *sujeito psíquico*, encontra-se na psicologia. Por este motivo, devemos entender que a Análise Institucional do Discurso dialoga com as referidas ciências ou autores, entretanto, por mais aproximações que encontremos entre eles e o método de Guirado (2009), este está estabelecido na psicologia.

Após havermos identificado sucintamente o que é esse diálogo com cada autor, voltemos para aquilo a que não podemos nos furtar; e desta maneira vamos seguindo a construção do pensamento de Guirado (2006), que nos ajudará a compreendê-lo melhor.

Para Foucault (1996), a formação discursiva é “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram em uma época e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa”, ou seja, a formação discursiva é uma relação de interioridade entre o discurso e suas condições de produção. O discurso se exerce a partir de uma posição e supõe relação entre posições. Desta forma, podemos compreender como é concebido como prática discursiva, como acontecimento cujas condições de produção não lhe são dadas por uma realidade exterior..

É a partir das idéias do filósofo que poderemos entender o lingüista. Para Maingueneau (1997), é o gênero de discurso que dá visibilidade às relações de interioridade entre os discursos e as práticas sociais. O autor propõe que os discursos e os falantes sujeitam-se, respectivamente, às formações discursivas e à ordem do discurso. Vemos, portanto, o discurso ser concebido como instituição por seu componente pragmático. Ele é um instrumento de distribuição e disseminação de poder e de seus efeitos; não um simples instrumento de transmissão de informação. É ele o que permite que as relações entre os interlocutores e seus enunciados sejam construídos e transformados. Assim, escreve Maingueneau (1997):

O discurso está na instituição, e a instituição também se configura por meio das instituições do discurso. A linguagem representa uma realidade, mas, também, é parte dessa realidade. O discurso é um dispositivo social, mas também é

uma representação dessa sociedade. É uma coisa paradoxal, mas é preciso pensar com o paradoxo. (Maingueneau, 1997, p. 27)

Dessa maneira, nos aproximamos da idéia de cena enunciativa como discurso, conceito que será tomado por Guirado (2000). Maingueneau (1997) diz que a cena enunciativa deve ser entendida como um dispositivo constitutivo tanto dos sujeitos que nela se reconhecem como da construção do sentido em contraposição à idéia desta cena ser entendida como uma duplicação ilusória de uma realidade. Assumem-se, assim, as relações de interioridade visíveis pelo gênero de discurso, como dissemos acima. Cabe esclarecer que Maingueneau (1997) cria um conceito de gênero de discurso como aquilo que controla a produção e recepção do discurso em determinada prática, é o que regula os modos de enunciação; assim, por exemplo, se não há a coincidência do discurso consigo mesmo, isso pressupõe uma visão argumentativa, o que comprova a subjetividade do enunciador ao empregar outras vozes em seu discurso, essa é uma categoria de modalizadores argumentativos que nos dá idéia do grau de comprometimento de quem enuncia em um gênero de discurso que pode ser tanto uma entrevista, como uma aula, uma propaganda, por exemplo, mas é o que define as qualidades que aquele que fala assume ao ocupar determinadas posições discursivas.

Para Guirado (2000), as condições de produção de um discurso são, imprescindivelmente, outros discursos e é assim que as formações discursivas se constituem com e nas práticas institucionais.

Dessa maneira, nós nos voltamos para a noção de instituição, a qual não pode, como vemos, corresponder à noção de estabelecimento. Uma instituição, como diz Guirado em sua tese de livre-docência, é a ação dos atores institucionais (2009, p. 145). E ela só existe pela ação concreta destes atores que se constituem como sujeitos pelas relações que estabelecem entre si próprios e também com seu fazer. Guirado (2004) nos explica que instituição é:

Conjunto de práticas sociais que se reproduzem e se legitimam, num exercício incessante do poder; um poder entre agentes, dos agentes com uma clientela; um poder na apropriação de um certo tipo de relação como própria, como característica de uma determinada instituição. (Guirado, 1987/ 2004, p. 69)

Assim, podemos agora ter uma melhor compreensão do que queríamos significar quando dissemos que ao nos fundamentarmos na Análise Institucional do

Discurso buscamos os *modos de dizer*, as formas como nossos entrevistados relacionam suas práticas em seus discursos e que lugares se atribuem e atribuem aos outros ao fazerem essas relações.

Procedimentos

Realizamos entrevistas semi-abertas com acompanhantes terapêuticos visando identificar qual o discurso que proferem sobre o Acompanhamento Terapêutico, por meio de suas falas a respeito de seu próprio trabalho, do paciente, de sua formação, etc.

Entendemos por entrevista semi-aberta aquela na qual o entrevistado é convidado a falar sobre um assunto, no caso, sobre seu trabalho como at, expor seu ponto de vista, instigado por uma pergunta de abertura da entrevistadora. A partir de então, um roteiro discreto orienta as demais falas, sem que seja o entrevistado interrompido ou reconduzido ao tema de preferência do entrevistador, durante sua narrativa. O entrevistador tem a liberdade de intervir para investigar algum ponto que não lhe tenha ficado claro. As perguntas formuladas são de tipo aberto, permitindo maior expressão do entrevistado. Temos analisado estas entrevistas e

O método de análise de discursos permite perceber a estratégia de subjetivação - o lugar no e pelo qual o sujeito se constitui e se legitima como tal perante o outro - por meio da detecção de certos indicadores discursivos na fala (...). Não vamos buscar nada além da fala. Não nos propomos como faz a psicanálise, a escutar o não dito através do dito, ou a qualquer tipo de interpretação que nos conduza a um sujeito para além do discurso. (Ortiz, 2006, p. 111)

Julgamos que este tipo de entrevista nos permite realizar uma análise do discurso que sempre é construído em determinado contexto social e histórico, ou seja, como explica Guirado (2009), nas relações institucionais. Guirado (2009) nos fala como as práticas sociais são produtoras de subjetividade e constituem os lugares nas relações que, pela repetição, vão sendo legitimados, autorizados e consolidados. Assim, os acompanhantes terapêuticos formam um discurso sobre sua prática que ao ser repetido vai consolidando lugares para o Acompanhamento Terapêutico. Por isso nossa

intenção não é fazer uma crítica ao Acompanhamento Terapêutico, e sim análises que permitam entrever seu lugar no intercontexto das práticas de atendimento à saúde.

Entrevistamos 9 acompanhantes terapêuticas brasileiras, de variadas formações de origem. São elas 3 psicólogas, 3 enfermeiras e 3 terapeutas ocupacionais. Quando iniciamos nossa pesquisa não pensamos em diferenciar nossos entrevistados por sexo ou idade. De fato, as entrevistadas possuem idades variadas indo de 24 a 50 anos. Entretanto, sem que o tivéssemos planejado, são todas mulheres. Nosso critério de escolha dos entrevistados foi serem acompanhantes que estavam exercendo essa atividade no momento das entrevistas e que tivessem disponibilidade para serem entrevistados. Todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ao analisarmos as entrevistas, buscamos não diferenciar nossas entrevistadas por suas formações de origem para não criar, a priori, um viés. Dessa maneira, não nos referimos a elas no capítulo da análise quanto à sua formação de origem, a não ser quando essa questão surge no discurso. Também para que sua identificação fosse preservada demos a elas nomes fictícios. São: Terapeutas ocupacionais - Maria Paula, Maria Dolores, Maria Fernanda; psicólogas - Maria Cristina, Maria Teresa, Maria Isabel; enfermeiras - Maria Aparecida, Maria Antônia, Maria Vitória.

As entrevistas foram gravadas e logo transcritas. Após as transcrições, realizamos uma primeira análise de cada entrevista e dessa maneira buscamos verificar quais elementos eram repetidos em cada uma delas; quais os lugares assumidos e atribuídos por cada entrevistado; as oposições, tensões e resistências mostradas nas cenas; e, por fim, a ocorrência de cortes temáticos. A partir dessa análise, surgiram categorias que nos fizeram retornar às entrevistas para a verificação da diversidade e repetição de tais categorias.

Dessa maneira, utilizamos como evidência de nossa análise as partes mais significativas das entrevistas (partes que, de vez em quando, o leitor encontrará mais de uma vez reproduzidas) para elaborarmos um texto resultante das articulações feitas até então. Buscamos seguir uma das entrevistas como linha mestra para a elaboração do texto, pois acreditamos que dessa maneira seja mais fácil e agradável acompanhar a leitura.

A seguir apresentamos o roteiro seguido para as entrevistas.

Roteiro Entrevista AT

- 1-) Você pode me contar um dia de acompanhamento? Como você faz? (Se necessário contar a seqüência)
- 2-) Você teve no trabalho de AT, até agora, uma situação que te marcou? Você pode contar? (Porque foi marcante? – se não aparecer). (Se foi experiência boa perguntar sobre uma difícil e vice-versa)
- 3-) Conte um pouco do seu percurso profissional, no geral, sua formação, como chegou até o AT...)
- 4-) (Há uma teoria que fundamenta sua prática? Como é isso?)
- 5-) Quem você reconhece como seus pares no AT? (quais profissões)
- 6-) Como você entende a questão da formação (tanto para ser at como dos profissionais da saúde)

A análise de discurso das entrevistas foi organizada em três grandes temas:

- I - A Objetivação Do Paciente/ Cliente No Discurso Das ats
- II - A Subjetivação Do Acompanhante No Discurso Das ats
- III - O Acompanhamento Terapêutico Na Fala Dos Acompanhantes.

CAPÍTULO II

O MOVIMENTO ANTIPSIQUIÁTRICO E A LUTA ANTIMANICOMIAL: CAMPO FÉRTIL PARA O NASCIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

O Campo Fértil

Apesar de toda a literatura sobre Acompanhamento Terapêutico tratar das questões históricas antecedentes e de seu nascimento, não podemos nos furtar de tal tarefa, uma vez que esta contextualização será importante para nossa discussão final. Não pretendemos abordar o tema de maneira aprofundada, entretanto, é necessário iniciarmos por tempos um pouco mais remotos que o próprio AT.

Tudo começa pela questão da loucura e os questionamentos que vão surgindo e se vão impondo.

Michel Foucault, em *Maladie mentale e psychologie* (1962) e *História da loucura na idade clássica* (1978), descreve e narra a transformação do fenômeno da loucura e da figura do louco da Antiguidade ao Século XIX, enfatizando os dois momentos decisivos da transformação: os meados do Século XVII, quando ocorre o fenômeno do internamento, e o final do Século XIX, quando a loucura se torna objeto da psicologia e doença mental. Não que anteriormente a medicina não se ocupasse dos loucos, diz Foucault (1978), mas o fazia apenas nos momentos de frenesi, furor, acessos de melancolia, episódios de violência, isto é, aquelas manifestações esporádicas e passageiras que podiam ser tratadas com os procedimentos da época.

Até o Século XVII, escreve Foucault,

A loucura é experimentada em estado livre; ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se busca mais exaltar do que dominar (Foucault, 1962, pg. 80).

Nos meados do Século XVII, porém, a loucura vai passar ao mundo da exclusão: surgem as grandes casas de internamento, nas quais ficam reclusos os inválidos, os

mendigos, os idosos miseráveis, os desempregados reincidentes, os libertinos, os dissipadores e os loucos, em suma, todos aqueles inaptos ou perturbadores da ordem capitalista do trabalho, isto é, marcados pela *incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou na acumulação das riquezas*. Foucault (1978) observa que o internamento não tem *nenhuma vocação médica*. Essa mescla heterogênea de internados produziu sobre a loucura um efeito que permanece até nossos dias: ficou próxima de culpas morais e sociais, até que, a partir do Século XIX, torna-se causa de crimes e, no Século XX, descobre-se no centro da loucura um núcleo primordial de culpabilidade e agressão, numa palavra, doravante a loucura é criminalizada.

A partir do final do Século XIX, a loucura muda de lugar: torna-se doença mental. Como “mental”, pertence ao campo da psicologia e, como “doença”, ao da medicina: seu espaço agora é o da psiquiatria. E como ela vem criminalizada ou como moralmente culpada, a psiquiatria inferioriza, infantiliza e violenta o “louco”.

As reflexões de Foucault (1978) encontrarão um forte eco na prática dos que se ergueram contra essa figura da loucura, contra o tratamento dado ao “louco” e a violência da psiquiatria.

Desde o final dos anos 1940, são realizadas na Inglaterra e na França experiências de comunidades terapêuticas à margem das instituições psiquiátricas tradicionais. Todavia, essas experiências não puseram explicitamente em questão a psiquiatria, seus conceitos e suas práticas. Isto ocorrerá na década de 1960, quando do próprio interior da psiquiatria surge uma proposta de transformação radical: é o movimento antipsiquiátrico. Na Inglaterra, nos EUA e na Itália surgem contestações e alternativas para os tratamentos psiquiátricos. O que se colocava em questão era a condição do indivíduo como um sujeito que fora privado de direitos por ser “doente mental”.

Na Inglaterra, Laing (1972) e Cooper (1973) contestaram a separação entre normalidade e loucura; formaram um grupo de psiquiatras que, descontentes com o tratamento tradicional dispensado aos pacientes dos hospitais psiquiátricos, decidiram criar “casas” que recebessem pacientes psicóticos que demandassem acompanhamento, criando condições nas quais outras alternativas pudessem aparecer na relação técnico-paciente. Nos Estados Unidos, Thomas Szasz (1968) questionava o conceito de doença mental e, na Itália, Franco Basaglia (2001) acreditava que somente fora da instituição asilar é que uma relação terapêutica de ajuda com o indivíduo portador de

psicopatologia poderia concretizar-se; para ele, era impossível que uma relação terapêutica verdadeiramente livre tivesse lugar em uma instituição cuja finalidade era vigiar.

Basaglia (2001), tomando como referência a expressão cunhada por Goffman (1985)– “instituições totais” -, falou em “instituições da violência” para referir-se aos hospitais psiquiátricos, que concentram os pacientes em grandes salas de onde ninguém pode sair, à agressividade de enfermeiros e médicos descarregada sobre os pacientes, aos instrumentos de tortura para “acalmar” os doentes, à falta de higiene nos quartos coletivos e nas celas. Escreve Basaglia:

Analizando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico, podemos afirmar desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu. (...). O diagnóstico assume o valor de um rótulo que codifica uma passividade dada por irreversível. No instante em que esta é considerada em termos de doença confirma-se a necessidade da sua separação e exclusão, sem que se ponha em questão o significado discriminatório do diagnóstico. Desta maneira, a exclusão do doente do mundo dos sãos libera a sociedade dos seus elementos críticos de uma só vez confirmando e sancionando a validade do conceito de norma que a sociedade estabeleceu. A partir dessas premissas a relação entre o doente e aquele que toma conta dele é forçosamente objetual, na medida em que a comunicação entre ambos ocorre somente através do filtro de uma definição, de um rótulo que não deixa qualquer possibilidade de apelo. (Basaglia, 2001, pg. 107/ 108/ 109)

Essas palavras de Basaglia (2001) ecoam as escritas por Foucault em 1962:

O reconhecimento que permite dizer: este aqui é um louco, não é um ato simples nem imediato. Ele repousa, de fato, sobre um certo número de operações prévias e principalmente sobre o recorte do espaço social segundo as linhas da valorização e da exclusão. Quando o médico crê diagnosticar a loucura como um fenômeno da natureza, na verdade é a existência desse limiar que lhe permite fazer um juízo sobre a loucura (Foucault, 1962, pg. 93).

Basaglia (2001) fala numa crise da psiquiatria que é também uma crise institucional, ambas, segundo ele, tendo a mesma causa, qual seja, a relação objetual

estabelecida com o doente, relação que, por reduzir um outro ser humano à condição de objeto ou de coisa, é uma relação de violência.

O que caracteriza atualmente tal relação, em todos os níveis, (psiquiatra, família, instituições, sociedade) é a violência (a violência que serve de base para uma sociedade repressiva e competitiva) com que o perturbado mental é atacado e repellido. (Basaglia 2001, pg. 126).

No Brasil, a ramificação do movimento antipsiquiátrico é a Luta Antimanicomial, que põe em pauta a discussão da condição do indivíduo “doente mental” como um não-sujeito ou um indivíduo privado de direitos, denunciando a violação do direito à liberdade e à convivência social. As questões da saúde mental são, assim, conduzidas para o campo da ética e dos direitos humanos. Como observa Paulo Amarante:

Atualmente, vários serviços de saúde mental ou de atenção psicossocial vêm sendo implantados no Brasil. A década de 1990 assistiu à produção de um bom número de novas instituições e experiências locais. Uma das necessidades atuais é a de compor uma rede de comunicação entre esses trabalhos, que possa enriquecê-los e fortalecê-los através de trocas e debate. A transformação que se opera na subjetividade dos doentes e da instituição, quando se trabalha para a desconstrução do paradigma psiquiátrico, pode ter grande amplitude, rompendo com conceitos e reinscrevendo a forma da loucura na sociedade. (Amarante, 2001, pg. 14)

Dessa maneira, podemos pensar que o questionamento da antipsiquiatria em relação ao confinamento e à segregação nas instituições psiquiátricas dão o embasamento teórico para a idéia e o nascimento do Acompanhamento Terapêutico.

É preciso começar mencionando o que se passou na Argentina, pois foi ali que, pela primeira vez, foi empregado o termo *acompanhante terapêutico*. Na década de 1970, surgiu na Argentina, com a criação da função de auxiliar ou atendente psiquiátrico, uma nova figura, que acompanhava os pacientes dentro das próprias instituições ou em atividades que porventura ocorressem fora delas. Conforme ganhavam a rua, esses atendentes receberam o nome de “amigo qualificado”. Contudo, quanto mais o trabalho se afastava da instituição a denominação *acompanhante terapêutico* foi ganhando corpo, pois, afinal, era preciso que se delimitassem com maior

clareza as funções e vínculos desses profissionais. E o *acompanhante terapêutico* foi se especializando. Estudantes de várias áreas trabalhavam como acompanhantes, mas conforme ocorria uma maior especialização e um aumento da demanda por acompanhamento, os profissionais da área da saúde começaram a exercer essa função.

O Acompanhamento Terapêutico nasce como uma alternativa à internação; como mais um recurso no tratamento psíquico e acontece numa época que traz em seu bojo toda uma demanda de transformação em relação à figura do doente mental. É nesse contexto que acontece a Reforma Psiquiátrica, no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica brasileira começou a ocorrer no final da ditadura militar, portanto, nos anos 1975 / 1985. Isso lhe imprimiu uma marca, gerando um tipo de busca que, de fato, não separa a luta da saúde mental da luta do resto da sociedade brasileira contra a ditadura. Embora diferentes, foram movimentos que correram na mesma direção. Esta direção era a busca da cidadania entendida como afirmação de direitos concretos.

Devemos entender a Reforma Psiquiátrica brasileira como um movimento que sofreu a influência dos movimentos mundiais, principalmente do movimento italiano de *desinstitucionalização*, cuja crítica ao modelo médico-psiquiátrico objetivava práticas que transformassem e superassem o modelo manicomial. Porém, além das influências desses movimentos, não podemos esquecer que a Reforma era proposta, como dissemos, num momento histórico muito significativo no Brasil. Foi, portanto, neste contexto de final da ditadura e processo de redemocratização que os movimentos sociais (a saúde mental aí incluída) incorporam a questão da cidadania em seus discursos. No âmbito da saúde mental o projeto político era reconhecer os “loucos” como sujeitos de razão e de vontade.

Acompanhemos Michel Foucault. Tanto em *História da loucura na Idade Clássica* (1978) como em *Vigiar e Punir* (1977), Foucault enfatiza que a modernidade é o momento em que a razão é a detentora dos caminhos do saber e da verdade e definidora da cidadania (o indivíduo racional independente): a razão ocupa o “lugar do rei” (para usarmos a expressão empregada em *As palavras e as coisas*, 2002) e pavimenta o caminho que conduzirá ao surgimento e institucionalização da psiquiatria. O louco é aquele que está destituído de razão e a loucura é tratada pela psiquiatria como uma forma de alienação mental. *Alienus*, do latim, significa outro – o Direito Romano definia o escravo como *alienus juris*, ou seja, o que está sob o direito do outro, portanto, o sem direito, destituído de liberdade e dos bens que produz. Essa figura é retomada

pela modernidade científica na imagem do louco como “alienado” porque destituído de si mesmo, uma vez que o “si mesmo” se define pela plena posse da “razão”. Assim, a tradição racionalista moderna tacitamente articulou duas formas de alienação: uma, invisível, social e economicamente determinada (a do trabalhador que não se reconhece nos produtos de seu trabalho, não se apropria deles e os toma como um outro que existiria por si mesmo); e outra, visível, posta pela idéia da razão tal qual formulada pelas teorias filosóficas e científicas. O “doente mental” aparece como uma espécie de detrito social a ser escondido. É submetido a um processo de exclusão, segregado e encarcerado em instituições fechadas que, além de ocultá-lo da sociedade, passam a usá-lo como cobaia em experimentos variados. É desumanizado e tratado como coisa.

Discussões sobre o doente mental como pessoa e não como alienado nem como coisa apareceram nas três Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas no Brasil em 1987, 1992 e 2001, com a afirmação de que era preciso criar um novo *lugar social* para a doença mental. Para tanto, seria necessário

construir uma mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico (Brasil, 1992).

Justamente por isso ocorreu a substituição do termo “doença mental” por “sofrimento psíquico” e “pessoas portadoras de sofrimento psíquico”.

Pensava-se, na época dessas Conferências, que se a sociedade acabasse com as formas institucionais concretas de exclusão, isso garantiria os direitos de subjetividade autônoma para aqueles que por séculos foram socialmente excluídos para serem, a partir de então, considerados cidadãos iguais perante a lei. Entretanto, sabia-se também que o discurso da igualdade legal é formal e abstrato porque oculta as desigualdades concretas. Buscar um novo lugar social para o sofredor psíquico significava, assim, afirmá-lo como pessoa autônoma (isto é, não mais *alienus juris*) que se reconhece a si mesma nos discursos dos direitos concretos.

O Nascimento e Desenvolvimento do AT

Como dissemos, não é nossa intenção um estudo aprofundado da história do Acompanhamento Terapêutico. Tal estudo, o leitor encontrará em diversos outros

autores. O que buscamos é apenas contextualizar o surgimento do AT e seu desenvolvimento em terras brasileiras, pois acreditamos que esta contextualização seja importante para situar o leitor diante de nossas entrevistadas e para nossas discussões finais.

Devemos, para isso, nos remeter a um período anterior, os anos 1960-1970, época das comunidades terapêuticas, para ver surgir a figura que hoje denominamos *acompanhante terapêutico*. As comunidades terapêuticas afirmavam a necessidade do desenvolvimento de um meio ambiente terapêutico capaz de criar um tipo de vínculo com os pacientes distinto daqueles que médicos, enfermeiros e técnicos praticavam, ou seja, um *vínculo afetivo* que não exigia conhecimentos teóricos. Com isso, propunham a quebra da hierarquia, na qual médicos, técnicos e pacientes estão separados pela posse do saber pelos dois primeiros e pela destituição dos últimos.

Foi assim que, sob a influência da psiquiatria social inglesa surgiu, no início dos anos 1970, na Argentina, mais especificamente em Buenos Aires, o CETAMP (Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria) cuja equipe terapêutica tinha um agente denominado na época pelo psiquiatra Dr. Eduardo Kalina (1986) de “amigo qualificado”. Um dos fundadores e também diretor do CETAMP, o Dr. Kalina (1986) conta que o CETAMP nasceu da lenta reunião, feita por ele, de jovens colegas cujo objetivo comum era o tratamento de adolescentes com perturbações graves. Era um grupo interdisciplinar, sem uma sede, no qual não havia mestre. Pelos dizeres de Kalina (1986), todos foram juntos aprendendo, na prática, a trabalhar com técnicas não tradicionais. Apesar de fortemente influenciados pela psicanálise, segundo o Dr. Kalina (1986), havia no CETAMP a busca por modificar a psicanálise clássica em favor de uma psiquiatria dinâmica. Foram duas psicólogas argentinas, que faziam parte da equipe do Dr. Kalina (1986) no CETAMP, Mauer e Resnizky (1987), que escreveram o primeiro livro sobre AT do qual se tem notícia. De acordo com elas, no final dos anos sessenta surgiu a figura do “amigo qualificado”. Seu âmbito de atuação era a prática privada na qual, participantes de uma equipe especializada acompanhavam em sua vida diária pacientes gravemente perturbados, na tentativa de proporcionar-lhes um meio ambiente terapêutico.

O “amigo qualificado” deveria trabalhar como um pesquisador de campo participante, para que a avaliação diagnóstica abrangesse todos os aspectos da vida do paciente, “tanto as mais comprometidas como aquelas mais adaptativas” (Resnizky e Mauer, 1987, p. 148). Findo o processo diagnóstico as atribuições do “amigo

qualificado” também se modificavam. Deve-se ter em mente que os lugares de atuação da equipe eram variados, pois o paciente podia tanto estar internado como em regime de hospital dia ou noite, ou ainda vivendo com uma família substituta, ou ainda ser um paciente ambulatorial, sem qualquer vínculo com estabelecimentos psiquiátricos. Seja como for, as autoras descrevem oito funções desempenhadas pelos “amigos qualificados”: conter o 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; atuar como agente ressocializador e servir como catalisador das relações familiares.

Dizem ainda Resnizky e Mauer (1987) que com a experiência de trabalhar na função de “amigo qualificado” uma necessidade de mudança de denominação apareceu, uma vez que “acentuava-se... o componente amistoso do vínculo” e via-se a necessidade de uma maior ênfase no caráter terapêutico dessa função. Essa é a razão para que os “amigos qualificados” passassem a ser denominados “acompanhantes terapêuticos”, ou seja, para que se tivesse reconhecido seu caráter terapêutico.

É também sob a influência das comunidades terapêuticas que vemos, no Brasil, surgirem as figuras do auxiliar e do atendente psiquiátricos em Porto Alegre e no Rio de Janeiro e, em São Paulo, o “amigo qualificado”.

Em Porto Alegre, sob influência teórica das Comunidades Terapêuticas Americanas, foi criada em 1960, pelo psiquiatra Marcelo Blaya, uma clínica particular para pacientes, em sua maioria adultos psicóticos - a Clínica Pinel ou Associação Encarnación Blaya. Nesta clínica existia a possibilidade de internação e também hospital dia ou noite. Segundo Silva (2005):

(...) Desde o início do seu funcionamento institucional eram ofertados serviços considerados “inovadores” para aquela época, tais como: socioterapia, grupos operativos, ambientoterapia, reuniões comunitárias, trabalho em equipe, além de ocorrer a implicação e o reconhecimento dos trabalhos desenvolvidos pelos psicólogos e assistentes sociais.
(Silva, 2005, p.46)

Essa forma de tratar a loucura com um olhar “inovador”, a partir do pensamento da comunidade terapêutica, trouxe para o quadro de funcionários da Clínica Pinel uma figura, a do “atendente psiquiátrico”, que, com o tempo, viria a ser reconhecida como o *acompanhante terapêutico*. Nos diz Silva

Fazia parte desses “novos serviços” a prática de um específico agente, que nesse momento tinha o nome de “atendente psiquiátrico”. (Silva, 2005, p. 46).

Com o objetivo de construir dentro da Clínica Pinel um meio adaptado no qual o paciente pudesse aprender certas condutas e comportamentos que acelerassem e facilitassem sua adaptação fora da internação, o “atendente psiquiátrico”, na comunidade terapêutica, deveria por em ação o tratamento elaborado pela equipe de saúde. Para tanto, deveria estar com o paciente todo o tempo, cuidando deste em todos os aspectos de sua vida “*desde a higiene à psicoterapia, do esporte à alimentação*” (Silva, 2005) e nos vários espaços de sua circulação, seja dentro ou fora do hospital

(...) seria um agente integrador que circulava como um “atendente grude” pelo tecido urbano. A expressão “atendente grude” era utilizada pelos psicólogos e médicos da Pinel para falar da função do “atendente psiquiátrico”. “Grudar” para evitar que o inusitado se faça presente; impedir que o paciente morra, mate ou agrida. (Silva, 2005, p. 47)

O que observamos é que há grande semelhança entre a função deste atendente e a do enfermeiro e, como nos diz Reis Neto (1995)

[na Clínica Pinel] não havia enfermeiros e podemos supor que a função que o atendente desempenhava, de alguma maneira dava conta do que antes era cumprida pelo enfermeiro tradicional, embora não se resumindo a esta. (Reis Neto, 1995, p.16)

Ou seja, parece que os “atendentes psiquiátricos” diferiam do enfermeiro não apenas porque nessa época eram em sua grande maioria, estudantes de medicina ou psicologia³ e que dessa maneira cumpriam parte de sua formação clínica (estágio supervisionado), mas também porque executava as tarefas do enfermeiro e outras funções mais que não competiam a este. Estas funções parecem estar relacionadas ao vínculo que os atendentes se viam solicitados a estabelecer com os pacientes para melhores resultados do tratamento.

³ Segundo Reis Neto (1995) os acompanhantes, nessa época ocupavam um espaço “entre” a prática reconhecida como profissão e o estágio pré-profissional, isto é, o acompanhante não era ainda um profissional e quando se tornasse um profissional deixaria de ser at.

Dentro dessa instituição os pacientes tinham uma série de atividades (pré)montadas, com hora marcada (grupos operativos, lazer, praxiterapia, alimentação, higiene, terapia, etc) e o “atendente psiquiátrico” era um pólo central através do qual, pelo vínculo, os internos iam progressivamente sendo encaminhados, acompanhados em suas atividades. O “atendente” era uma referência fundamental para sustentar o funcionamento nessa perspectiva, sua função era direcionar os doentes para que os mesmos executassem a programação institucional de mudança de comportamento.(Silva, 2005, p. 48)

De acordo com Reis Neto (1995), influenciados pelas experiências da Clínica Pinel, em finais de 1969, um grupo de psiquiatras psicanalistas fundam no Rio de Janeiro a Clínica Villa Pinheiros. Uma comunidade terapêutica para a qual, depois de trabalhar como atendente psiquiátrica na Clínica Pinel, seguirá Carmem Dametto, e com ela surgirá na Villa Pinheiros a figura do “auxiliar psiquiátrico”.

Citando um boletim impresso pela Clínica, Reis Neto (1995) nos diz que a função do “auxiliar psiquiátrico” era acompanhar o paciente internado na Villa Pinheiros, em seu cotidiano. Diz ainda o autor que

Pelo menos inicialmente, as funções atribuídas ao auxiliar são as mesmas que encontramos na Clínica Pinel: por um lado, “conviver” com os pacientes, numa atitude tão “informal” quanto possível, participando das atividades da clínica, saídas à rua, etc. (Reis Neto, 1995, p. 53)

Também era função do auxiliar “oferecer uma escuta interessada e acolhedora” quando o paciente falava de si. Esta escuta serviria para o alívio dos pacientes (a idéia de que falar alivia) e para os relatórios diários feitos pelo auxiliar para o médico, sobre o paciente. Era desejada uma relação de simetria com o paciente, ainda que esta se mostre impossível quando o auxiliar precisa intervir para que o paciente, independentemente de seu desejo, adapte-se a certas regras da clínica.

Apesar das semelhanças existentes entre a Clínica Pinel e a Villa dos Pinheiros, Reis Neto aponta uma diferença importante entre ambas: “os laços entre a psicanálise e a Villa são bem mais explícitos que na Clínica Pinel.” (Reis Neto, 1995: 55). O que, segundo este autor, influenciará tanto no trabalho dos auxiliares como no perfil da pessoa selecionada para tal função. Não mais leigos, mas sim estudantes de

psicologia e medicina. Havia uma exigência, feita pela clínica de que o candidato à auxiliar já estivesse em análise. Em relação à escuta que se oferecerá ao paciente, este ponto é crucial, mas é crucial também quando pensamos, como diz Reis Neto (1995), na “trajetória que a prática do acompanhamento seguirá a partir da experiência da Villa Pinheiros” (Reis Neto, 1995: 63)

Reis Neto descreve o trabalho do auxiliar da comunidade terapêutica da Villa Pinheiros do Rio de Janeiro, na década de 1970, que mesmo com o fechamento da clínica continuou se desenvolvendo. Nos diz Reis Neto (1995) que “a função desse auxiliar consistia, em linhas gerais, num “*estar junto*” com pacientes durante o dia-a-dia da clínica, visando constituir um

...meio social terapêutico (...) faziam parte das atividades... as “saídas à rua” com os pacientes... fosse para passeios, visitas à família, ou... idas ao dentista, ao médico, etc... tentativa de ir reintroduzindo gradativamente os pacientes no meio social extra-clínica (...) solicitado por alguns psiquiatras, para o atendimento de pacientes não vinculados a... qualquer tipo de estabelecimento psiquiátrico. Buscava-se com isto... evitar a internação destes pacientes. (...) trabalho quase sempre destinado a pacientes em crise psiquiátrica, sendo que o trabalho dos auxiliares... quase sempre chegava ao fim após o debelamento da situação de crise. (Reis Neto, 1995, p. 1 / 2).

Também em São Paulo encontramos, a partir do pensamento da comunidade terapêutica, o olhar inovador no tratamento da doença mental, ou melhor, do sofrimento psíquico. Conforme Mauricio Porto⁴ (2008) e Clarissa Metzger (2006) encontramos uma figura que é precursora do “amigo qualificado”. Relatam que na divisa das cidades de Diadema e São Paulo foi fundada, em 1968, a Comunidade Terapêutica Enfance, para tratamento de crianças com transtornos mentais. Dentro desta comunidade criou-se a figura do “assistente recreacionista”, mais tarde denominado “assistente psiquiátrico”, cuja característica principal requerida era poder estabelecer relações humanas terapêuticas, pessoas com capacidade de controlar seus sentimentos e assim fazer o que chamavam de “terapia do ambiente”. Como diz Metzger (2006)

⁴ Comunicação oral no II Congresso Brasileiro / Internacional de AT 2008 em Porto Alegre

A idéia era poder 'levar relações humanas terapêuticas para qualquer lugar' e não restringi-las aos atendimentos em consultório. (Metzger, 2006, p. 174).

Esse breve percurso nos mostra que o início da prática de acompanhamento se dá dentro das comunidades terapêuticas desde o tempo do chamado “atendente psiquiátrico” como o “amigo qualificado” ou o “auxiliar psiquiátrico”. Nessa época da psiquiatria social ou antipsiquiatria, sua função era garantir o espaço terapêutico fora dos saberes psiquiátricos tradicionais, pois era uma época de questionamento desses saberes que, justamente, deu margem à aparição dessas figuras que precederam a do acompanhante terapêutico.

Contudo, devemos ter em mente o que se passou com a saúde pública e mais especificamente a saúde mental no Brasil desde o golpe militar de 1964. Durante a ditadura, o governo federal teve uma política de apoio econômico privilegiado ao setor privado, que se mantém com clínicas psiquiátricas no modelo manicomial e, desse modo, esvaziou o investimento na saúde pública. Nesse período há a proliferação de novos hospitais psiquiátricos com a retomada do modelo asilar manicomial. Foi a época do uso da verba do extinto INAMPS (Instituto Nacional da Previdência Social), cujos gastos com os hospitais da rede privada foram, anos depois, alvo de grandes denúncias e escândalos. Havia, portanto, um interesse econômico por trás da manutenção dos manicômios ou clínicas psiquiátricas de modelo manicomial, mantido pelo governo da ditadura e que fere os ideais das comunidades terapêuticas e de todo o pensamento da contra-cultura das décadas de 1960 e 1970.

Dessa forma, todo este movimento que estamos acompanhando em nossa retrospectiva, iniciado na década de 1960, e que foi semente para uma Reforma Psiquiátrica se viu abrupta e brutalmente reprimido.

Como já mencionamos acima, em meados dos anos 1980, com a chamada “abertura política” que começa a se dar no Brasil, as questões de Reforma Psiquiátrica reapareceram no cenário. Assim, novas diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) foram criadas em 1986, na “8ª Conferência Nacional de Saúde”. Esse parece ter sido o início de um processo cujas diretrizes básicas foram a integralidade, a universalidade e a democratização da saúde, ou seja, a cidadania, e que resultaria na Reforma Psiquiátrica brasileira.

Como vimos, ocorrem entre 1987 e 2001 três Conferências Nacionais que pautarão a desinstitucionalização das instituições manicomiais. No período entre as

Conferências, em 1989, surgiu o projeto de Lei nº 3657/89, que trata da "Lei da Reforma Psiquiátrica" (aprovada em 1992), para substituir o Hospital Psiquiátrico pela criação de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental. Mas é somente em abril de 2001, que é aprovada a Lei Federal nº 10.216, que estabelece uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país. Ou seja, a lei da Reforma Psiquiátrica brasileira foi aprovada.

Todo esse movimento e mudança da estrutura da saúde mental gerou a necessidade de que a prática do Acompanhamento Terapêutico também se transformasse.

Diz Reis Neto (1995) que a época na qual surge o AT, ainda que sem receber essa designação e praticado pelo atendente ou auxiliar psiquiátrico, é um tempo de contra-cultura, de questionamento de identidades. Por isso mesmo esse autor examina a mudança dos significados em relação a ter ou não ter uma identidade profissional.

Diz ele que, em um primeiro momento, este da contra-cultura e do questionamento, não ter uma identidade profissional e, portanto, não carregar consigo um saber instituído cheio de regras e técnicas era considerado terapêutico, uma vez que o saber técnico estava sendo posto em dúvida quanto ao seu valor de tratamento e cura. A esse momento Reis Neto (1995) chama de momento “antipsiquiátrico”. Entretanto, diz este mesmo autor, ao estudar o surgimento e desenvolvimento do AT no Rio de Janeiro até 1995, que há um segundo momento, chamado por ele de “psiquiátrico”. Esse momento, que se refere ao da ditadura militar, caracteriza-se pelo trabalho do AT muito ligado a alguns psiquiatras com “tendências mais tradicionais de tratamento” e que utilizavam o AT como coadjuvante de seu trabalho. Nessa época, há uma mudança de sentido quanto ao “não saber” dos acompanhantes terapêuticos (ats), que passa a ter uma conotação de minoração: o at é aquele que “não sabe tanto” e por isso sua atividade não é “tão terapêutica”. O at é encarado como um “terapeuta menor”, ainda em formação e, como “extensão” do psiquiatra (ou do psicoterapeuta), não possuía identidade própria.

Para Reis Neto (1995), na Argentina os ats passaram do momento inicial, digamos antipsiquiátrico, para a reivindicação do caráter clínico de sua prática, enquanto no Brasil ele entende que houve um “período intermediário” no qual os ats eram de fato “auxiliares” e, por irem se “des-identificando com uma função psiquiátrica” passaram a buscar um reconhecimento enquanto clínicos.

No Rio de Janeiro, na década de 80, são formados vários grupos de auxiliares psiquiátricos, todos com marcas de informalidade. Em 1984, vários grupos de acompanhamento realizam o primeiro encontro de ats do Rio de Janeiro, no qual se oficializa a decisão de serem denominados *acompanhantes terapêuticos*. A síntese dos principais temas do encontro está em um texto, citado por Reis Neto (1995), organizado por membros de alguns grupos que participaram do evento. São eles:

A variedade de nomes com que somos identificados: amigo qualificado, auxiliar psiquiátrico, acompanhante terapêutico, ego auxiliar; o que mostra de alguma maneira a nossa fragmentação como profissionais. (...). Surge a seguinte questão: não estaríamos nos prendendo muito ao terapeuta? Seríamos um par do terapeuta? Faríamos um trabalho auxiliar ao deste último, um trabalho secundário? Pensamos que se trata de um trabalho paralelo ao de outros profissionais e desta maneira não estaríamos auxiliando nenhum profissional em particular. (...), nosso trabalho não é reconhecido como profissão, no entanto temos uma função específica que justifica o acompanhante ser reconhecido como profissional. Daí a necessidade de pensarmos teoricamente sobre nossa prática para que o nosso trabalho seja um complemento diferenciado do trabalho do terapeuta. (Arquivos EAP, 1984, apud, Reis Neto, 1995, p. 213 / 214).

Os autores do documento acima tratam também da questão do acompanhamento em relação à prática psiquiátrica clássica.

Será que somos a repetição da instituição? Isto está relacionado com a nossa visão do que seja a loucura. O acompanhante pode realmente ser um braço da instituição, caso ele se veja como aquele que vai levar a saúde: ele é o saudável e o outro, o louco. Existe uma exigência por parte dos psiquiatras que nos chamam e das famílias dos pacientes que acompanhamos, no sentido de que adotemos uma postura de psiquiatras clássicos. (idem, ibidem, p. 214 / 215).

Já em São Paulo, após a experiência da Comunidade Enfance, iremos encontrar as experiências paulistas com o “amigo qualificado”.

De acordo com Deborah Sereno (1996) o “amigo qualificado”

...chega (...) na companhia de psicanalistas argentinos, fortemente influenciados por Lacan, pelas teorias de grupo operativo e de análise institucional. (...) (Seren, 1996, p. 22)

Segundo Sereno (1996), o hospital-dia A Casa é fundado em 1979 por Beatriz Aguirre, Nelson Carrozo e Moisés Rodrigues da Silva, entre outros. É em 1981, portanto dois anos após sua fundação, que esta instituição terá um grupo de “amigos qualificados”.

Dessa mesma época é o Dr. Oswaldo Amaral, um psiquiatra brasileiro, que durante o período em que fez pós-graduação em Buenos Aires, trabalhou durante 5 anos (1973-1978) com a equipe de Eduardo Kalina. O Dr. Oswaldo voltou ao Brasil em 1978, vindo instalar-se em São Paulo e nessa cidade começa a trabalhar com Acompanhamento Terapêutico. Num primeiro momento, sem vincular-se a nenhuma instituição, inicia um grupo de estudo e trabalho em AT. Depois, durante algum tempo coordenou a Clínica Travessia, na qual realizou experiências em AT semelhantes às que ocorreram no hospital-dia A Casa.

Fulgêncio Jr. (1991), em seu texto “Interpretando a história. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos no hospital-dia A Casa”, mostra a variedade da composição da equipe desse instituto de tratamento de pacientes psicóticos, formada por psicanalistas, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e filósofos, cuja proposta clínica, diz o autor

...implica um tratamento intensivo, composto por uma série de atividades grupais, e o convívio mútuo de pacientes e terapeutas. A estas atividades associa-se, necessariamente, uma terapia de família, pois o paciente é entendido como um sintoma de uma estrutura familiar comprometida. (Fulgêncio Jr., 1991, p. 231).

Vemos que, assim como a Villa Pinheiros tivera forte influência da psicanálise, também o hospital-dia A Casa estava sob esta mesma influência e da terapia sistêmica a qual, ao tratar de toda a família como um sistema, vê a doença na família e, portanto, o doente como seu sintoma.

Em seu relato, Fulgêncio (1991) ainda nos conta que sendo este um hospital-dia permanecia fechado tanto de noite como no final de semana. Contudo, alguns pacientes necessitavam de assistência além desse horário

Em geral são pacientes com grandes dificuldades de convívio social, de continência familiar, às vezes em surto, que não tem forças nem instrumentos internos à disposição para encontrar alguma opção ou saída da prisão em que vivem. (Fulgêncio, 1991, p. 231)

Conta ainda este autor que é em 1981 que A Casa recebe um paciente cuja família não vive em São Paulo. Estando o paciente sozinho

...é necessário comprar comida, evitar uma situação hostil e insustentável com os vizinhos, retirá-lo do isolamento e protegê-lo de situações que possam pôr em risco sua própria vida ou de outrem. (Fulgêncio, 1991, p. 232)

Neste momento entra em cena o “amigo qualificado”.

Nos diz Sereno (1996) que para este grupo, no início, “a disponibilidade era total”, tanta que um membro da equipe foi morar com um paciente. Experiência esta que mostra à equipe a necessidade de um espaço de reflexão e supervisão para o apoio desse trabalho que, aos poucos, vai se transformando e buscará uma denominação que considere mais apropriada.

Desse modo, vemos surgir nos variados grupos e localidades uma inquietação em relação ao estatuto teórico e institucional do AT. A consequência dessa inquietação é a reivindicação da troca de nome, “auxiliar psiquiátrico” ou “atendente psiquiátrico”, para *acompanhante terapêutico*. Segundo Reis Neto (1995), a troca de nome que se dá no Rio de Janeiro não tem o mesmo significado daquela ocorrida tanto em Buenos Aires como em São Paulo, uma vez que no seu entender, no Rio havia uma reivindicação de reconhecimento do caráter clínico do AT, de mudança das funções e reconhecimento dessa nova figura; enquanto que em Buenos Aires e São Paulo a busca era por um nome que se adequasse mais e melhor representasse aquilo que já era feito.

De acordo com a tabela abaixo podemos observar as diferenças entre a função de “auxiliar psiquiátrico” e do at para melhor compreendermos a reivindicação carioca:

Auxiliar Psiquiátrico	Acompanhante Terapêutico
Trabalho dentro do estabelecimento psiquiátrico ou fora com as mesmas funções	Trabalha na rua e na casa do paciente com intervenção clínica junto ao paciente e também junto a família deste.
Cuidados físicos, farmacoterápicos, relação afetiva	Amadurecimento da prática do auxiliar
Proposta de oferecer mais do que a função tradicional calcada no tripé: proteção, vigilância e contenção.	“Prática extra-oficial para lidar com a crise psíquica”
Considerava o indivíduo doente	Feito por estudantes e profissionais da área psi
Misto de enfermeiro e companheiro	Mais compreensão teórica da psicodinâmica
“era quase uma “persona” auxiliar”	Teoria basicamente psicanalítica
Feito por “leigos”	Torna-se um clínico

Assim, o AT traz uma alternativa para o tipo de atendimento que a psiquiatria clássica oferecia aos chamados doentes mentais.

Apesar das diferenças entre Rio e São paulo, em todo o Brasil, conforme escreve Reis Neto (1995), ao longo dos anos 1980 e 1990 (até 1995, ano da dissertação), há uma modificação em relação à demanda que é feita aos auxiliares. O autor nos esclarece que essa demanda nova “perde a característica de ser eminentemente uma ‘substituição da internação’”, ganhando a característica de atender pacientes “fora da crise” (Reis Neto, 1995, p.3). Isso trará conseqüências para a prática do AT, uma vez que ao mudar a demanda altera-se também o objetivo e o modo de fazer.

O que se evidencia nesse percurso é que o Acompanhamento Terapêutico em sua configuração inicial mostrava-se um recurso auxiliar para o tratamento de pacientes graves, rompendo com a lógica manicomial, que massificava subjetividades e desejava isolar o paciente dentro do hospício.

É interessante também acompanharmos os encontros realizados pelos acompanhantes ao longo desses anos e suas temáticas (quando dizemos encontros nos referimos a Congressos, Simpósios, Encontros, etc)⁵.

Após o primeiro Encontro ocorrido no Rio de Janeiro, em 1984, ao qual já nos referimos quando tratávamos das questões de mudança de nomenclatura dos auxiliares e atendentes, ocorrerá em São Paulo, em 1991, o Primeiro Encontro Paulista de

⁵ Até 2006 a dissertação de mestrado de Laura Gonçalves, 2007, será uma das importantes fontes utilizadas por nós. Entretanto, também utilizaremos flyers dos próprios eventos.

Acompanhamento Terapêutico promovido pelo hospital-dia A Casa. Desse encontro resultou o livro *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico* (1991).

Em 1994, os argentinos organizaram o Primeiro Congresso Nacional com o tema “Hacia una articulación de La clínica y la teoría” resultando também na publicação de um livro.

Em 1997, é a vez do Segundo Encontro Paulista de Acompanhamento Terapêutico, mais uma vez promovido pelo hospital-dia A Casa e com mais uma publicação, dessa vez *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*.

Em 2001, ocorrem em São Paulo o Terceiro Encontro Paulista de AT e em Córdoba o Segundo Congresso Argentino de AT com a participação de acompanhantes de outros países como Brasil e Espanha, com o tema “Hacia una inscripción institucional y académica del Acompañamiento Terapêutico”, cujo resultado foi o livro, *Eficacia Clínica Del Acompañamiento Terapêutico*.

O Primeiro Encontro Mineiro de Acompanhantes Terapêuticos ocorre em 2003. Neste mesmo ano é realizado em Buenos Aires, o Terceiro Congresso Argentino e Primeiro Congresso Ibero Americano de AT, com a presença de acompanhantes do Brasil, Chile, Colômbia, México, Peru e Uruguai.

Em 2005, durante a Semana de Psicologia, é organizado pelo Conselho Regional de Psicologia um ciclo de debates sobre o Acompanhamento Terapêutico.

Em 2005 e 2006, a parceria entre a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) promove o evento “Colóquio em Dois Movimentos: de Porto Alegre a Niterói – Acompanhamento Terapêutico e Políticas Públicas de Saúde”.

Em 2006, ocorre um novo marco no campo do AT, uma vez que se formou uma rede entre os ats argentinos e brasileiros cujo fruto foi o Primeiro Congresso Internacional, Segundo Congresso Ibero-americano e Primeiro Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico, que teve lugar em São Paulo, com o tema “Singularidade, multiplicidade e ações de cidadania”. Desta vez a promoção do evento deveu-se à iniciativa de alguns ats que decidiram reunir-se em uma Associação com o objetivo de realizar este Congresso, do qual resultou a publicação de uma revista (um número especial da revista científica *Psique*). Uma vez que esta Associação de Acompanhantes Terapêuticos (AAT) havia sido criada com o único propósito de realizar este evento, coube um último dia de assembléia para a discussão de sua continuidade ou término. Na Argentina também foi criada nessa época uma Associação

a AATRA (Asociación de Acompañantes Terapêuticos de La República Argentina) que, entretanto, tinha objetivos distintos da criação da AAT brasileira. Podemos acompanhar com Laura Gonçalves (2007) as preocupações dos ats brasileiros com relação à criação e manutenção dessas Associações, naquele momento

A preocupação com o reconhecimento de um saber específico do AT, bem como a garantia de sua identidade na forma (fôrma?) da sua especialização e a pertinência de criação de uma associação brasileira de AT, foram questões que atravessaram o evento, atualizando-se em diversos fóruns de discussão: em algumas apresentações de temas livres, em mesas redondas e numa assembléia realizada especificamente para resolver a questão da associação brasileira. Tendo em vista os movimentos argentinos de criação das duas associações de AT supracitadas, algumas articulações com nossos vizinhos parecem ter colocado para os ats brasileiros o desejo de criação de uma associação como estratégia para legitimação do trabalho. O tema da legalização do AT como garantia de legitimidade suscitou, no próprio evento, um contraponto: será que é a legalização do AT que garante a legitimidade e o reconhecimento desse dispositivo? Não estará havendo uma confusão entre legitimidade e legalidade? (Gonçalves, 2007, p. 84)

A continuação da Associação brasileira deu-se com a “proposição de estratégias alternativas”, como prossegue Gonçalves (2007)

Na assembléia, a partir de discussões e do embate de posições, foi possível à proposição de estratégias alternativas à associação para seguirmos buscando o reconhecimento do trabalho de Acompanhamento Terapêutico. Entre elas, foi deliberada a continuidade do projeto de criação de uma biblioteca virtual e a criação de uma rede virtual e aberta de discussões. (Gonçalves, 2007, p. 84)

E assim os encontros dos ats prosseguem.

Em 2007, foi a vez de Bahia Blanca (Argentina) sediar mais um dos Congressos; o Segundo Congresso Internacional, Terceiro Congresso Ibero-americano e Quinto Congresso Argentino de Acompanhamento Terapêutico, tendo como tema “Hacia una equidad profesional en el marco del sistema de salud”

Em 2008, realizou-se em São Paulo o Primeiro Simpósio sobre Acompanhamento Terapêutico, com o tema “O encontro humano”, cujo intuito era ser

um “aquecimento” para o Terceiro Congresso Internacional, Quarto Congresso Iberoamericano e Segundo Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico, que ocorreu no mesmo ano, dois meses depois, sediado em Porto Alegre e com o tema “Multiversas cidades, andanças caleidoscópicas, tessitura de redes”.

No ano seguinte, 2009, ocorre em San Luis, na Argentina, o Quarto Congresso Internacional, Quinto Congresso Iberoamericano e Sexto Congresso Argentino de Acompanhamento Terapêutico com o tema “Acompañamiento terapêutico en el marco del sistema público de salud: perspectivas en los procesos de reforma en salud mental”; em São Paulo, nesse mesmo ano, teve lugar o Segundo Simpósio Internacional sobre Acompanhamento Terapêutico, com o tema “Campo, espaço, território, lugar: Topologias do AT”.

Em 2010, é realizado em Querétaro, no México, o Quinto Congresso Internacional, Sexto Iberoamericano e Primeiro Congresso Mexicano de Acompanhamento Terapêutico, cujo tema foi “Funciones y campos de inserción del acompañante terapêutico”, em seguida, nesse mesmo ano ocorre o Sétimo Congresso Argentino em Mar Del Plata, com o tema “Revalorizar la ética y resignificar la practica en la diversidad de la clínica actual”, com a participação de brasileiros e uruguaios.

Vemos, dessa maneira, que desde 1984 há um movimento de reunião daqueles que praticam o AT. Esse movimento se inicia timidamente com um espaço de sete anos entre o primeiro encontro de caráter regional (1984) e o segundo, que, embora regional também, já busca uma certa proximidade com outras localidades (1991). Assim, aos poucos, durante a década de 1990 os encontros irão ocorrendo, mas é a partir de 2001 que vemos uma intensificação cada vez maior destes encontros nas suas variadas formas e uma grande tentativa de articulação entre os parceiros, como indica o quadro abaixo.

Observemos os temas tratados pelos ats em seus encontros:

1991- A Rua como **Espaço Clínico**: Acompanhamento Terapêutico.

1994 - Hacia una articulación de La **clínica y la teoría** .

1997 - Crise e **Cidade**: Acompanhamento Terapêutico.

2001- Hacia una **inscripción institucional** y académica del Acompañamiento Terapêutico, - livro, *Eficacia Clínica Del Acompañamiento Terapêutico*.

2005 e 2006 - Colóquio em Dois Movimentos: de Porto Alegre a Niterói – Acompanhamento Terapêutico e **Políticas Públicas de Saúde**.

2006 - Singularidade, multiplicidade e ações de **cidadania**.

- 2007 - Hacia uma **equidad profesional** em el marco del sistema de salud
- 2008 - Multiversas cidades, andanças caleidoscópicas, **tessitura de redes**.
- 2008 - O **encontro** humano
- 2009 - Acompanhamento terapêutico em el marco del **sistema público de salud**: perspectivas en los procesos de **reforma en salud mental**
- 2009 - Campo, espaço, território, lugar: **Topologias** do AT.
- 2010 - **Funciones y campos de inserción** del acompañante terapéutico”, - “Revalorizar la **ética** y resignificar la **practica** en la diversidad de la clínica actual.

Deste modo, os temas principais dos encontros podem ser organizados da seguinte maneira:

Cidade; espaço; topologias; encontro; prática. clínica e teoria; eficácia; ética; funções e campos de inserção; inscrição institucional; equidade profissional; cidadania; políticas públicas de saúde; sistema público de saúde; reforma em saúde mental; tessitura de redes.

Podemos dividir esses temas em quatro blocos que se intercalam: as preocupações em torno dos lugares de atuação; a prática, ligada à teoria, à eficácia, às funções e à ética; as questões da profissionalização com a equidade profissional, a inscrição institucional; e, por fim, aquilo que relaciona o AT à reforma psiquiátrica e à saúde mental.

No próximo capítulo poderemos ver se, e de que forma, a literatura específica dessa instituição trata alguns desses temas.

CAPÍTULO III

RETOMADA DA LITERATURA EXISTENTE SOBRE AT

A literatura sobre o Acompanhamento Terapêutico é recente: os primeiros escritos datam de 1985 (Mauer e Resnizky). Embora haja um bom número de pequenos ensaios versando sobre experiências dos autores e alguns sobre questões propriamente teóricas, essa literatura ainda está em formação, contando com algumas dissertações e teses acadêmicas e um pequeno punhado de livros.

Neste terceiro capítulo, faremos uma retomada dessa pouco extensa literatura sobre AT, porém não de todos os temas nela encontrados e sim buscaremos explicitar aquelas regularidades temáticas existentes entre esses discursos escritos e o discurso das entrevistadas pela pesquisa.

A partir de uma leitura mais atenta da bibliografia específica, composta por dezenove livros, três teses de doutorado e quinze dissertações de mestrado⁶, cremos que existem dois discursos sobre o AT: um no início das reformas psiquiátricas e outro atual, depois de muita prática e reflexão dos acompanhantes terapêuticos, o que mostraremos em nossa discussão final. No entanto, ainda que essa diferença dos discursos seja mencionada por nós quando necessário, salientaremos alguns aspectos que permanecem do início até agora.

Sob essa perspectiva, podemos observar que três temas são recorrentes e, com pequenas variações, encontram-se praticamente em todas as obras. Eles aqui nos interessam porque são exatamente aqueles que encontramos nos discursos das nossas entrevistadas. Evidentemente, esses temas não esgotam a discussão em torno do AT, mas são de especial significação para o presente trabalho por sua aparição polifônica nas práticas discursivas dessas entrevistadas.

1- Em primeiro lugar e, possivelmente, em decorrência da época em que o AT começa a se institucionalizar, a literatura básica de referência encontra-se nas obras de Freud, Foucault, Lacan, Deleuze, Guattari e Winnicott. Em outras palavras,

⁶ Não estamos aqui incluindo trabalhos de conclusão de curso e também não trabalhamos com os artigos sobre o tema publicados em revistas científicas ou na Internet que giram em torno de uma centena.

predominam, de um lado, o referencial psicanalítico nas suas várias acepções e, de outro lado, o referencial filosófico, que, no caso dos autores franceses, está voltado seja para as formas de produção da subjetividade ou de subjetivação seja para a crítica da concepção racionalista-idealista da subjetividade como sujeito soberano. Além disso, esse referencial teórico francês leva ao aparecimento da idéia da prática do AT como um dispositivo institucional.

Sem dúvida, na literatura do Acompanhamento Terapêutico, este conjunto de autores de referência é enriquecido, em cada autor, com a ida a outros pensadores e teóricos. É assim que comparecem também na literatura do AT algumas obras de Reich, Manoni, Aulagnier, as dos líderes da Reforma Psiquiátrica - Basaglia, Cooper e Laing. Essa aparição da anti-psiquiatria é particularmente significativa porque, como veremos nos discursos das entrevistadas, é muito forte a ligação entre AT e psiquiatria.

Tomemos algumas passagens de discursos que explicitam os aspectos que acabamos de mencionar. Em primeiro lugar, vemos surgir a enunciação do que seja o AT como uma prática em vias de constituição e que está à procura de sua cena própria ou específica.

É na "clínica do desamparo" onde se aninha o acompanhamento terapêutico. As patologias do desamparo o alojaram desde o começo. Em seu território, o da debilidade humana, de perímetros turvos no início, foi-se demarcando e inscrevendo com nitidez crescente um espaço para o Acompanhante Terapêutico. Seu dialeto foi construindo sua própria especificidade, desdobrando um alfabeto inconcluso ainda hoje. (Mauer e Resnizky, 2008, p. 21)

A seguir vemos explicitada a questão de ser o AT um recurso de tratamento de diagnósticos variados:

O Acompanhamento Terapêutico é 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 um recurso utilizado no tratamento de pacientes diagnosticados como psicóticos, sendo, entretanto, cada vez mais indicado para pacientes com outros diagnósticos. (Carvalho, 2004, p. 23)

Em segundo lugar, nesses discursos encontramos tanto a referência explícita à psicanálise quanto a implícita, qual seja, o emprego de temas e conceitos de origem psicanalítica, como a distinção freudiana entre psicose e neurose, a prática terapêutica como transferência e contratransferência, a idéia de “fusão dos corpos”, vinda de Winnicott, etc.

Além das vicissitudes transferenciais que são tecidas em cada vínculo intersubjetivo, o Acompanhante Terapêutico é para seu paciente um "referente", incluindo-se como terceiro. Quando falamos de um "terceiro", o fazemos aludindo a um posicionamento do Acompanhante Terapêutico que opera no vínculo como um organizador psíquico.

Quando começamos a perfilar as funções do Acompanhante Terapêutico, pensamos que este poderia vir a ser, para o paciente, um possível "modelo de identificação". Hoje, pensamos que falar de modelo pode prestar-se a equívocos ideológicos, onde a idéia de "exemplaridade" desvirtua o sentido de alternativas, de possíveis variantes que quisemos transmitir naquele momento. (Mauer e Resnizky, 2008, p. 31/ 32)

Neste trecho, destaca-se a psicanálise que, apesar de não ser “requisito” para a prática do AT, aqui é representada como uma bússola, uma “ferramenta crucial” utilizada para nortear o trabalho dos ats.

O A T não constitui profissão regulamentada nem configura um campo de saber específico; trata-se, sim, de uma prática, para a qual confluem múltiplos saberes, não só aqueles disciplinares, mas os que a vida possibilita. Já Reis Neto (1995)

sugere que o A T constitui mais um campo de intervenção em saúde mental do que uma técnica específica. Seja numa acepção ou noutra, a psicanálise (...) - não representa, a priori, um requisito para o exercício da função de at; contudo, já o dissemos, sua presença pode operar como ferramenta crucial a orientar a direção clínica desse trabalho - é o que buscamos mostrar ao longo deste texto. (Palombini, 2007, p. 170)

Enquanto no trecho acima observamos a autora apresentar uma posição na qual defende explicitamente a psicanálise como uma ferramenta para o trabalho do Acompanhamento, no trecho a seguir a psicanálise apresenta-se pelo uso de seus conceitos e idéias. Assim, seja de uma maneira ou de outra a psicanálise se faz presente na literatura sobre o AT.

Sabemos que a transferência na psicose se opera de forma muito diversa do que ocorre na neurose. Se, por um lado, a transferência na psicose se mostra maciça e intensa, por outro lado, pode facilmente se romper, pois sua base é frágil (J. M. G. Freire, 2004). No acompanhamento terapêutico, o risco de ruptura da transferência está presente de forma marcante. A surdez do Acompanhante Terapêutico para determinadas comunicações de seu acompanhado pode comprometer o andamento do processo singular do sujeito e também a continuidade do trabalho.

Embora isso não se refira somente a esta clínica, penso que um grande desafio no Acompanhamento Terapêutico de psicóticos seja identificar em que lugar transferencial somos colocados pelo nosso acompanhado. Só assim podemos nos posicionar e ter uma medida do alcance de nossas intervenções. Digo "desafio" porque não se trata de descobrir que lugar é esse de uma vez por todas e não se preocupar mais com isso; muito pelo contrário, esse é um trabalho constante. Ora estamos colocados aqui, ora ali. (Metzger, 2006 (tessituras), p. 181/ 182)

Podemos observar, a seguir, como a psicanálise está fortemente enraizada na literatura sobre o fazer do AT, e, por mais que se busque escapar, de acordo com Lerner, é de suas noções que se valem os ats para entender sua prática.

As cenas enunciativas a respeito da psicanálise e de outras técnicas terapêuticas (como psiquiatria, terapia ocupacional, entre outras) foram associadas a um tipo de relação, na qual o profissional considerava não poder fazer nada por seu paciente, necessitando ser, portanto, superada. A idéia de cura era vista como anacrônica e descabida, a palavra paciente era substituída pela palavra usuário, as iniciativas terapêuticas eram substituídas por iniciativas de inserção social. Entretanto, por mais que as técnicas terapêuticas e seu jargão fossem rechaçados e substituídos por iniciativas de inserção social, quando tal inserção era promovida com sucesso, era considerada uma cura, ou pelo menos terapêutica, e a explicação do sucesso se valia de noções psicanalíticas. As idéias rechaçadas retornavam a propósito daquelas que pretendiam substituí-las. (Lerner, 2006, p. 23)

E apesar do Acompanhamento Terapêutico se valer das noções da Psicanálise e, como observamos, ser muito voltado para as questões de inserção social a articulação entre ambos surge como algo difícil de acontecer.

Em decorrência desse embate, torna-se difícil uma articulação entre psicanálise e iniciativas de inserção social. Em entrevistas, é muito freqüente que profissionais relatem se sentir perdidos ou desamparados em sua prática: se vão em uma direção, sentem-se mal por não se dirigirem a outra. Esta parece ser uma razão importante para que o profissional sinta que não consegue fazer muito por seu paciente, uma vez que não tem como se dar conta das diversas imposições oriundas do dispositivo discursivo institucional. Isso vale tanto para equipes de instituições de saúde mental quanto para

acompanhantes terapêuticos. Quando os mesmos profissionais trabalham em seus consultórios, não se detecta a ocorrência do que foi descrito até aqui. É muito provável que isso decorra do fato de não haver, no consultório, a heterogeneidade apontada.

Em muitas ocasiões, a prática do acompanhamento terapêutico tende a reproduzir a atribuição de insuficiências e a conseqüente tentativa de sua compensação. Sem que o profissional se dê conta, repete a formação discursiva que destaca incapacidades e desconsidera muitas potencialidades do paciente. Orienta-se a compensar as insuficiências atribuídas, e acaba por considerar sua formação técnica insuficiente, necessitando ser compensada. Instaura-se um círculo vicioso: o profissional se sente incapaz tanto de compensar a insuficiência do paciente como de fazer face à demanda de realizar o projeto de poder das marcas discursivas heterogêneas que embatem entre si; a fim de recuperar a importância de seu lugar, acaba por intensificar o destaque das insuficiências dos pacientes, o que tornaria mais necessária ainda sua presença, compensando, aparentemente, a fraqueza que sente contaminar sua atividade. (Lerner, 2006, p. 25/ 26)

Com Kleber Barretto (2000) vemos a prática do AT pensada tanto em termos de ética quanto de técnica baseada na psicanálise winnicottiana.

O manejo (management), como a maior parte dos termos utilizados por Winnicott, caracteriza-se por estar muito próximo de uma linguagem cotidiana. (...) é possível apreender através de seus textos, que o manejo se refere a uma 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. É por meio dessa técnica que se exercerão as diversas funções ambientais que são fundamentais na constituição do self de um sujeito, como procuramos

apresentar em vários capítulos da nossa romaria. É nesse sentido que o manejo consiste na técnica privilegiada do A T. (Barretto, 2000, p. 196/197)

2 – Nossa segunda observação é a de que, certamente como consequência do conjunto de autores que formam a referência básica dessa literatura, nela prevalece uma consequência tirada da distinção psicanalítica entre a neurose e a psicose, a primeira como aquilo que se esconde no fundo do inconsciente e a segunda como aquilo que se expõe a uma plena visibilidade. O Acompanhamento Terapêutico, por razões históricas, se inicia como auxílio aos psicóticos e esse fato levou, desde o início, a descrever o AT como aquilo que, para usar a expressão de uma autora, “acontece a céu aberto”, se passa na rua, explode as barreiras do consultório, dedica-se à “circulação do paciente pela cidade”. Hoje, embora o AT se volte para uma variedade mais ampla de pacientes para além dos psicóticos (suicidas, depressivos, droga dependentes, crianças abandonadas ou com dificuldades escolares, vítimas de violência doméstica, etc) e seja designado por alguns autores como a “clínica do desamparo” ou “o território das patologias do desamparo” (Mauer e Resnizky, 2005), todavia tanto a literatura como os ats se referem ao AT como “saída”, “circulação”, “extramuros”, “espaço público”, em suma, um vocabulário originado do tema psicanalítico da psicose como explosão incontrolável ou pura exteriorização, traduzida, agora, como exposição pública.

A psicose de uma forma geral, coloca o paciente num labirinto sem saídas para o outro que sempre se apresenta como persecutório, invasivo e ameaçador. Estabelecer saídas para uma outra relação com esse outro da cultura e do social é a principal tarefa do AT. O AT media a relação entre seu acompanhado e a rua e trabalha para ser cada vez menos necessário, de forma que, depois de algum tempo, se torne apenas uma referência, alguém a quem se pode recorrer se necessário.

A rua, aqui tratada, corresponde aos espaços sociais extra-institucionais, as lojas, o ônibus, o banco, a casa, com

suas possibilidades e limites, a violência, a diversidade, suas muitas tribos, seus signos. (Maia, 2002, p.60)

Nos escritos que se seguem, Palombini coloca a questão do AT como aquilo que possibilita a circulação do paciente e sua vida “extramuros” e que pode bem ser observada.

O que pode, então, o acompanhamento terapêutico, com respeito à presença da psicose no espaço público?

Antes, cabe uma observação quanto ao lugar em que acontece o AT e sua relação com a dimensão pública da cidade. Dissemos que o exercício do A T se dá entre lugares, o que pode significar: "entre um dentro e um fora", "entre a casa e a rua", "entre o psicótico e sua mãe". Com muita frequência, o at é solicitado justamente nos casos em que a circulação pela via pública encontra-se impossibilitada, com sujeitos cuja existência se mantém confinada ao espaço exíguo de um quarto, em meio a uma atmosfera pesada e asfixiante. É preciso, então, "primeiro, ocupar o quarto, explorar possibilidades e lugares psíquicos, antes que a geografia da cidade"²⁶. Mas a cidade, a rua, mantém-se, invariavelmente, no horizonte desse trabalho. "A cidade, seus cheiros, ruídos, história, perpassa o quarto através das frestas das janelas (e nas telas midiáticas), por entre os poros de suas paredes [...], a cidade se encontra no quarto em cada coisa pequena que ele contém, em cada objeto humilde de que se faz uso nele." (Palombini, 2007, p. 167)

Muitas vezes, os autores, explicitam a relação que fazem entre o Acompanhamento e a psicanálise. Este é o caso de Palombini (2007) que, no trecho a seguir, ao falar da mediação entre o sujeito e a cidade, escreve que o at “tal qual o psicanalista” favorece o trabalho psíquico do paciente.

O at também pode operar como mediador da relação entre o sujeito e a cidade, através da qual se disponibilizam os

suportes materiais que dão corpo à produção discursiva desse sujeito e a um saber-fazer com a sua loucura, de forma que, tal qual o psicanalista a secretariar o psicótico, o at aí vem favorecer, seja o trabalho de construção da metáfora delirante capaz de remediar a inoperância da metáfora paterna, seja o arranjo singular através do qual algo da ordem de uma invenção pode vir a constituir o sintoma que faz laço social. (Palombini, 2007, p. 169).

A questão da circulação também é expressa pelo tema, recorrente nos discursos de nossas entrevistadas, da saída do e com o paciente, como podemos observar a seguir:

O atendimento se dá em locais e circunstâncias que fazem parte do dia-a-dia do paciente. É bastante comum o acompanhante ir ao encontro do paciente em casa e daí fazerem o que se convencionou chamar de uma saída. Outras vezes o paciente vai ao encontro do acompanhante em algum lugar público ou ainda aguarda o acompanhante na saída do hospital-dia, da escola ou, menos freqüentemente, do próprio trabalho. (Carvalho, 2004, p. 23)

E, pelo que escreve Araújo, a questão da “circulação” e da “rua” é articulada à problemática da clínica, da terapêutica.

A rua como espaço clínico (EQUIPE DE A.T DO HOSPITAL-DIA A CASA, 1991). Esse é o título de um dos primeiros livros editados sobre Acompanhamento Terapêutico. Seu título anuncia um novo local de atuação clínica: a rua. Entretanto o que a rua teria de clínico? Por que atribuir a esse espaço a qualidade de clínica? Em que situações a rua pode ser entendida como clínica? Pode-se chamar a perspectiva de um atendimento na rua de clínica? Tais questionamentos nos levam a duas outras séries de perguntas. A primeira põe em análise o estatuto da clínica e do seu objeto de intervenção

enquanto acompanhamento terapêutico: O que vem a ser clínica? O que vem a ser acompanhamento terapêutica? O que acontece na rua e o que acontece com as pessoas que acompanhamos na rua? Que concepção de sujeito ou de subjetividade nos permite pensar a clínica como um passeio pela rua? Já uma outra série de perguntas coloca em análise a dimensão ético-política da clínica vista pelo viés do acompanhamento terapêutico: O que acontece com a rua quando a tomamos como clínica? Quais aspectos éticos e políticos estão presentes quando a clínica toma a rua como seu espaço de intervenção? Qual a relação da cidade com a clínica? (Araújo, 2007, p. 15)

Além da referência à psicose, portanto, à psicanálise, a cenografia do Acompanhamento como terapêutica a céu aberto ou como cena pública é, sem dúvida, devedora de sua articulação com outra cena, qual seja, a da demolição dos muros das instituições psiquiátricas, vinda do movimento da Reforma. E dessa maneira, vemos apontada como a principal função do AT (e dela decorre o fato de ser terapêutico) a promoção de saídas para o paciente cuja doença o impossibilita sair.

O Acompanhamento Terapêutico é um procedimento clínico em Saúde Mental, cujo objetivo é proporcionar recursos para uma melhor qualidade de vida daqueles que, de alguma forma, têm um sofrimento psíquico que restringe sua circulação no mundo. A função principal do acompanhante terapêutico é criar ações, juntamente com o paciente, que possibilitem maior autonomia e reinserção social. Por exemplo, promover saídas pela cidade, realizar atendimento domiciliar, acompanhar em consultas e atividades de lazer.

Na medida em que é proposto ao paciente movimentar-se, a partir de seus lugares de referência, criam-se novos espaços e contatos que irão gerar outras possibilidades em sua maneira de relacionar-se, a fim de facilitar o convívio familiar, a capacidade criativa e a interação com o mundo. Sendo, assim,

uma possível alternativa à internação constante, ao confinamento dentro de casa e até mesmo outras saídas mais drásticas. (Moura, 2002, p.55)

Todavia, é possível observar que a presença de duas cenografias na prática discursiva do AT -- a da psicose como exteriorização, visibilidade, exposição e a da terapêutica como recusa do espaço fechado de hospitais e consultórios -- pode produzir um efeito paradoxal sobre a literatura do AT, qual seja, uma prática discursiva para o espaço aberto que, entretanto, se baseia numa prática discursiva do e para o espaço fechado.

Assim, é interessante notar que Araújo aponta, no que segue, para a questão de que uma teoria elaborada para o *setting* fechado, ao ser transposta para o “céu aberto” pode ser geradora de uma visão que inferioriza o AT.

Cabe ainda estarmos atentos ao fato de que a literatura sobre acompanhamento terapêutico é ainda muito escassa e dispersa. Boa parte do que existe escrito se resume a uma transposição para o campo do acompanhamento terapêutico, de teorias desenvolvidas em práticas de setting fechado. "Sem dúvida, ocorre igualmente a aplicação de teorias já existentes, de tal maneira que muito se perde da riqueza das experiências do acompanhamento, o que torna o texto árido, quando não inócuo" (BARRETO, 1997, p. 251). Em tal transposição - de teorias produzidas em um setting fechado para um setting aberto - é de costume se manter a concepção de subjetividade que fora pesquisado e elaborado dentro do próprio setting fechado. Notamos então a manutenção das concepções de subjetividade como se elas fossem as verdades do humano e não estivessem relacionadas com os dispositivos através dos quais foram criadas. As novidades produzidas na passagem para um setting aberto quase sempre giram em torno de um afrouxamento das técnicas do consultório - o que, diga-se de passagem, muitas vezes faz com que o acompanhamento

terapêutico seja visto como uma prática clínica inferior ou auxiliar. (Araújo, 2007, p. 16)

3 - Em terceiro lugar, mencionaremos como tema recorrente da literatura (e que reaparece nas entrevistas) a questão da formação. Todos os autores se voltam para esse tema, seja para propor a formação ideal do at, seja para descrever a formação efetivamente existente e seus problemas, seja, enfim, para afirmar o caráter interdisciplinar dessa prática.

Essas três perspectivas aparecem, como se verá, nos discursos das entrevistadas, mas paradoxalmente como uma contradição não percebida por elas, pois em seus discursos afirma-se que o AT precisa de uma ampla e sólida formação teórica e clínica e, ao mesmo tempo, se diz que ele não é nem uma teoria nem uma técnica e que “qualquer um pode ser at”, desde que tenha a disposição para ir ao encontro do sofrimento alheio. Dessa maneira, aquilo que na literatura aparece como diferença entre a formação ideal e a formação existente se traduz nos discursos das entrevistadas não como diferença, mas como um paradoxo entre a exigência da excelência da formação e a aceitação da espontaneidade emocional do acompanhante sinceramente dedicado.

Dessa forma, os seguintes textos nos falam do caráter interdisciplinar do AT.

Segundo Ibrahim: Hoje, o Acompanhamento Terapêutico configura uma atividade clínica com especificidades que [a] diferenciam de todas as outras. Por isso, cabe aos acompanhantes a tarefa de pensar e aperfeiçoar o trabalho, recebendo contribuições de todas as áreas, porém, tendo a clareza de que só aos acompanhantes cabe o papel de investigação dessa prática (1991: 49). (Carvalho, 2004, p. 22)

E continua,

Podemos dizer que as pessoas que costumam beneficiar-se do Acompanhamento Terapêutico, em geral portam um sofrimento psíquico grave que vai muito além do problema de saúde em si. Se, por um lado, não podemos ajudar a resolver

todas as dificuldades por que passam as pessoas que acompanhamos, por outro, temos consciência de que o que se demanda de um acompanhante terapêutico não está restrito à atenção à saúde e sim de maneira mais ampla ao resgate e à promoção de qualidade de vida. (Carvalho, 2004, p. 25)

Já esta outra autora descreve o at como um técnico de nível superior:

O Acompanhante Terapêutico é um técnico com formação universitária que realiza atendimentos domiciliares e acompanha seu paciente nos espaços de circulação social, auxiliando-o nas relações e nas tarefas do cotidiano que pareçam ao paciente muito difíceis, ou mesmo impossíveis. Essas tarefas às vezes são: andar de ônibus, abrir uma conta bancária, freqüentar o consultório de um psiquiatra, entre outras tantas.

Ele trabalha dentro de um projeto terapêutico, articulado na direção da reabilitação psicossocial, propondo atividades, passeios pela cidade, descoberta de novos lugares e possibilidades, discussões sobre seu tratamento e o seu adoecimento. (Maia, 2002, p.60)

Feita essa retomada da literatura sobre o Acompanhamento Terapêutico, com a qual, acreditamos já se esteja esboçando para o leitor tanto o que será mostrado mais adiante nas entrevistas como nossa estratégia de pensamento, iremos a seguir explicitá-la, ou seja, explicitar o método da Análise Institucional do Discurso e quais os procedimentos realizados quanto às entrevistas e suas análises. Assim, pensamos que o leitor poderá nos acompanhar nas páginas que se seguem com maior clareza e compreensão.

CAPÍTULO IV

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO, SEUS ATORES E SUA OBJETIVAÇÃO NO DISCURSO DAS ATS: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEGUNDO OS TEMAS

(...) desacompanhada do discurso, a ação perderia não só seu caráter revelador como, e pelo mesmo motivo, o seu sujeito, por assim dizer: Em lugar de homens que agem teríamos robôs mecânicos a realizar coisas que seriam humanamente incompreensíveis. Sem o discurso, a ação deixaria de ser ação, pois não haveria ator; e o ator, o agente do ato, só é possível através das palavras. A ação que ele inicia é humanamente revelada através de palavras; e, embora, o ato possa ser percebido em sua manifestação física bruta, sem acompanhamento verbal, só se torna relevante através da palavra falada na qual o autor se identifica, anuncia o que fez, faz e pretende fazer. (Hannah Arendt)

Parte I

A Objetivação do Paciente/ Cliente no Discurso das ats

As acompanhantes terapêuticas por nós entrevistadas apresentam em seus discursos o paciente/ cliente do Acompanhamento Terapêutico quando nos relatam seu cotidiano e seu fazer. Os discursos apresentam as ats trabalhando com o sofrimento psíquico dos pacientes.

Um primeiro aspecto que podemos depreender das entrevistas é a relação entre Acompanhamento Terapêutico e Psiquiatria que surge nas falas que se referem aos pacientes. Estes são designados por termos de diagnósticos psiquiátricos: “pessoa em sofrimento psíquico”, “um esquizofrênico”; “pessoas com transtorno psíquico grave... então transtorno bipolar... esquizofrenia... dependência química [...] às vezes associado a uma esquizofrenia... algum outro transtorno mental...”, “esquizofrenia paranóide”, o discurso se refere ao medo, a delírios, alucinações e ao abandono familiar, fala em pessoa em risco de suicídio, psicótica, com problemas físicos, menciona também usuários de drogas, resistência medicamentosa, com transtorno bipolar, com síndrome do pânico, depressivos. A doença é apresentada pelas ats como aquilo que tira a

estrutura e a identidade do paciente e deixa apenas o diagnóstico clínico. Essa falta de estrutura e identidade se apresenta como a oportunidade para o trabalho do at, que buscará despertar de novo desejos, pois, o paciente não é só falta, uma vez que ele tem história, tem desejo e é apresentado como alguém capaz de “exercer alguma atividade criativa no mundo...”. Os pacientes surgem como carentes, mas não desprovidos de tudo.

A Ordem Psiquiátrica

Há um extrato de uma das entrevistas bastante elucidativo quanto à designação de quem seja o paciente do AT, segundo o at:

(...) Olha... se for ver são pacientes psiquiátricos... dependentes químicos... tem transtorno bipolar... aquele paciente primeiro que eu te falei... marcante... o diagnóstico dele era transtorno bipolar... teve uma outra paciente com transtorno bipolar... não tem assim... já teve paciente que teve surto psicótico... mas não há nada especificado... chegou uma com... ela dizia que era síndrome do pânico... mas ela estava sem tratamento... ela estava... então assim... através do AT ela está... passou por uma avaliação psiquiátrica... então assim... está começando um direcionamento... ela só estava isolada dent... assim... isolada porque ela morria de medo... ficava muito ansiosa de sair na rua... sempre tinha que estar com alguém da família... mas a casa dela é muito cheia de gente... mas ela para sair mesmo era uma coisa meio complicada... mas mesmo nessa coisa do sair estava se estabelecendo assim... na verdade ela estava precisando de uma condução porque ela tinha um problema depressivo... que foi mal... aí a psiquiatra avaliou que foi mal cuidado há um tempo atrás... tomou uma medicação nada a ver... e ela abandonou o tratamento medicamentoso e fica assim à deriva nessa parte de medicamento... (Maria Vitória)

Esse discurso, que já desde o início se apresenta como objetivo e direto (a entrevistada define os pacientes, pois emprega o verbo ser, dizendo o que os paciente são), traz à cena o paciente do AT como o mesmo paciente da Psiquiatria -- *se for ver, são pacientes psiquiátricos* --, é também um discurso generalizante -- *são pacientes* --, e utiliza um índice de indeterminação *se*, de maneira que o paciente se torna visível para

quem quiser vê-lo segundo critérios psiquiátricos (*se for ver, são*), num movimento de generalização.

Maria Vitória, após iniciar o discurso na generalização, passa à singularização e, assim, o transtorno bipolar, que era um substantivo ou o objeto do AT, passa a ser qualidade (um adjetivo) de determinado paciente do at.

O que surge no discurso é, de fato, uma indeterminação, pois a entrevistada parte de uma afirmação que parece definitiva pelo uso do verbo *ser* -- os pacientes *são*--, entretanto, passa a usar o verbo *ter* no pretérito perfeito -- *teve*--, deixando a idéia de que algo ocorrido no passado é fator de mudança da afirmação anterior, feita com o verbo no presente. Algo que ocorreu no passado faz com que essa afirmação sobre o presente seja posta em dúvida. Dessa maneira, a afirmação *já teve paciente que teve surto psicótico* poderia ser interpretada como confirmação de que os pacientes do AT *são* psiquiátricos, contudo, ao ser contraposta a uma negativa *mas não há nada especificado*, vemos desaparecer o caráter afirmativo do primeiro enunciado.

Outro termo de indefinição, em realidade uma expressão com força de indeterminação é *...não tem assim...* colocado no meio de duas afirmações, mas que lhes tira a força. Na seqüência, outro enunciado nos vai mostrando a mesma idéia: a paciente que chegou *dizia*. O verbo conjugado no pretérito imperfeito nos dá a idéia de incompletude, ou seja, de uma afirmação não segura, contestável, o que se reforça com a informação, dada a seguir, sobre a falta de tratamento da paciente. Assim, somos novamente levados para o saber da Psiquiatria, que pode dizer mais da paciente do que ela própria: a Psiquiatria concluirá que a paciente, na verdade, *tinha um problema depressivo*. O saber psiquiátrico é trazido à cena para dizer, finalmente, quem *é* o paciente do AT e assim toda dúvida esvanece no ar, pois mesmo que o paciente não tenha um diagnóstico psiquiátrico é ao psiquiatra que ele e o AT irão se remeter.

Dessa maneira, também encontramos no relato de Maria Paula sobre seu primeiro trabalho como acompanhante terapêutica a relação com a Psiquiatria:

*(...) e aí eu fiz meu primeiro acompanhamento nesta cidadezinha... com um rapaz... um **esquizofrênico**... que tinha acabado de sair de uma internação muito prolongada (...)*

*(...) algumas alternativas... (...) pra essa coisa de **trabalhar com** (...) a pessoa em **sofrimento psíquico** (...) eu atendia pacientes que vinham... **eram encaminhados normalmente de outr, de psiquiatras** em geral... porque eu estava nessa área né... e a gente atendia **as pessoas com transtorno psíquico grave**... (Maria Paula)*

Essa cena nos apresenta uma at que diz *trabalhar com o sofrimento psíquico*, portanto, algo genérico e ainda abstrato, entretanto, a esquizofrenia surge como algo palpável, concreto, uma vez que a encontramos por meio da substantivação de um adjetivo: “um esquizofrênico”. Essa concretude ou substantivação é o que permite à at usar o verbo trabalhar.

Nesse começo do discurso, os atendimentos realizados são apresentados como *encaminhamentos por psiquiatras*. Há, portanto, referência explícita à ligação com a Psiquiatria e a extensão e a intensidade dessa ligação é indicada num lapso que revela que a própria identidade como at é balizada segundo este *outr...*, conformando uma cena transferencial protagonizada pelo par at-psiquiatras.

Em outro trecho, a entrevistada diz que atendia *pacientes agudos* que estavam internados. Nesse discurso, encontramos, portanto, o at/AT lidando com os diagnósticos psiquiátricos e o internamento. Porém, o discurso dessa at mescla a ligação com a Psiquiatria e a posição da Reforma Psiquiátrica, pois ela emprega a expressão *sofrimento psíquico* como se atenuasse a substantivação do paciente-doença, característica da designação psiquiátrica.

Encontramos ainda nessa mesma entrevistada, e em várias outras, esse tipo de referências provenientes de dois discursos diferentes e incompatíveis.

(...) era um caso muito grave de diagnóstico clínico de esquizofrenia paranóide ... e ele internou assim numa situação de completo abandono familiar... tudo... ele estava há oito meses abandonado... (...) Os vizinhos chamaram a ambulância... E lá ele tinha muito medo... que ele tinha um... ele tinha um delírio... e tinha alucinações de invasão corporal por bichos... Então ele achava que ele estava tendo um desmembramento corporal (...) Essa internação foi uma internação prolongada... que era muito grave...

(...) uma garota que tinha sido encaminhada pra gente por, por risco suicida... (Maria Paula)

Nesses dois recortes acima, os pacientes são mostrados a partir de um diagnóstico clínico e, simultaneamente, com uma referência não clínica, isto é, o *abandono* e este leva o discurso a mostrá-los como aqueles para quem o atendimento chega por mediação de outras pessoas, claramente nomeada, como no caso dos vizinhos, ou uma mediação inespecificada, como no caso da garota que *tinha sido encaminhada* não se sabe por quem. Dessa maneira, o discurso apresenta não só os

pacientes referidos aos seus quadros diagnósticos, mas também pela necessidade da intermediação na busca de atendimento, o que sugere pessoas percebidas pelas ats em estado de dependência, ou o *completo abandono*.

Há outro extrato que nos mostra uma questão diversa da dependência, parecendo, inclusive, indicar um certo grau de autonomia da paciente, que aceita o atendimento buscado por terceiros, no caso a família. Assim, também há a mediação entre at e paciente, mas com a participação da paciente.

*... essa paciente, ela... ela é... ela é uma...uma... uma menina, de... uma, um, uma (...) Uma menina, ela tinha mais ou menos uns dezessete anos e... ela não saía de casa. (...) conversei um pouco com a família e em seguida já fui ao encontro da paciente, ela estava junto nessa conversa... e... ela falou assim: Bom! ahn... Eu acabei aceitando que você viesse... porque eu tenho síndrome do pânico!... (...) Não era uma moça psicótica... né... era só uma pessoa que teve, tava... em crise, né. (...) era uma pessoa que **tinha um sofrimento grande**, sem dúvida nenhuma, tinha passado pela perda do pai e... que era uma referência importante na vida dela... mas, era isso. (...) **uma pessoa bem com um diagnóstico complexo, que não se trata de um psicótico que é o que a gente tá acostumado, né... a gente tá acostumado com psicótico!** Não se trata do psicótico, tem indicação de AT, né, pelo psiquiatra.” (Maria Cristina)*

Maria Cristina inicia, assim, a apresentação da paciente com uma descrição da faixa etária, do que ela diz, do que ela sente. E a própria menina se rotulou, se deu um diagnóstico psiquiátrico. Mais uma vez, vemos a relação ser intermediada pelo psiquiatra, mesmo que seja pontuado que a paciente era uma pessoa sem diagnóstico de psicose e que se tratava de *grande sofrimento*, mas é pela indicação do psiquiatra que o AT vem para a cena.

Assim, a Psiquiatria se mostra referência importante tanto para a at como para o paciente e o lugar que este ocupa no discurso daquele é um lugar determinado pelos diagnósticos psiquiátricos: *a gente tá acostumado com psicótico*.

Contudo, este não é o único lugar mostrado pelos discursos, pois alguns pacientes ocupam um lugar de ameaça. São ameaçadores, são violentos:

*(...) só que esse grupo era complicado, porque tinham alguns pacientes que eram **usuários de drogas**. Então, tava... tinha... tava, tinha uma certa ameaça; que era um grupo que tinha duas pessoas, nesse grupo, que eram muito violentas...*

Num primeiro momento, o discurso generaliza a complicação do grupo pelo fato de serem *usuários de drogas*, mas, em seguida, há uma singularização e a questão é deslocada para a violência de duas pessoas. A expressão *só que* indica que este não é o mesmo lugar do encaminhamento psiquiátrico, sugerindo que por ser *complicado* pode escapar da expectativa do grupo-padrão (os psicóticos) para AT.

Lugar generalizado também aparece no discurso que se segue:

(...) *Só que você imagina que lá **tem gente** que tem problema, desses nossos que estavam comigo que tem **problemas físicos, cegos, ahn... outros mal caminhavam, né?** Assim, não só problema físico, ahn... problemas nas pernas mesmo, né... de... de... de ter meia perna só, né? Ahn... assim, problemas **muito graves, né?*** (Maria Cristina)

A generalização aparece com *tem gente*, mas logo em seguida há uma especificação com o demonstrativo *desses*. Os pacientes são descritos antes de rotulados. E é assim que entram em cena no discurso as questões sobre os problemas físicos dos pacientes atendidos pelos ats e que nos mostram outra faceta desses pacientes, os quais, pelas várias tentativas de descrição, não parecem, como no caso dos psiquiátricos, uma clientela legitimamente AT.

(...) *eu estou atendendo uma **paciente** que ela **tem dificuldade de andar** por ela ter... ela **não é paciente psiquiátrica**... ela tem uma **deficiência orgânica** em que ela tem dificuldade de acesso na rua... de circular... e tal... e tem uma vida toda voltada só para ir para o hospital para o atendimento de hospital por conta dessa doença que já faz anos que ela tem... e então... tem coisas... e **ela é sozinha** também assim... pra sair... pra resolver as coisas dela...* (Maria Antônia)

É interessante notar que algumas das entrevistadas, como a acima citada, trouxeram para a cena enunciativa não apenas as descrições físicas, mas também a questão da solidão, pois pacientes sozinhos, solitários, são pacientes que necessitam do AT, como anteriormente era também o caso da referência ao *completo abandono*. No trecho acima citado, é feita uma descrição da paciente que, além de ser descrita como possuidora de *deficiência*, numa contraposição entre o ter e a falta, é mostrada ainda por outra contraposição: *não é paciente psiquiátrica*. Se ela precisa de AT é porque é *sozinha*.

Os pacientes podem, portanto, ter deficiências ou doenças orgânicas e não necessariamente serem pacientes psiquiátricos, apesar de, como foi dito por uma das entrevistadas, serem os psicóticos os pacientes com os quais os ats estão acostumados.

Há, portanto, uma revisão da expectativa no atendimento do at: atendem a pessoas que lhes apresentam situações que não correspondem ao que supostamente seria a clientela do AT.

Encontramos ainda no discurso das ats, o AT atendendo a uma demanda diferente dessas referidas acima, no caso, o AT feito com crianças, com pessoas em situação de rua, vulnerabilidade e abandono. As entrevistadas dizem que o AT atende pessoas com *problemas sociais*.

(...) *quando eu recebi o convite pra atender uma criança em situação de abrigo eu falei: poxa vai ser legal porque eu vou atender enquanto at né?* (Maria Teresa)

Nesta fala, a indeterminação se destaca. É dito que há um convite, mas não sabemos de quem. Desta maneira, o convite nos mostra que há uma intermediação entre at e paciente, contudo não há referência ao agente do convite. Outra indeterminação que aparece é em relação à criança pelo uso do artigo indefinido, *uma criança*, que só se distingue de outras por ser apresentada em uma situação específica, a *situação de abrigo*.

Outra cena nos mostra o AT realizado com crianças:

(...) *quando começou o AT foi isso: ele fugia muito, era rebelde... é... que ele era alguém que ao mesmo tempo era uma criança e também tava andando com companhias super mais velhas e com risco de entrar em questões sérias de uso de drogas e de sumiço, de sumir pra sempre.* (Maria Dolores)

Aqui, é feita uma descrição da criança na qual, novamente, encontramos a simultaneidade entre definição – *é, era* – e indefinição -- *alguém* --, e também encontramos *criança* superposto aos *super mais velhos*, e a *rebeldia*, apresentada pelas fugas deixando de ser *rebeldia* para tornar-se *risco* de *sumir para sempre*. A qual universo esse menino *alguém* pertencia? O que nos é apresentado pelo discurso é um menino que está na indefinição e em oposição a si mesmo.

De maneira semelhante, iremos encontrar essa oposição em relação a outra criança, mostrada em outro discurso, no qual, além de trazer consigo o paciente criança, traz novamente uma questão comum a vários pacientes de AT objetivados até agora pelos discursos: a questão do abandono.

*(...) é um **menino de...** quando eu comecei a atender ele tinha **9 anos, depois ele fez 10.** (...) Ele tem uma história de (...) enfim tinha uma **questão familiar de abandono** e uma distância dessa família... é.. e ele, encontrei ele **muito fragilizado assim mesmo, muito pueril, muito criança**, bem bonito o jeito dele de ser criança assim... é... é mais bem, bem fragilizado mesmo, **assim pedindo bastante a presença, pedindo afeto, ... é... quebrando milhares de regras no abrigo, aparecendo comportamentos ... é... incômodos na escola, de brigas, fugas do abrigo**, muito, incomodando bastante a educadora que ele morava e a escola... (Maria Dolores)*

Primeiro, há a descrição iniciada, mais uma vez, por uma indeterminação - *um menino* -, seguido pela determinação da faixa etária. Depois, as contradições aparecem quando o menino é descrito como frágil, pueril e criança, tudo isso precedido pelo advérbio de intensidade *muito* em oposição a esse mesmo descrito como o que incomoda; o menino que *pede presença* em oposição ao menino que *quebra regras*; o menino que *pede afeto* em oposição ao menino que *briga*.

Vemos ainda que a história desse menino se confunde, no discurso da at, com sua questão, ou seja, o *abandono* que, assim é trazido à cena. A família também surge nesse extrato ocupando o lugar daquele que abandona e também daquele que se distancia. Uma coisa é pensar distância, isto é, quando há uma presença que está separada do outro por certo espaço, mas que é passível de aproximação, ou seja, de diminuição do espaço de separação; outra coisa é abandono, para o qual a possibilidade de diminuição da separação é nula. No entanto, a família desse menino nos é apresentada ocupando estes dois lugares.

A partir desse extrato, que nos devolve, de certa maneira, ao início deste tópico por apresentar uma questão comum aos vários universos de pacientes mostrados pelos discursos por nós analisados até agora e, buscando essa aproximação, nos remetemos a mais uma fala de nossas entrevistadas, na qual é apresentado o AT feito com pessoas em situação de rua, vulnerabilidade e abandono.

(...)Eu tinha muita expectativa de atender criança quando eu comecei esse atendimento. Porque fazia muito tempo que eu atendia só adulto bastante em situação de rua, de vulnerabilidade, bastante abandono, com mil problemas sociais. Sempre fiquei bastante perto das questões de problemas sociais com AT no centro de SP.(Maria Fernanda)

É interessante notar que Maria Fernanda diz ter *muita expectativa* de atender criança em contraposição a ter atendido só adulto, entretanto, as condições descritas por ela desses adultos em nada difere das problemáticas trazidas por todas as entrevistadas que trabalham com crianças. Dessa maneira, a temática trazida por esse discurso, no que se refere ao atendimento de adultos, mostra indiferenciação em relação à temática do atendimento de crianças trazida por outros discursos, uma vez que em ambas o paciente é a pessoa com sofrimento e *problemas sociais*. Isso nos remete a outro discurso no qual os pacientes são mostrados como os excluídos.

*... alguns pacientes que fossem detectados pela equipe de setor... que tava com um processo complicado... por exemplo... é que fosse detectado alguma **problemática familiar... de rejeição...** ou mesmo paciente que não estaria assim... éh... se adaptando... e aí então a gente faria (...) só que foi aparecendo **assim uma carência imensa de criação de redes sociais...** assim estavam **excluídos de qualquer rede social... até da família...** mas além da família eles não tinham nenhum tipo de coisa... tinham uma vida absolutamente sem sentido(...) e a equipe discute... detecta casos que estão complicados... foi pra alta... retornou antes... foi outra... retornou antes... está complicado dar alta... então a gente faz o Acompanhamento Terapêutico...* (Maria Paula)

O AT é último caso de atendimento para pacientes de último caso também. Clientela, agente e AT estão identificados nesse aspecto.

As redes sociais aparecem no discurso por sua falta, pela necessidade de serem criadas - *uma carência imensa de criação de redes sociais*. Aí se configura mais claramente o lugar dos pacientes: são os rejeitados, os excluídos, *excluídos de qualquer rede social... até da família*. A exclusão aparece ligada à falta de família, à rejeição da família, à falta de redes sociais, à falta de tudo, pois *eles não tinham nenhum tipo de coisa*. É contraposto a aquilo que eles não tinham (*nenhum tipo de coisa*) àquilo que eles tinham, e que na verdade é outra ausência, *tinham uma vida absolutamente sem sentido*. É interessante notar o uso do “absolutamente” que nos dá uma dimensão de

grande vazio na vida dos pacientes. Os pacientes do AT, então, são os excluídos, aqueles para quem a vida não possui nenhum sentido, os rejeitados pela família.

Diante de tudo isso, podemos tomar o discurso de Maria Paula, no qual ela busca dar uma explicação de porque as pessoas se tornam pacientes de AT:

... porque as pessoas que vêm pro AT não são pessoas que estão vivendo bem... elas vêm pro AT porque estão vivendo mal... que a vida delas está muito ruim... ou porque tão doentes... ou porque tão vivendo situações muito assim... muito desagregadoras então elas tão muito infelizes...

Aqui, o discurso é menos técnico. O uso dos verbos no gerúndio e o do verbo estar em vez de ser, mostram que os pacientes de AT são apresentados como tais pelas circunstâncias de vida que estão passando e não por uma condição estática e definitiva. São pessoas que estão passando por dificuldades, aqueles que estão vivendo mal, cuja vida está ruim naquele momento por uma série questões que podem ser tanto doenças como *situações muito desagregadoras* que as deixam infelizes. Dessa maneira, tanto a doença como a infelicidade podem estar na mira do AT. É o viver bem em oposição ao viver mal que surge nesta fala. Há sempre a presença do advérbio de intensidade *muito* precedendo a qualidade da vida e, dessa forma, dando mais peso à má qualidade descrita. Assim, tudo é *muito*, o que justifica ser paciente de AT.

Vemos, portanto, que os ats estão expostos à clientela igualmente exposta. Porém, até agora, a clientela é inespecífica, pois os discursos indicam que, embora haja referência constante à Psiquiatria e aos diagnósticos clínicos, os ats atendem a pessoas nas mais diferentes condições. Sendo assim, o que haverá de comum entre elas? Sofrimento, deficiência, carência, vulnerabilidade, abandono, desamparo, isto é, termos que se opõem ao discurso da ordem psiquiátrica.

A Demanda Familiar

É interessante notar que a demanda por AT pode se deslocar e o sujeito atendido passa de um indivíduo para a família ou para alguns membros desta.

É assim que a narrativa de Maria Aparecida nos revela esses “novos pacientes” da at, quando lhe acontece fazer *AT de muitas pessoas no mesmo dia* e isto no mesmo período do dia.

(...) eu fui solicitada pela fábrica para atendê-lo... (...) foi uma coisa assim que teve apoio da empresa e tal... (...) ele precisou de internação... (...) então... é... e assim foi num dia de domingo que a família me ligou de manhã... eu tinha atendido ele até no sábado... (...) então assim... **orientei... esclareci a família** de que “olha... tem que ficar atento...” né... porque ele estava freqüentemente falando de morte... (...) no começo da segunda-feira eles me ligaram... a mulher me ligou dizendo que ele tinha tentado suicídio e eles tinham encontrado ele com uma corda... (...) e quando ele precisou internar... aí foi uma pessoa d... o técnico de segurança... que trabalhava junto com o RH... assim que... que era uma pessoa que dava apoio ao atendimento... ele foi dirigindo o carro da empresa... (...) porque estava vista a possibilidade de que se ele continuasse a resistir à medicação de ele ter sessões de eletro choque... (...) para a esposa... ela saiu da consulta chorando e para o técnico de segurança na hora que falou sobre isso ele também ficou chocado e ficou chocado de estar naquele ambiente e deixar o colega de trabalho dele internado... e aí na volta foi aquela tensão no carro... (...) a esposa chorando atrás e **eu do lado assim... né... bom... segurando... controlando a situação...** porque estava todo mundo abalado... de repente o B. pára o carro assim no acostamento e começa a vomitar... (...) **fui lá... ajudei...** ele era um homem enorme... forte... e aquele homem vomitando e **eu entendo o que ele estava passando ali...** a esposa lá do paciente chorando... (...) e aí ele ficou muito mal... (...) aí trocamos de posição... eu fui dirigindo o carro (...) porque assim... **nossa eu fui AT de muitas pessoas no mesmo dia...** né... no mesmo período do dia... (Maria Aparecida)

Aqui, a relação com o paciente é mediada pela empresa e/ou pela família. A primeira instituição que a chama é “a fábrica”, depois é “a família” (*a família me ligou de manhã*).

O paciente é dito, nesta cena, como aquele que *está em situação muito difícil... falando de morte...*; mas ele não aparece como ator-agente, e sim como ausente e como não-pessoa do discurso – é *ele*⁷. Os atores-agentes são a at, a fábrica e a família. Dessa forma, a at, na ação de orientar e esclarecer, se dirige ao “tu” – a família. A at ocupa

⁷ A gramática ensina que a terceira pessoa verbal é aquele/aquela de quem ou aquilo de que se fala, portanto, o ausente. E a lingüística estrutural mostra que eu-tu são as pessoas verbais e ele-ela (ou seja, a terceira pessoa) não são pessoas.

lugar de ação e a família é quem ocupa lugar de cliente. De alguma maneira, tanto a família como a empresa passam a ser clientes/pacientes do AT no momento em que a at vai mediar a internação do paciente e passa a atender a mulher do paciente e, depois, o motorista, representante da empresa. Ou seja, o que vemos é uma mudança dos lugares ocupados por cada um dos atores da cena enunciativa, que, de agentes, vão se tornando pacientes, de maneira que a at, chamada para atender a um paciente, acabou atendendo a *muitas pessoas no mesmo dia... no mesmo período do dia.*

A família também surge como cliente no discurso que narra o caso de um paciente que se tranca no quarto. Como ele

*... tem muitos momentos em que fica fechado... isso abala toda a família (...) e **eu tenho que fazer todo um trabalho com a família** (...) fico com mãe... (...) ali... fico com ela... ela vai conversando as dificuldades sobre isso... (...) às vezes chega o marido... vai também... começa a falar... (Maria Isabel)*

Esse deslizamento ou troca de lugares é explicitado no discurso de uma das entrevistadas

*(...) Então acho que foi muito significativo pra ele também, quando eu chego lá, que ele tá na casa da família o AT foi se desenvolvendo de uma forma bastante diferenciada da época que ele foi no abrigo porque era uma **demandas que passou a ser familiar**... (Maria Isabel)*

A resistência do paciente

Vamos encontrar nos discursos das entrevistadas os pacientes ocupando um lugar de resistência, como mostra Maria Aparecida:

*(...) esse paciente... ele tinha risco suicida... **resistência à medicação... medicamentosa...** delírios... alucinação...né... tinha assim um asp... ele era extremamente resistente e hostil à atividade em AT...*

O paciente é descrito como aquele que resiste e é hostil à atividade da at. Ele ocupa um lugar de oposição em relação à medicação e também ao trabalho de AT. Dessa maneira, tanto o remédio como o AT ocupam lugar de opressão e são impostos ao paciente, o que nos remete a outro lugar ocupado por ele nesta relação: o paciente não está de acordo com o que lhe é imposto (medicação, AT), mas sua vontade não é suficiente para retirá-lo deste papel de submissão.

Uma outra forma de manifestação da resistência aparece no discurso a seguir:

(...) Tem um também recente de um rapaz... que se tranca... que fica trancado no quarto... né... assim... eu estou atendendo ele faz quatro anos (...) mas ele tem muitos momentos em que fica fechado... (...) a família força a barra... fica lá... bate na porta “meu filho... você tem que conversar e tal”... (...) e aí eu chego e falo “olha... eu estou aqui... se você quiser... você já sabe... você pode vir... a gente pode conversar... ou a gente fazer alguma coisa... tal”... (Maria Antônia)

O discurso mostra a resistência no ato de se trancar. É a voz reflexiva — o rapaz *se tranca* - que, na fala da at, explicita a ação do paciente como um ato em oposição ao dela, uma vez que ela *chega*. Podemos pensar que o paciente pode ocupar dois lugares a partir dessa resistência, um em relação à at que se coloca num lugar de disponibilidade (*estou aqui... se você quiser*); e outro como resistência à família que, para essa at, *força a barra*. Essa expressão indica uma ação de força contrária a outra, idéia que reaparece no discurso como a obrigação imposta pela família ao paciente: *você tem que*. Dessa forma, enquanto o paciente ocupa uma posição de resistência simultânea à at e à família, vemos a at ocupar um lugar entre a força da família e o fechamento do paciente, uma vez que ela abre possibilidades para o paciente, pois ela oferece outro lugar para ele ocupar - *você pode* -, o lugar do desejo e da vontade - *se quiser*.

Parte II

A Subjetivação do Acompanhante no Discurso das Ats

Os discursos das ats não definem o AT, mas designam suas características, não definem o profissional da área, mas enunciam seus vários aspectos.

Alguns dos temas que surgem nesses discursos versam sobre a formação específica para AT, a questão da profissionalização, o corpo, a profissão de origem, o tempo e a disponibilidade, o inusitado e o desconhecido, as dificuldades e facilidades, as vivências, as emoções, os seus fazeres.

O lugar do acompanhante na relação com o acompanhado

Vamos iniciar examinando a relação do at com o paciente tendo em vista, nesse momento, o lugar ocupado pelo at. Tomemos um trecho de um extrato que já utilizamos para falar dos pacientes:

*(...) só que esse grupo era complicado, porque tinham alguns pacientes que eram **usuários de drogas**. Então, tava... tinha... tava, tinha uma certa ameaça; que era um grupo que tinha duas pessoas, nesse grupo, que eram muito violentas...*
(Maria Cristina)

Parece-nos interessante a retomada desta fala para pensarmos no at, pois aqui podemos destacar o uso dos verbos estar e ter. A alternância feita por Maria Cristina no uso desses verbos nos mostra uma dúvida quanto à sua utilização, uma vez que o verbo estar indica uma significação de coisa passageira enquanto que o ter possui conotação de algo mais permanente. Assim, a dúvida gira em torno da at ao descrever uma situação na qual sente estar de passagem ou, pelo contrário, é por ela capturada sem possibilidade de fuga. Deste modo, o at nos é apresentado, neste discurso, como quem tem que suportar o medo de ameaça e de violência, determinada inteiramente pela clientela sem que fique definida a situação como passageira ou permanente. Neste

discurso, vemos uma relação em que o at ocupa o lugar de medir forças com a clientela ameaçadora.

Entretanto, nem sempre a clientela é uma ameaça; ela pode, ao contrário, surgir no discurso como a parte fraca e dependente da relação, o paciente como aquele que sofre diante do outro:

*(...) Que **tava sofrendo** na minha frente. Que é muito diferente, outro registro, né? Eu sempre me perguntei, sim... mas quem faz? Quem é a pessoa que tá aí?... (Maria Cristina)*

Nesse caso, o sofrimento permite levantar a hipótese de que há uma pessoa escondida no paciente - *Quem é a pessoa que tá aí?*. A at, diante da sensação desconforto provocada pela presença do paciente, desvia o olhar para a pessoa e seu sofrimento.

Tanto no caso da ameaça quanto no do sofrimento, o que parece estar presente na maioria das vezes é a exposição do at na relação com a clientela.

É assim que também Maria Aparecida nos relata sua relação com um de seus primeiros pacientes:

*(...) era um **paciente** que eu atendia de domingo a domingo... uma hora por dia... ele tinha... ele estava com **transtorno psicótico**... e era assim era o primeiro surto (...) esse paciente... ele tinha **risco suicida... resistência à medicaç... medicamentosa... delírios... alucinação...né... tinha assim um asp... ele era extremamente resistente e hostil à atividade em AT...***

O paciente aqui descrito como aquele que resiste põe a at no lugar da pressão, do que impõe sua presença. Entretanto, ao se impor dessa maneira, a at fica exposta ao transtorno, ao delírio, à psicose do paciente.

Porém, essa exposição não impede uma outra, isto é, uma exposição em que o at, na relação com o paciente, se oferece como corretor de delírios.

... eu comecei a acompanhar ele dentro do hospital porque pra ele ir ao cabeleireiro pra poder cortar... ele dizia que ia cortar partes do corpo dele... Então eu tinha que acompanhar pra ele poder ter... ahn... ter um pouco de confiança de que o cabeleireiro não ia cortar a cabeça dele fora ou coisa assim (...) Aí ele começou a melhorar... (Maria Paula)

Diante do delírio do paciente, a at ocupa um lugar que inspira confiança na relação. Ela é a garantidora da integridade física do paciente. Dessa maneira, é como se sua presença pudesse trazer o dado de realidade que o delírio tirava ao paciente, e assim, vemos começar a se configurar esse lugar de realidade que a at ocupa, ou seja, confiança e realidade podem ser equiparadas nesse momento do discurso.

*...ele começou a melhorar então **a gente** deixou sair então... do hospital (...) foi sempre fazendo esse acompanhamento até que um dia **a gente** começou a sair... e aí **a gente**... **eu** conversei com ele e falei “S... o que que **a gente** vai fazer... né?” **Eu** já tinha a proposta... **ele** tinha aceitado a proposta que era estar saindo... vendo alguma coisa que **ele** se interessasse pra fazer depois que **ele** saísse de alta... pra que **ele** não ficasse sozinho... (Maria Paula)*

Diante da melhora do paciente a at se posiciona como parte integrante do hospital, ou seja, representante desta instituição, o que nos é mostrado pelo uso do *a gente*. Assim, é dada ao paciente, pela instituição, uma permissão, o que nos mostra a at em uma posição de domínio ou poder em relação ao paciente. Contudo, o uso do *a gente* vai sendo modificado, denunciando a mudança de posição da at, no discurso. Ora, ela é deslocada da identificação com o hospital e seu poder para a identificação com o paciente - *a gente começou a sair*. A indefinição do lugar ocupado, ora mais próximo da instituição, ora mais próximo do paciente aparece quando, em seguida, ela usa a expressão *a gente* sem que possamos saber a que “gente” ela se está referindo, pois logo antes está referenciada ao paciente, mas logo em seguida a at passa a usar o pronome pessoal *eu*, nos mostrando a possibilidade de ocupação de um terceiro lugar no discurso, de uma identificação consigo própria. Vemos, então, a relação do eu/ele se estabelecer. O *eu* com o poder de propor, o *ele* com a possibilidade de se submeter e aceitar. É o *eu* fazendo para *ele*. A partir de agora, vemos a discriminação entre o *eu* e o *ele*:

*...**Ele** tinha sido fotógrafo... **ele** tinha tido uma história de vida estruturada... então a proposta era começar a sair pra encontrar alguma atividade que **o** interessasse e despertasse o desejo **dele** novamente que **ele** pudesse exercer alguma atividade criativa no mundo... né... Aí... e... e... (...) ... sentei com **ele** esperando a condução... que a gente era levado pela condução do hospital... (...) E aí a gente esperando... estava lá fora do serviço... já... E **eu** falei: “E aí... o que você vai fazer... você decidiu?”... “Ah... eu quero ser arquiteto”... quer dizer...*

dentro... assim... eu fiquei só escutando... eu falei: “que que eu vou fazer agora? Que que eu faço? Eu dou um toque de realidade nesse desejo... nesse sonho... ou fico quieta? Né...”... Então eu fiquei muito assim... né... “que que eu vou fazer com esse desejo de ser arquiteto?” porque com os dados de realidade que eu tinha... eu sabia que esse sonho... esse desejo teria muito pouca chance de se realizar...(Maria Paula)

A at nos apresenta o paciente no pretérito-mais-que-perfeito composto, assim, aquele que *tinha sido* e, portanto, não é mais; *tinha tido*, e, portanto, não tem mais nem profissão nem história estruturada e por sua falta de estrutura e identidade se apresenta como a oportunidade para o trabalho do at, que buscará despertar de novo desejos.

Dessa maneira, Maria Paula ao conversar com o paciente indaga-lhe sobre suas decisões, sobre seus desejos. A at escuta e pensa como sair de uma situação conflituosa. Pede que ele decida o que quer fazer e quando ele diz o que decidiu, ela não vê a possibilidade de realizar aquele desejo, que passa a ser chamado de “sonho”. O lugar do at é, então, o lugar da realidade e o lugar do paciente, o do sonho e do desejo.

É assim, portanto, que exposto ao conflito entre sonho e realidade, encontramos o at ocupando o lugar de corretor de desejos e sonhos.

O fazer do at

Quando dizemos que o at ocupa o lugar de corretor estamos falando de um fazer, pois um dos temas que surge no discurso das ats e que caracteriza o at é justamente o seu fazer. Portanto, vamos nos deter um pouco na maneira como esse fazer aparece nos discursos.

(...) ele me nomeava de várias jeitos, em várias fases do atendimento (risos) ... é... quando alguém perguntava pra ele, porque a gente saia bastante pra rua assim...

Ele me chamava de Maria Fernanda, ele não me chamava de tia nem nada, ele me chamava pelo nome mesmo... é... mas na rua ele me apresentava de diversas formas assim... (...) as vezes eu era amiga, as vezes dizia: “pergunta pra ela!”, mas aparecia isso: amiga, terapeuta, é... psicóloga acho que ele disse uma vez. (...) acho que ele me via como uma companheira

mesmo assim, alguém que tava ali pra acompanhar mesmo...
(Maria Fernanda)

A indefinição e possível diversidade do trabalho do acompanhante terapêutico surgem no discurso dessa at na forma como diz que o paciente a nomeia. Há *vários jeitos* de ser nomeada que vão desde seu próprio nome, passando por *amiga, terapeuta e psicóloga*. A indefinição é tal que a pergunta sobre quem ela é não pode ser respondida pelo paciente e ele a joga para ela: *Pergunta pra ela*. A percepção da relação pela at aparece como uma percepção do paciente sobre o fazer do at. Esta percepção não aparece como a obviedade de que o fazer do acompanhante é acompanhar; tanto isso não é obvio que o paciente, entre tantas nomeações usadas para se referir à at, não a nomeia como acompanhante.

...E aí assim... eu não interferia... deixava ele lá... se virar... o interesse era dele... então... então... bom, enfim tinha todo esse estranhamento... aí a gente aproveitou pra olhar as fotos... que tinha uma exposição de fotografia... então a gente aproveitou... foi uma coisa que a gente recuperou um pouco da história pessoal dele... quando ele era fotógrafo (...) então a gente falou bastante dessa questão da imagem... o que que significava a imagem... sabe... a imagem que ele retratava e tal... e a gente trabalhou bastante isso e aí na volta... aí ele foi... ele começou a me contar então... que depois ele continuou nos outros atend... nos outros acompanhamentos... (Maria Paula)

O discurso narra uma visita a uma exposição de fotos e esta surge como oportunidade para o resgate do passado do paciente. Novamente, pelo uso do *a gente*, vemos que em relação às conquistas de seu trabalho a at se percebe identificada ao paciente: *a gente aproveitou, a gente recuperou, a gente falou bastante, a gente trabalhou bastante*. Ainda notamos que ao interromper a palavra *atendimento*, ela faz uma glosa em sua fala, indicando que este termo, de certa forma, é vedado neste contexto de saída do hospital, mostrando que há diferença entre atendimento e acompanhamento.

Maria Paula, portanto, a partir das situações apresentadas, *aproveita, recupera, fala, trabalha, não interfere*.

Isso sugere que acompanhar é sempre um fazer algo, é sempre optar por um fazer, pois mesmo na não interferência há uma opção de não interferir.

O lugar do at: lugares.

Os discursos nos mostram que o at é alguém que faz opções, que toma decisões.

... porque sempre tem muita coisa inesperada... em cada dia de Acompanhamento Terapêutico... e aí você tem que... do momento você tem que tirar da casaca alguma coisa... né... ou então ficar ali do lado recebendo aquele inusitado e vendo que que se faz...(...) ... não saber o que fazer... não sabia se dava dados de realidade ou se embarcava no desejo... no sonho pirado do paciente... sabe... que que eu fazia? Eu embarcava no delírio... não... eu dava... confrontava... quer dizer um monte de conflitos que passavam ali assim, em relação ao meu procedimento... Que que eu vou fazer agora? Qual que vai ser o melhor pra ele? Né... então (...)Pra ele, é... se eu desminto esse delírio ou eu embarco nele? Era muito essa dúvida... mas o que que vai ser melhor... será que é melhor eu embarcar e largar mão... deixar? Ou não... ou será que o melhor pra ele é eu dar alguns dados de realidade... né... (Maria Paula)

A at faz indagações sobre o que fazer – *que que eu fazia?, que que eu vou fazer agora?* Nessa indagação, ela encontra uma resposta ao contrapor o verbo embarcar ao verbo confrontar - *eu embarcava no delírio?...não... eu confrontava...dava dados de realidade*. Porém, essa resposta, que indica a decisão da at quanto ao seu fazer, não elimina a dúvida sobre ele – *era muito essa dúvida*. Mas há um elemento que define o fazer e explica a dúvida: o que será melhor para o paciente? A tomada de decisão depende, portanto, de sua qualidade, isto é, ser a melhor para o paciente.

O at é apresentado ocupando o lugar de mágico (“...do momento você tem que tirar da casaca alguma coisa...”) em vias de ser abatido por sua complementar platéia: corre o risco de embarcar no desejo do outro. O dilema embarcar-confrontar termina sem resposta, pois a referência ao que é melhor para o paciente também é objeto de dúvida. A at chega a dizer, num outro momento da entrevista, que, diante da dificuldade da decisão, *você tem que tirar da casaca alguma coisa*. A figura do mágico metaforiza a dificuldade real, a vulnerabilidade do at, qual seja: a indeterminação de técnicas de AT que orientem o seu fazer e sua tomada de decisão. Isso é explicitamente apresentado no trecho a seguir:

... e o AT... acho que ele trabalha muito dentro dessa possibilidade... quer dizer... ele não tem uma técnica né... então...

você vê... você está dentro de um lugar... trabalhando dentro de um consultório...ou... ou... então você utiliza todo aquele arsenal teórico técnico que você adquiriu na sua formação... profissional... acadêmica ou não... mas você vai utilizar aquela técnica (...) e no AT não é assim... no AT o difícil é isso (...) será que eu estou fazendo certo? Será... será que eu estou fazendo alguma coisa?” (Maria Paula)

O lugar que o at ocupa é, assim, o da dúvida, da incerteza, do risco porque essa dúvida e incerteza se referem ao próprio AT. Isto porque está fora do território das certezas: o consultório, onde *você utiliza todo aquele arsenal teórico técnico que você adquiriu na sua formação*. Portanto, sua inclusão no exterior, fora das paredes protetoras do consultório, é uma tarefa que precisa de sustentação. Estamos diante de um círculo: a ação do at precisa da sustentação do AT (seja como um saber ou uma técnica), mas o próprio AT precisa das ações dos ats para se constituir como lugar institucional.

Que ações são estas? Os discursos das entrevistadas descrevem várias ações que constituem o seu fazer: conversar, conhecer o outro, cuidar do outro.

*(...) Então qualquer coisa que **a gente** tentasse **conversar**... porque no princípio foi isso... fomos pro quarto dela e começamos a ter uma conversa... né... pra **se conhecer** um pouco. Então o tempo inteiro **ela** achou que **eu** estava investigando a doença... né... Nem um momento **ela** achou que **eu** tivesse ali pra **cuidar dela**... inteira...(Maria Cristina)*

Em princípio, para esta entrevistada, o conversar é para ela e o paciente *se conhecerem*. No entanto, o *a gente* do ato de conhecimento recíproco é diluído pelo contraponto constante entre *eu* e *ela*. Portanto, quem conhece quem nessa conversa? A separação feita entre as duas figuras surge no discurso quando a at apresenta a posição da paciente em relação à sua presença, ou seja, quando conta que a paciente *achava* que o fazer da at seria um fazer investigativo - *investigando a doença*. Pelo uso do verbo no pretérito imperfeito do subjuntivo - “tivesse” – a at nos diz que a paciente não sabe o que é o fazer do AT e nos leva a supor que essa paciente tem ou teve alguma relação com psiquiatras, já que fala em doença e investigação. Ora, como se trata de conversar para se conhecer, a at indica qual é o desconhecimento da paciente com relação a ela -- *Nem um momento ela achou que eu tivesse ali pra cuidar dela...inteira*. E, assim, explicita que o fazer no AT é o cuidar por inteiro e que o lugar do at é o de quem cuida.

Um outro extrato introduz o fazer no AT como um encontro:

(...) ***Geralmente** o que **a gente** faz ahn... **eu** posso falar da **minha** experiência porque **as pessoas** fazem coisas muito variadas no AT, né... **geralmente eu** saio do lugar onde **eu** estou e **me** dirijo até a casa do paciente... **geralmente** é assim, **me** dirijo até a casa do paciente. Encontro com o paciente, né... e... numa conversa **a gente** vê o que **a gente** vai fazer, né...*(Maria Cristina)

Ao falar de seu fazer, Maria Cristina usa o *geralmente*, dando a idéia de que irá descrever o que é feito no AT ou pelos ats em geral, de modo que se mostra fazendo parte de um grupo, uma instituição ou um campo discursivo pela utilização do *a gente*. Entretanto, logo em seguida, há como que uma retratação dessa posição e o relato parte para uma singularização: surge o *eu* que fala da *minha experiência*, separada dos outros, que deixam de ser *a gente* e passam a ser *as pessoas*. O *geralmente* se torna particularizado, é o geral da própria entrevistada, de uma experiência que já não pode ser generalizada para membros de um mesmo grupo e, dessa maneira, ela continua a se referir à sua experiência como at utilizando o pronome pessoal *me*. Isto se dá até o encontro com o paciente e, então, vemos uma parceria se formar entre at e paciente, o *a gente* volta a aparecer no discurso e ressignifica o *geralmente* que fora particularizado, pois todo AT é um encontro com o paciente, ainda que cada at faça *coisas variadas*.

*...o que seria legal... seria legal **a gente** ficar em casa conversando... se é legal **a gente** sair... se é legal... **pro paciente**... isso vai ser legal no sentido de naquele momento dá conta de alguma necessidade **do paciente**... Explicita ou não... uma necessidade que **o paciente** se dê conta... e necessidades que as vezes **nós** nos damos conta e precisamos... ajudar... **eles** a caminhar... um tanto... pra poder alcançar... alguma... outra coisa.* (Maria Cristina)

Contudo, o movimento não pára aí e a at se distancia do paciente deixando de se referir ao *a gente* e passando a dizer *do paciente*. Nesse movimento de distanciamento, vemos a at passar a utilizar a primeira pessoa do plural, o *nós*, mostrando, novamente uma identificação com um grupo (os outros ats) em oposição ao *eles*, utilizado para designar os pacientes, que passam também a constituir um grupo, posto que, da referência a um paciente determinado, ela passa à pluralidade dos pacientes.

O extrato citado fala da conversa com o paciente para que este possa reconhecer uma necessidade e ser ajudado a caminhar num outro rumo. O que significa exatamente ajudar a caminhar? Que o at ocupa o lugar do saber.

Como vimos, uma paciente não sabia o que era o fazer do at e, agora, um paciente não sabe qual é a necessidade que ele próprio tem. É pela ação do at que a paciente poderá saber o que é o AT, assim como é por essa ação que o paciente poderá se dar conta de sua própria necessidade.

Esse lugar do saber surge nos discursos de outras entrevistadas, mas é interessante acompanharmos a construção desse lugar em um dos discursos que nos apresenta a at ocupando vários lugares e não apenas o lugar do saber. Já nos referimos a esse discurso ao falarmos do lugar de resistência do paciente, portanto, quando o lugar ocupado pelo at, é o da pressão.

*(...) era um paciente que eu atendia de domingo a domingo... uma hora por dia... (...) eu fui solicitada pela fábrica para atendê-lo... foi um trabalho assim **muito interessante**... porque foi uma experiência de AT **em** empresa... foi uma coisa assim que teve **apoio** da empresa e tal... mas assim ele era... **foi um paciente que eu sonhava com ele todos os dias**... (...) ele era extremamente resistente e hostil à atividade em AT... então quando eu chegava na porta da casa dele... que ele estava lá... às vezes sentado no chão da varanda... ele já era muito ríspido “que que você veio fazer aqui...pode ir embora...” e era um... assim... é... **foi a primeira vez que eu estava atendendo de AT sem grupo**... (...) eu estava trabalhando de AT sozinha pela primeira vez com paciente extremamente em risco... né...(Maria Aparecida)*

Tomemos a primeira parte dessa narrativa. Aqui, a at qualifica o trabalho como *muito interessante*. A justificativa para o emprego do advérbio de intensidade *muito* decorre do fato de seu trabalho ter o apoio da empresa. Apesar da importância dada a essa experiência, surge no discurso um *mas* que introduz uma oposição entre o dito até o momento e uma outra intensidade, aquela com que a at declara se relacionar com o paciente, a ponto de sonhar com ele todos os dias.. Não só o fato de sonhar continuamente com ele nos mostra que ela não tem descanso, pausa, interrupção no acompanhamento quando já não está fisicamente com o paciente, mas também o uso de *todos dias* para determinar um tempo interminável em que permanece ligada a ele.

O discurso de Maria Aparecida nos mostra o envolvimento do at com o paciente, e indica um outro lugar ocupado pelo at, o da disponibilidade, posta em evidência, quando esta at afirma que fica de *domingo a domingo* com o paciente, ou quando diz: *eu vivia com esse paciente por vinte e quatro horas*, pois, como vimos, também sonha com ele. O lugar da disponibilidade faz aparecer um novo aspecto do fazer do at, qual seja, a indeterminação de limites, só que como um tempo “corrido”, ininterrupto, mesmo quando dormia...

A rejeição do paciente, a falta de grupo de referência (*foi a primeira vez que eu estava atendendo de AT sem grupo*), a solidão (*eu estava trabalhando de AT sozinha*), o risco de ser absorvida dia e noite por seu trabalho são fatores de oposição ao apoio da empresa e ao muito interesse do trabalho. Assim, se há uma pressão feita pela at, que impõe sua presença ao paciente (como vimos ao citar anteriormente um trecho dessa entrevista, quando a at forçava sua presença para o paciente hostil), também há uma pressão sofrida por ela, de maneira que o lugar da pressão pode ser ocupado tanto pelo at como pelo paciente.

Mas vamos continuar com a narrativa e ver quais os outros lugares ocupados pela at.

(...) *ele precisou de internação... (...) então... é... e assim foi num dia de domingo que a família me ligou de manhã... eu tinha atendido ele até no sábado... (...) então assim... **orientei... esclareci a família** de que “olha... tem que ficar atento...” né... porque ele estava freqüentemente falando de morte... (...) no começo da segunda-feira eles me ligaram... a mulher me ligou dizendo que ele tinha tentado suicídio e eles tinham encontrado ele com uma corda... (...) aí eu antecipei o horário... fui até lá... **mas é assim eu vivia com esse paciente por vinte e quatro horas...** então esse dia foi muito marcante para mim... porque eu **lidei com** essa coisa da **tentativa de suicídio** bem de perto... assim... né... (...) e quando ele precisou internar... aí foi uma pessoa d... o técnico de segurança... que trabalhava junto com o RH... assim que... que era uma pessoa que dava apoio ao atendimento... ele foi dirigindo o carro da empresa... aí levou o paciente... a esposa e **eu para mediar a internação... hospital...** (...) porque na entrevista... e aí teve um momento que **eu fiz parte** no contato com o médico **junto com a esposa...***

Quando surgem na narrativa os verbos *orientei*, *esclareci* estamos perante ações de quem ocupa um lugar de saber, de conhecimento. Entretanto, há um *mas* que surge no discurso e revela uma oposição entre o saber e o viver, ou seja, entre o que é da

ordem intelectual e o que é da ordem emocional e por isso *muito marcante*. O que torna a experiência marcante é o lidar *bem de perto*, isto é, a proximidade com o risco do paciente é o que deixa sua marca na at. O *bem de perto* introduz a noção de diminuição ou mesmo anulação de distância. Essa diminuição reaparece noutro contexto quando, neste mesmo discurso, a at ocupa o lugar da mediadora -- *eu para mediar a internação*. O lugar da mediação, na verdade, está presente sempre, pois a at sempre se encontra no meio das relações (at – empresa – paciente, ou at – família – paciente). Esse lugar nos remete aos discursos que, como veremos adiante, falam do AT como “ponte”, ou seja, como algo que encurta distâncias.

Lugar do acolhimento, mas também da pressão, lugar do cuidado e da conversa, lugar do saber, mas também da dúvida e da incerteza, lugar da disponibilidade, mas também do risco da ausência de limites, lugar da mediação: eis alguns dos lugares postos pelo fazer do at.

Cabe destacar, que seja como for, com as características que for, o AT é sempre reconhecido como tendo efeitos, como produtivo, como eficaz em alguma medida. Isso não se questiona. Ele tem potência.

Riscos e potências

Da mesma maneira que encontramos esta at, como dissemos acima, em risco de ser absorvida por seu trabalho, também já encontramos uma outra que corre o risco de ser absorvida pelo delírio do paciente e, agora, nos deparamos com uma at que se apresenta correndo riscos quanto a sua integridade física:

*... então muitas vezes eu saio com ela pra resolver coisas dela..... então assim... eu vou... **tem que** atravessar com ela a rua... **eu tenho** que dar o bra... **ela me dá** o braço... porque ela anda devagar... ela tem dificuldade de andar... e os carros na rua você sabe como... você está na faixa de segurança... mas... é aquela coisa... o carro está vindo em velocidade... então eu fico muda... porque diferente de você estar andando sozinha... você vê o carro... você acelera o passo... você está ali com uma pessoa... você está ouvindo o que ela está falando... porque muitas vezes ela atravessa a rua falando alguma coisa dela... **e eu estou ali né... cuidando para dar um apoio e apressar um pouco o***

*passo... porque o carro está vindo... e... ao mesmo tempo... você está escutando o que ela está falando né... **quando dá a oportunidade**... muitas vezes assim... na hora que ela... a gente... “agora vamos descer aqui?”... “vamos”... vamos descer a calçada... e tal... e falei assim: “agora vamos rezar pra esses carros não atropelar a gente”... aí ela morre de dar risada... (Maria Antônia)*

O discurso nos apresenta a exposição de ambas, at e paciente, aos riscos reais, materiais. E a at sente-se *grudada* na paciente *distraída* dos perigos que correm. Num primeiro momento, o que notamos é a at numa obrigatoriedade de ações: *tem que*. Contudo, quando interrompe a palavra *braço*, mostra que a ação não parte dela, sua obrigatoriedade não está em ir, em oferecer o braço, e por isso, em seguida, faz uma retratação do que dizia, mostrando que a ação parte da paciente. Portanto, a at é colocada no lugar passivo de suporte. Prossegue com uma narrativa que nos vai tirando o fôlego, criando imagens que contrapõem a aceleração dos carros com a lentidão da paciente e que, mantendo a at no lugar da passividade e da impotência, faz com só lhe reste rezar!

A impotência e a passividade das ats aparecem em vários discursos e de várias maneiras. Uma delas surge no caso apresentado no discurso de Maria Antônia:

(...) então vamos... vamos aí... e ele tinha demorado de sair do quarto... mas ele saiu depois de quase uma hora que eu estava lá... tinha mais uma hora e meia... (Maria Antônia)

A at se apresenta como alguém que é deixada em espera, em estado de passividade.

No entanto, não são apenas riscos e impotência que marcam o trabalho do at, como podemos ver na fala de Maria Dolores, que se apresenta num acompanhamento no qual seu papel é muito ativo:

(...) nesse combinado de que eu ia tá ali e de que era um espaço dele e de que era importante ele bancar e de fazer as coisas junto mesmo, de ser parceira, de poder ir com ele sujar o pé na fazenda, de poder ir com ele jogar bola... (...) Então tem essa questão do dia a dia deles, do cotidiano, da situação, história de vida que eu acho que facilitava muito receber alguém

que tava ali pra ouvir, pra ficar junto, pra oferecer afeto. (Maria Dolores)

Esta at se coloca inicialmente como passiva -- *eu ia tá ali e de que era um espaço dele... de ser parceira, de poder ir com ele sujar o pé na fazenda, de poder ir com ele jogar bola...* --, porém, logo a seguir, essa passividade se revela como realmente sendo atividade, pois *facilitava muito receber alguém que tava ali pra ouvir, pra ficar junto, pra oferecer afeto.*

Maria Dolores prossegue e nesse prosseguimento a atividade dela é que produz a do paciente:

(...) e aí a gente fazia várias atividades assim.. é.. a gente jogava alguns jogos, em alguns momentos juntos com as outras pessoas da casa pra pensar nas possibilidades de estar junto com essas pessoas da casa de outro jeito. Às vezes a gente tomava café na mesa com as pessoas da casa... é... por conta de pensar as regras da casa, como era respeitar as regras do pão, do leite, de tudo e conviver com os irmãos e as outras pessoas da casa. Às vezes a gente jogava muito vídeo game que era uma coisa que ele gostava muito de fazer e que era interessante porque .. é.. ele mostrava várias coisas ali no jogo de vídeo game. Ele não me deixava.. é.. ele queria que eu jogasse, depois não me deixava mais jogar porque ele queria jogar .. é.. era bem legal, a gente jogava muito futebol, bastante. No futebol foi que eu virei meio brother dele (risos) .. assim porque meu, eu era uma pessoa que jogava futebol com ele. ‘Quem é esse terapeuta que joga futebol?’ (risos) Entendeu? ‘Que vai de tênis e joga futebol e dá rasteira!’ E daí acho que era importante assim essa aproximação pela brincadeira bem de igual pra igual assim... pensando que eu era alguém que tava ali do lado que podia jogar futebol e também podia falar das coisas difíceis. A gente também fazia algumas atividade de pintura, às vezes, ele fez um quadro bem bonito. Então a gente às vezes desenhava, teve uns desenhos bem significativos que ele fez de família, de futuro, de... a partir dos desenhos a gente conversava bastante das questões da família e a gente fez alguns passeios também, algumas saídas, porque sempre que ele fugia.. a maioria das vezes que ele fugia ele ia pruma fazenda ali perto, então ele me convidava pra ir nessa fazenda com ele. (pausa) Ele me chamava pra essa fazenda, lá a gente via os porcos, pisava em merda de porco (risos), corria dos cachorros, era mega a vida da fazenda mesmo assim.. e aí no dia que ele queria me convidar pra ir na fazenda, ele falava: ‘olha, semana que vem você vem com a roupa de fazenda’ (risos). Aí eu tinha que ir com a roupa da fazenda... (...) E daí tinha isso, essa época de ir pra essa fazenda, entender porque ele gostava dessa fazenda... (...) Daí ele se sentia muito

bem ali, então tinha essas saídas ali com ele. Ai teve umas outras saídas pra cidade, pro centro, pra procurar uns esportes, umas coisas que ele queria fazer, teve umas saídas pra pegar rabeira de caminhão (risos), saída pra subir em árvore .. é.. e dentro do abrigo também a gente ficava bastante na área externa da casa .. é.. explorando bastante o espaço assim.. conhecendo de outro jeito aquele espaço que ele habitava assim.. (...) Mas tinha essas atividades assim de ficar em casa desenhando, jogando e essas outras de futebol, de sair, da fazenda. E as conversas se davam assim nas pausas do futebol que a gente falava de algumas coisas que tavam difíceis nesses momentos mais em casa ... é.. ou no caminho até os lugares que a gente ia passear. Ai se davam mais essas conversas de falar mais do sofrimento um pouco. (Maria Dolores)

Embora seja evidente que a atividade parte da at, o que também aparece é a narrativa do papel dessa atividade para criar a do paciente, e por esse motivo a atividade surge como o *fazer junto* e o *estar junto*, tornando claro porque reaparece o *a gente* como sujeito, de *igual para igual*. A at e o paciente ficam próximos por meio das brincadeiras -- *No futebol foi que eu virei meio brother dele*. Mas não apenas isso, pois ela é ainda alguém que está *ali ao lado* com quem se pode falar das *coisas que tavam difíceis*, ter *conversas de falar mais do sofrimento*. Além disso, a atividade de sair está ligada à procura do que o paciente gosta e quer fazer, ou seja ao desejo do paciente; e o ficar no abrigo liga-se à exploração e ao conhecimento do espaço pelo paciente. Há ação comprometida e prazerosa. Existe um contrato – *nesse combinado* - constituído de um ou dois pontos que, embora não estejam explicitados parecem girar em torno de compromissos mútuos, de confiança, brincadeiras sérias que envolvem prazer e conversas nos intervalos de tudo isso.

Essas atividades do at, no discurso acima, surgem bastante planejadas e, por essa razão, é interessante contrapô-lo a um outro no qual o at se apresenta como o que lida com o inesperado ou com o inusitado. É um extrato em parte já conhecido do leitor, mas que nos servirá para mostrar outro aspecto pelo qual o at se apresenta e com isso veremos ser introduzido o tema das dificuldades enfrentadas pelas ats em suas lidas.

As dificuldades

Um fato digno de nota é que, com exceção de uma das ats, todas as outras, ao serem solicitadas a contar um dia de AT, contaram um dia considerado difícil por elas. O tema da dificuldade assemelha-se ao do lugar, isto é, assim como o lugar são lugares, assim também a dificuldade são dificuldades.

O discurso a seguir apresenta a experiência pela referência dos sentidos, sentimentos e afetos, numa linha tênue que separa a at da loucura do paciente:

... difícil eu acho que quase todos os Acompanhamentos Terapêuticos são... porque sempre tem muita coisa inesperada... em cada dia de Acompanhamento Terapêutico... e aí você tem que... do momento você tem que tirar da casaca alguma coisa... né... ou então ficar ali do lado recebendo aquele inusitado e vendo que que se faz... então... assim... é sempre muito difícil... eu acho uma atividade difícil... não é uma coisa fácil... mas esse dia assim mexeu muito com meu afeto... tanto porque que eu me senti em filme... eu me senti muito numa... como, como se eu estivesse dentro de uma dimensão surreal assim... então mexeu comigo em várias coisas... sabe... e até de ser isso mesmo sabe?... éh... não saber o que fazer... não sabia se dava dados de realidade ou se embarcava no desejo... no sonho pirado do paciente... sabe... que que eu fazia? (...) ... quer dizer um monte de conflitos que passavam ali assim, em relação ao meu procedimento... Que que eu vou fazer agora? Qual que vai ser o melhor pra ele?... (Maria Paula)

A dificuldade - o *difícil* de *quase todos Acompanhamentos Terapêuticos* -, numa primeira aproximação, aparece como decorrência, (como já vimos ao comentar anteriormente esse trecho da entrevista), do não saber, do inesperado, do inusitado nas situações, das dúvidas quanto aos procedimentos, dos conflitos quanto a posicionar-se frente ao desejo do outro, ao *sonho pirado* do paciente.. Por isso Maria Paula diz que essa é uma *atividade difícil*. A entrevistada traz à cena a dificuldade de *ser at*.

Ser at, em seu discurso, é receber o inesperado e agir de alguma maneira – *tirar alguma coisa da casaca* - ou ficar na passividade, sem saber o que fazer.

A dificuldade, porém, não está apenas na ausência de um saber que determinaria com certeza o que fazer, mas também se aloja nos afetos: *não é uma coisa fácil... assim mexeu muito com meu afeto(...) um monte de conflitos*. A dimensão afetiva da dificuldade surge como *dimensão surreal*: depois de, no começo, invocar a cartola do

mágico, a at diz que se sentia num filme, equiparando-se ao seu paciente delirante, indissociada dele e dissociada de si mesma (via-se noutro lugar, isto é, num filme)

Uma outra dificuldade está situada nos obstáculos para estabelecer uma relação em que o paciente acolha o at e se sinta acolhido por ele.

*(...) e foi um AT difícil, este dia, foi um dia difícil não só por ser o primeiro, mas porque... **ela** tava muito na defensiva, **ela** tava muito preocupada em **me** falar quais eram os sintomas e como **ela** poderia melhorar, né?... (...) e eu digo que a dificuldade ela veio neste dia porque qualquer coisa que **nós** pudéssemos conversar **ela** se sentia investigada... né... Então qualquer coisa que **a gente** tentasse conversar... (...) Então o tempo inteiro ela achou que eu estava investigando a doença... né... Nem um momento ela achou que eu tivesse ali pra cuidar dela... inteira, ela achou que eu tava ali só para cuidar dos sintomas dela... Então... este dia foi um dia bastante difícil, porque? Por essa defesa, porque ela não queria, ela não me propunha nada, né? (...) Né, essa é uma experiência de AT quando você se dá conta, que você se depara com alguém, que já se colocou no mundo como um conjunto de sintomas, né... Eu acho muito difícil. Quando você chega diante de alguém, que a pessoa não consegue mais se reconhecer, ela só reconhece ahn... o sintoma nosológico... (Maria Cristina)*

Maria Cristina formula a dificuldade posta pro uma paciente que está *muito na defensiva*. A resistência da paciente aparece de maneira muito peculiar: a paciente quer ser agente, pois estava *muito preocupada em me falar quais eram os sintomas e como ela poderia melhorar*, e, ao mesmo tempo se coloca como paciente, pois considera-se doente, *alguém, que já se colocou no mundo como um conjunto de sintomas*. Essa indeterminação do lugar da paciente traz a verdadeira dificuldade, isto é, a paciente vai estabelecendo com a at uma relação que não corresponde à relação que esta considera necessário estabelecer, isto é, *Nem um momento ela achou que eu tivesse ali pra cuidar dela... inteira, ela achou que eu tava ali só para cuidar dos sintomas dela*. A dificuldade é o desencontro do encontro. A at se percebe ocupando um lugar de imobilidade e de impossibilidade, mas que não é apenas seu e sim também da paciente que, *porque ela não queria, ela não me propunha nada*. Assim, a paciente “*não queria*”, “*não propunha*”, “*não se reconhecia*” e a at se depara com isso. Essa dupla imobilidade é, na verdade, descrita como um jogo de forças que paralisava a at como se a capturasse numa teia de aranha.

A dificuldade como jogo de forças ou de poder reaparece na entrevista de Maria Isabel.

(...) acho que o que mais foi difícil desse processo foi o fato do abrigo ter dificultado meu contato anterior com a família que seria um, de certa forma como eu já acompanhava o X. teria sido muito mais fácil se eu tivesse conhecido a Y. antes, soubesse como que tava a situação familiar, o que que eles necessitariam saber, orientação... Acho que isso foi o mais difícil no processo do acompanhamento, mas com a criança e com a família não porque tava todo mundo disposto a formar uma família, a ser uma família até pelas histórias de vida. (...) Bom, eu não diria que é fácil porque se a gente chegar nos ATs e achar que é fácil a gente vai dar com a cara na porta, mas eu acho que foi uma experiência que durante o seu processo teve suas situações de dificuldade, mas como era uma família muito que queria muito uma coisa que todos estavam disponíveis a isso terminou facilitando... (...) mas eu não diria que foi fácil, fácil não foi, teve vários obstáculos a se enfrentar acho que o papel do at não é um papel fácil a gente vivencia sentimentos, a gente vivencia emoções ... é... que eles vivenciam então a gente sente o que eles sentem também, mas como a família estava bastante empenhada foi um processo que facilitou pra que tudo isso acontecesse. (Maria Isabel)

Neste discurso, há um intermediário da relação at-família/paciente que é identificado pela at como o gerador de dificuldade – o abrigo. A relação entre esse intermediário e a at, aparece como um jogo de poder que não permite que ela tenha acesso a certos conhecimentos facilitadores da sua futura relação com a família - *que isso foi o mais difícil no processo do acompanhamento*. A at aparece ocupando o lugar do mais fraco nessa relação. Já em relação à família, porém, a at se posiciona como aquela que possui um conhecimento que a habilita a orientar o paciente/família porque *todo mundo [estava] disposto a formar uma família, a ser uma família*. Em outras palavras, todos estavam dispostos a aceitar um AT.

O que surge no discurso, portanto, é a disposição do paciente como o fator facilitador de um trabalho -- *a família estava bastante empenhada foi um processo que facilitou pra que tudo isso acontecesse*. Isso, entretanto, não exclui o fato de o trabalho de AT seja, em essência, sentido como difícil e que deva ser percebido dessa forma, para que não se dê *com a cara na porta*. A dificuldade do trabalho surge, portanto, como premissa do papel do at.

O que esse discurso nos mostra também é a indeterminação, seja pelo uso do verbo no condicional *diria*, seja a não especificação dos *vários obstáculos, sentimentos, emoções*.. Além da indeterminação, há também indiferenciação do sujeito da ação, da sensação, da emoção, pelo uso do pronome indeterminado *se* e pelos *a gente* e *eles* que não são em momento nenhum identificados.

Maria Isabel se apresenta de forma indeterminada quando generaliza o at como um *papel*. Aquele que assume esse papel é referido pelo uso do *a gente*. Esse *papel* enfrenta uma nova dificuldade, exatamente oposta à dificuldade inicial. Ou seja, no início do relato, a dificuldade vinha do exterior – o abrigo --, mas agora ela vem do interior, daquilo mesmo que facilitava a ação da at – todos estavam dispostos; a dificuldade, para a qual parece não haver escapatória, é a vivência de sentimentos e emoções compartilhados entre pacientes e at -- *eles vivenciam então a gente sente o que eles sentem também*.. Dessa maneira, o lugar ocupado pela at é de indiscriminação em relação ao paciente.

Assim como a família pode ser percebida como elemento facilitador, também pode ser o elemento portador da dificuldade.

(...) *ela me vê ali como alguém que vai fazer a filha dela voltar pra escola e essa questão é uma questão muito secundária e ela não consegue perceber isso. (...) e aí eu acho que o mais difícil tá que, por ela não conseguir perceber que mesmo a gente pontuando, falando... fica difícil porque ela vê o at só como se fosse um salvador da pátria, um salvador do mundo, esse tá um pouco mais difícil por conta disso.* (Maria Teresa)

A dificuldade se estabelece na relação da at com a mãe da paciente, que a coloca como salvadora - *ela vê o at só como se fosse um salvador da pátria, um salvador do mundo, esse [AT] tá um pouco mais difícil por conta disso*.

Mais uma vez, encontramos uma at que mostra querer ocupar na relação um lugar diferente do que vê lhe ser atribuído. Tanto em um caso como no outro, esse lugar é um lugar de saber que a at não assume para si. No extrato anterior era um saber sobre a doença e os sintomas que permitiriam a at, no que esta percebia da posição da paciente, cuidar da paciente, ou seja, cuidar de seus sintomas. No caso presente também é um sintoma que é apresentado, a recusa da filha em ir à escola, e esta at coloca-se, como a outra, em uma postura de discordância em relação ao que lhe é solicitado fazer.

É essa falta de concordância entre as partes da relação que as ats apresentam como difícil para sua atividade.

Há uma entrevistada que caracteriza seu fazer ativo, sua atitude não passiva empregando a expressão “*foco de atenção*” como um determinante da relação que a at estabelece com o paciente:

*...às vezes eu saio... sentindo... fuu... nossa... exausta do esforço que é feito ali... pra eu ficar olhando todas aquelas situações... (...) se eu estou com o paciente dentro carro... (...) é... eu já percebi assim... muda o ambiente do carro... sabe assim... muda o meu jeito de estar no carro... (...) parece que existe algo que circula invisível ali... que circula a relação e que muda... aí eu saio daquele contato com o paciente... acabou... é como se assim... fechei a clínica... estou saindo... o que que muda é o **foco da minha atenção**... porque... é... eu estou ali no objetivo dirigindo o carro com o paciente... mas o foco é a direção que eu estou tomando é a direção que é voltada para ele... (...) então assim... toda a rua tem um significado diferente naquela hora assim... (...) é... você participar de transgressões no trânsito... por exemplo... às vezes é objeto de trabalho ali na hora... (...) então assim... são essas situações cotidianas... assim no AT que é muito interessante... assim... que dá esse aspecto de... de que... aos olhos de quem está de fora... assim... nossa... que trabalho que é esse né? Você está aqui com a pessoa... **você está fazendo o quê... né? ...Estou trabalhando**... porque já aconteceu situação assim... de eu estar com o paciente num shopping... assim por exemplo... pessoas me viram... cumprimentei a pessoa “olá... como vai... tal”... mas de uma forma não assim esp... como se eu estivesse sozinha... né... sem estar com o paciente lá... e aí vou e depois encontrar a pessoa e fala assim... “nossa... você estava tão séria aquele dia e tal... né... e era seu amigo... aquele dia?”... “Não... era meu paciente e **eu estava trabalhando**”... “trabalhando... é? mas o que que é isso... que você está trabalhando?”... (...) aí as pessoas fazem piadinha... “ai... mas esse trabalho é muito bom... né? vai passear no shopping... vai não sei o quê... vai sair pra rua... isso é muito bom... e quer dizer que e se o paciente quiser ir na festa... você vai?”... (Maria Aparecida)*

O discurso mostra que sua atividade é um trabalho -- *Estou trabalhando* -- e que este exige algo muito preciso, o *foco da atenção*. Com esta expressão, ela caracteriza, de um lado, o que muda quando passa do consultório para o AT, e de outro, a exaustão do trabalho como at.. No entanto, seja no consultório, seja no AT, ela apresenta o *foco de atenção* como aquilo que determina a relação dela com o paciente, fazendo com que

tudo o que se passa entre eles e à volta deles tenha significado de objeto de trabalho in loco, *objeto de trabalho ali na hora*. Dessa maneira, a atenção focada surge como *esforço* e este a deixa *exausta*.

A entrevistada também diz que o que faz o AT *muito interessante* são as *situações cotidianas*. Estas mesmas situações é que fazem com que os que estão de fora -- *aos olhos de quem está de fora* -- questionem a idéia de que o AT seja um trabalho. Ou seja, o cotidiano aparece no discurso como objeto de interesse para a entrevistada, e como objeto de estranheza para os outros quanto ao trabalho realizado por ela -- *trabalhando... é? mas o que que é isso... que você está trabalhando?*” (...) *aí as pessoas fazem piadinha... aí... mas esse trabalho é muito bom...* Essa estranheza surge como algo que coloca a at num lugar de incompreensão. A entrevistada se apresenta posta num lugar ridicularizado, menosprezado; se vê em posição de ter que justificar seu trabalho, o que faz, porque faz. O trabalho exaustivo, a atenção focada e todas as dificuldades que aparecem nos discursos das ats, parecem não ser evidentes para quem *está de fora*, e o trabalho realizado parece não ser compreendido nem levado a sério por essas pessoas *de fora* como é mostrado pela piadinha referida pala at quando lhe dizem que *esse trabalho é muito bom*.

As facilidades

Ao se remeterem a um dia fácil em contraposição às dificuldades da atividade, as ats sempre se referem aos sentimentos:

... *um dia fácil...* (...) *...é um dia assim... foi um dia que...(.) ...e foi um dia que eu acompanhei essa menina pra... ahn... numa sorveteria... né... e aí a gente se divertiu... a gente tomou sorvete... então ela estava assim... e ela contando as coisas de adolescente dela (...) a gente riu bastante... então acho que esse foi um dia fácil...* (Maria Paula)

Maria Paula apresenta como um dia fácil, aquele no qual ela se mostra em parceria com a paciente --*a gente*, empregado para se referir a coisas que as duas fizeram juntas, coisas prazerosas, para ambas. Vivem situações ordinárias repetindo

papéis bastante semelhantes aos que lhes caberia numa relação amistosa entre uma mulher e uma adolescente, diferente, portanto, da cena esperada do AT.

É também a parceria que surge no relato de Maria Cristina sobre o dia fácil:

*(...) O dia que **eu** e **uma** paciente encontr, **nos** encontramos, ahn... diante de... gostos literários muito parecidos. Esse foi um dia fácil. Por que que ele foi fácil? Porque... através de textos lidos **junto**, nós podemos **nos** reconhecer mais e **nos** encontrar mais. Esse foi um dia fácil. Quer dizer, na verdade não é que ele é "fácil", acho que não é essa a palavra talvez, "fácil", mas eu acho que é um... um AT ahn... menos angustiante ... Porque **a gente** fica angustiado. Por exemplo, eu acho que **eu** fico angustiada, principalmente quando **tem** um sofrimento muito grande e que... num sei, tem que ter muita paciência, principalmente **a gente**, porque o paciente já tem... dentro das limitações dele já tem, né... mas **a gente** tem muita paciência pra dá conta da **nossa**... intranquilidade, da **nossa** impotência... em ajudar alguém que está sofrendo, como ele...(Maria Cristina)*

Esse discurso nos apresenta um *nós*, a at e a paciente que estão *juntas*. Esse *nós* é o que aparece no discurso como elemento facilitador do trabalho da at. Esta nos mostra que é a relação com a paciente, a maneira de acontecer dessa relação que é o elemento facilitador, pois assim elas estão representadas ocupando lugar de igualdade na relação, não aparece um jogo de forças no qual uma busca dominar ou resistir à outra.

Contudo, surge no discurso um *quer dizer* que nos conduz a outra direção. O fato de haver uma identificação entre at e paciente pode levar a um dia no qual o sentimento da at seja de *menos angústia*. Ou seja, para esta at, há uma presença continua de angústia para quem realiza esse trabalho, uma vez que, em seu discurso, é enunciado um sofrimento sem sujeito -- *tem um sofrimento*--, mas quem o tem? Dessa forma, o sofrimento, que paira no ar, atinge paciente e at. Mas é também esse sofrimento que separa aquelas que estavam juntas (at e paciente) e conduzem a at a uma outra junção: agora ela aparece junto de seus pares e *a gente* é, agora, algo diferenciado do paciente. A junção entre at e paciente pelo sofrimento precisa ser substituída pela disjunção, operada pela junção da at com os outros ats, porque é isso que permite a *paciência* para poder lidar com outra coisa que é *nossa*, ou seja, da at e de seus pares: a *intranquilidade* e a *impotência* para *ajudar alguém que está sofrendo*.

É interessante notar que nessa outra entrevista o discurso nos mostra o AT como *gratificante* e não propriamente fácil.

(...) vamos dizer... **fácil de AT**... acho que com esse paciente que eu te falei do rapaz que fica trancado no quarto... teve alguns momentos que... assim... olhando pra situação dele... vamos dizer assim... que foi surpreendente primeiramente para mim... por conta desse processo dele de resistência... mas que foi algo **não sei se fácil... mas acho que gratificante**... porque ele propôs uma atividade que eu nunca imaginava que ele... na condição dele e no jeito que ele se mantinha hostil ele pudesse solicitar aquele tipo de coisa... que foi ir no... no clube... (...) então ele entrou lá... entrou lá e foi um dia que ele falou de planos da vida dele... de coisas assim... (...) porque assim... eu senti que... tudo aquilo que estava acontecendo estava representado naquele momento ali... né... ele estava abrindo um brecha da confiança dele... assim sabe... **eu me senti gratificada**... nossa... ele está confiando em mim... (...) ... **mas eu não sei dizer se tem atendimento fácil**... (...) não vejo fácil... (...) Porque a gente é convidado a estar muito tomando conta de si... do outro... do que está acontecendo... das interferências... de todo esse contexto... né... (...) então assim... **eu lido com a complexidade**... né... fácil... fácil... acho complicado dizer coisa fácil... porque o fácil te põe num lugar assim de que ah... você se relaxa um pouco né de... (...) ... **mas acho delicado falar de facilidade... para mim parece banal falar que é fácil**... (Maria Antônia)

Maria Antônia se apresenta em um lugar de quem foi surpreendida, ou seja, pega de surpresa, mas uma surpresa boa, nomeada por ela de *gratificante*. Essa surpresa que gratifica é o lugar em que o paciente a coloca. Ele, ao ser mostrado como saindo do lugar de resistência, é visto pela at como a colocando num lugar de confiança. Dessa maneira, com essa at, assim como com outra referida acima, encontramos os lugares de confiança e confidência como lugares percebidos pelas ats como zonas de conforto, a partir dos quais falam de dias fáceis de acompanhante.

Entretanto, surge também nesse discurso um “mas” - *mas eu não sei dizer se tem atendimento fácil* -- e o discurso sobre o dia fácil, identificado como vimos com a gratificação e a confiança, não pode mais ser nomeado em termos de facilidade, mas é acrescido de outro elemento, a complexidade - *eu lido com a complexidade*. Esse termo faz surgir a impossibilidade de relaxamento. Deste modo, a at se representa como a que não pode relaxar no trabalho e, dessa maneira, torna impossível nomear um dia como fácil, pois corre o risco de banalizá-lo -- *para mim parece banal falar que é fácil*.

Contudo, podem existir facilitadores:

*(...) então eu **acho** que essa questão do **vínculo**, do **afeto**, **acho** que foi despontando nas duas partes. **Acho** que foi o que facilitou o Acompanhamento, **tanto que** quando eu chego na casa da irmã, ele já chega falando: ‘ah, ela é minha acompanhante terapeuta’, era assim que ele me chamava, acompanhante terapeuta... (Maria Isabel)*

Maria Isabel aparece neste enunciado sendo nomeada pelo paciente, ou seja, reconhecida por ele em seu fazer -- *ele já chega falando... é minha acompanhante terapeuta*. Esta é a certeza que aparece neste extrato recheado de incertezas que nos são indicadas pelo uso de *eu acho*, ao qual, porém, ela procura imprimir certeza ao dar uma forma demonstrativa ao que acha, dizendo *tanto que*. A certeza se refere ao ocorre na relação enquanto *vínculo* e *afeto*, que *foi despontando nas duas partes*. O investimento afetivo da at e do paciente é, assim, facilitador do Acompanhamento.

O lugar do corpo no Acompanhamento

O que veremos também é que as ats em seus discursos apresentam o corpo como, muitas vezes, facilitador, mas sempre como mediador da relação com o paciente.

(...) Só que você imagina que lá tem gente que tem problema, desses nossos que estavam comigo que tem problemas físicos, cegos, ahn... outros mal caminhavam, né? Assim, não só problema físico, ahn... problemas nas pernas mesmo, né... de... de... de ter meia perna só, né? Ahn... assim, problemas muito graves, né? (...) Só que era muito difícil porque tinha que fazer muita força, por exemplo, tinha uma pessoa cega junto comigo, uma pessoa sem meia perna, e ela não tinha a menor noção de onde ela estava e ela se jogava mesmo, né? (Maria Cristina)

A at traz para a cena pacientes com diversos tipos de problemas físicos que devem ser amparados por ela. A imagem da at tendo que fazer *muita força* nos mostra que, na relação com os pacientes portadores de alguma deficiência física, o at tem que sustentar corpos que se lançam – *ela se jogava* – sem noção de onde estão e para onde vão.

Quando os corpos não se lançam, aparecem no discurso fusionados ao corpo do at:

(...) agora dentro do Acompanhamento Terapêutico... na ação direta ali... no vínculo(...) dessa questão do fazer até (...) a questão do cuidado... do holding... da sustentação... sabe... que... vamos dizer... é muito parecido no Acompanhamento Terapêutico... quando você dá aquela sustentação quase que integral... né... que ao primeiro momento é como se você até realmente tivesse uma fusão de corpos... né... como se o paciente até... te identifica até mesmo como... como uma mãe suficientemente boa... sabe... que você é criação dele... e você deixa ele usar você como isso pra poder pouco a pouco ir da... ir possibilitando a independência dele né... a autonomia... que ele vai separando... (Maria Paula)

Essa narrativa traz para a cena o corpo do at no AT numa *fusão de corpos*, de maneira que o at não se diferencia corporalmente do paciente, ele se funde, se mistura com o dele. Mais uma vez, a indiferenciação at/paciente surge no discurso e agora vem justificada pela teoria (o “*holding*”). Assim, a indicação que a at oferece de uma sustentação *quase integral*, traz o *quase* para diminuir a força do *integral*, porém, mesmo assim, o at deixa de existir como sujeito diferenciado, posto que serve de sustentação quase total, está fusionado com outro corpo, Mais do que isso, seu corpo se torna uma criação feita pelo outro para ser usado por este -- a *mãe suficientemente boa*.

A presença do corpo é uma constante nos discursos das ats:

*(...) principalmente no manejo do corpo, né?... do corpo do analista ou do at, né, do que outra coisa. A gente se permite mais emprestar o nosso **corpo físico** ao paciente de AT... né? Porque para o paciente da clínica a gente empresta o nosso corpo, **mas** de um outro jeito... acho que seria desse jeito **menos físico**, né? Seria, ahn, ahn, poder significar algumas experiências através do nosso corpo, através da transferência, da contratransferência, enfim, né? E que... no AT você empresta o corpo físico sim, porque se tiver fazendo falta pegar, cê vai pegar sim, porque se você tiver que segurar pra não bater, cê vai segurar! (...) O paciente fazendo uma manifestação de agressividade cê não vai deixar pra ele ou se machucar ou machucar alguém. Cê vai ter... um manejo... físico, né... ou cê vai acolhe-lo no seu colo num momento de dor... (...) claro que numa questão de agressividade no consultório, cê até faz essa contenção, digamos assim, entre aspas, né... dá esse limite*

através do seu corpo, mas acho que nós temos como um... do paciente te abraçar de um jeito diferente... querer te tocar de um jeito diferente e se você se permitir... ser tocado... no cotidiano, por exemplo, isso quase nunca acontece... (Maria Cristina)

Nesse discurso, encontramos a at que *empresta* seu corpo para o paciente. O corpo do at é apresentado como aquele que *pega, segura, acolhe no colo, abraça, toca e é tocado*. O discurso propõe uma diferenciação entre o empréstimo corporal feito pelo at no AT e o empréstimo que ela diz ser feito na clínica, isto é, no consultório: *Porque para o paciente da clínica a gente empresta o nosso corpo, mas de um outro jeito... acho que seria desse jeito menos físico, no consultório*. O discurso não esclarece exatamente qual seria a diferença, pois pareceria ser apenas de grau, ou seja, tanto no AT como na clínica, empresta-se o corpo ao paciente, mas na segunda o empréstimo é *menos físico* do que no primeiro. Podemos supor, no entanto, que a diferença é de natureza e não de grau, isto é, o empréstimo na clínica é imaginário, ou seja, a a transferência, enquanto que no AT é físico propriamente dito.

Há um extrato de outra at que parece condensar de uma só vez o que foi apresentado nos outros dois acima:

(...) ele falou que tinha muito medo de me perder porque foi assim com a mãe dele porque a mãe dele abandonou ele e ele ficou numa posição fetal né? No meu colo e colocou a cabeça no meu colo, mas numa posição bem fetal mesmo e aí foi aonde ele falou que não gostava da mãe dele porque a mãe dele tinha abandonado... (Maria Teresa)

O discurso narra um momento de desamparo do paciente no qual ele é acolhido pelo corpo da at que o apóia no colo. Esse discurso nos mostra a at ocupando o lugar de mãe, da mãe que dá sustentação e amparo. Como o lugar ocupado é o da mãe boa ou acolhedora, esse discurso oferece de deixar transparecer algo implícito que esclarece porque o corpo é uma referência constante nos discursos dos ats, ou seja, a realização física daquilo que, na Psicanálise (winnicottiana), se realiza imaginariamente, pois vimos, no exame da literatura sobre AT, a importância da referência psicanalítica.

Podemos, então, ver como, em seus discursos, as ats apresentam o corpo como marca do fazer do at:

(...) Em alguns momentos quando a gente se encontrava junto dos irmãos ela queria o meu colo, uma disputa pelo meu colo, o tempo todo. Aí o X. via aquilo e queria disputar meu colo ficava uma briga, (risos)... uma briga pelo meu corpo. Porque hoje eu consigo olhar melhor pra isso, como eles disputavam o próprio corpo deles, de conseguir enxergar esse corpo e foi através do meu que teve essa possibilidade de se olhar enquanto ser humano. Até que eles conseguiram sentar em roda sem ficar disputando o meu colo... (Maria Isabel)

É interessante notar que esse discurso apresenta o corpo do at, a disputa por seu corpo que estava ali presente e disponível para dar colo, como a possibilidade dos pacientes reconhecerem seus próprios corpos. É a presença do corpo do at que torna possível aos pacientes enxergarem seus próprios corpos como humanos: *foi através do meu que teve essa possibilidade de se olhar enquanto ser humano.*

Os discursos nos apresentam, portanto, o corpo como mediador contra o sofrimento psíquico.

O lugar da formação de origem

Entretanto, não é ao corpo nem ao sofrimento que as ats fazem referência quando narram suas trajetórias profissionais que as levam ao AT. É um fato digno de nota como em todos os discursos o AT aparece como surgindo no meio do caminho das ats, não uma escolha, digamos, premeditada.

*...Da **minha** experiência... bom... **eu** comecei a fazer AT... comecei a **me** interessar por isso já faz bastante tempo(...) ouvi falar que tinha isso aí (...) **eu** me interessei bastante porque é uma coisa bem próxima a algumas atuações da própria **terapia ocupacional**...**eu** via que era bem próximo... então... sai muito pra ir na casa do paciente...sai também pra ir, pra ir ajudar o paciente em supermercado... em banc... assim uma certa coisa... e aí **eu** me interessei né, por isso aí (...) (Maria Paula)*

Essa cena centrada no *eu* narra a trajetória de uma terapeuta ocupacional. O discurso se refere ao Acompanhamento Terapêutico com o uso do pronome demonstrativo *isso* e apresenta a proximidade percebida pela at entre a sua formação de origem e o *isso*. É essa proximidade que Maria Paula identifica como fator de geração

de interesse pelo AT. Dessa maneira, o discurso mostra que a referência da at não foi modificada, permanece em sua profissão de origem e por isso, para falar de AT, a entrevistada remete-se à TO.

Podemos observar algo semelhante no extrato a seguir:

...Eu fiz faculdade de enfermagem... e desde o tempo de formação de graduação que eu tinha um olhar muito interessado pela psiquiatria quando eu tive contato com esse aspecto do humano... assim... eu procurei fazer esse curso por lidar com pessoas... pela questão da relação humana... (...) ... né... foi o que mais se aproximou... e eu procurei dentro desta área... dentro dessa formação acadêmica... aquilo que mais se encontrava com o meu interesse... que foi a área da enfermagem psiquiátrica... né... da saúde mental...(...) ... eu sempre queria ir para o lado da psiquiatria... de ser psicoterapeuta... aí eu comecei a fazer terapia... porque isso iria ajudar para alguma formação que eu fosse encontrar pra... (...) ...depois conheci uma professora que me convidou pra fazer o mestrado(...) ...aí eu trabalhei com a questão do cotidiano em instituição psiquiátrica (...) ...mas eu preciso fazer uma coisa junto com os pacientes... (...) mas o que vai me dar essas ferramentas de eu poder sentir que eu estou fazendo ali uma ação terapêutica... de ajuda... que eu vou junto com ele encontrar essa saída... e aí no final do mestrado eu fiz a formação de at... (...) assim... porque eu sempre gostei dessa coisa de ir na... de estar com a pessoa... na casa... na família... aquela coisa da enfermagem da prática da enfermagem que faz visita domiciliar... eu gostava muito de fazer visita domiciliar...(...) ... e isso como profissional enfermeiro que buscou uma linha de ação... né... e foi aí que eu cheguei na coisa do AT... (Maria Vitória)

Pela narrativa da at, de sua trajetória da enfermagem ao AT, nos é mostrado que a aproximação desta at com o Acompanhamento Terapêutico se deu pela identificação percebida entre sua profissão de origem e o AT. Ela se nomeia *enfermeira* e o que faz com que se represente como at é o que surge no discurso como *linha de ação*: *como profissional enfermeiro que buscou uma linha de ação... e foi aí que eu cheguei na coisa do AT*.

Dessa maneira, vemos que as ats se representam pelas suas profissões de origem e não pelo AT. Assim:

...Eu tava na faculdade, de psicologia, né... e um colega meu... disse que ele... ele tinha assim... tinha um trabalho e que eles tavam precisando de uma mulher e... daí... que ele achava

que eu ia me dar bem fazendo aquilo... daí... se eu queria ir lá e conhecer o psiquiatra... que ele trabalhava com um psiquiatra, né... daí eu perguntei o que que era o trabalho... e ele disse que... que era Acompanhamento Terapêutico... bom... Eu tava no segundo ano da faculdade e nunca tinha ouvido falar daquilo... daí eu pedi pra ele me dizer que que era aquilo... **mas ele disse pra eu ir numa reunião com o psiquiatra que eu ia aprender fazendo...** Bom... Falô em psiquiatra, no segundo ano de facul... lá fui eu... né... era uma reunião... que o psiquiatra fazia... assim... toda semana com os ats daquela equipe que atendiam aquele paciente... né... e... Eu... eu... achando que ia me inteirar de tudo... né... e o psiquiatra... também não me explicou bulhufas do que era pra fazer... mas... marcou o dia que era pra eu ir conhecer o paciente... No começo, né... eu ia com os outros ats... tinham... tinham... dois que eram psicólogos... esse meu amigo que tava no quarto ano de psico... e... e... dois psiquiatras... E daí... eu fui vendo lá que que eles faziam... e fui, assim... por imitação, né... sem entender direito que que eu tava fazendo... **Eu ia lá nas reuniões... prestava a maior atenção,** né... daí... quando tinha **aula de psicopatologia** na faculdade eu era a primeira a chegar... achando, né, que ali eu ia aprender o que fazer... daí... eu pedi pro psiquiatra alguma coisa pra eu ler... sobre o assunto... e ele me deu o único livro que existia na época... sabe... o das argentinas... daí, né... Eu sei que o tempo foi passando... e... e eu fui mesmo aprendendo aquilo... no começo eu duvidava... que ia entender qualquer coisa, mas... foi como eles falaram... e daí... **eu fui fazendo a faculdade... o meu trabalho me ajudava bastante a entender o que eu estava estudando,** né... assim... de tudo... e eu ainda tinha uma vantagem, né... que meus colegas não tinham... eu tinha uma prática na psico!... Depois... daí... eu me formei... e continuei trabalhando como at... **Daí é ir levando o consultório e o AT...** (Maria Teresa)

A narrativa desta at mostra que para ela há uma complementaridade entre Psicologia e AT. Aprende-se AT fazendo e, ao trabalhar como at, aprende-se Psicologia.

Neste discurso, os papéis de at e psicóloga não aparecem sobrepostos e sim como pares complementares: *Daí é ir levando o consultório e o AT.*

(...) E eu acho que... que essa característica de poder tá ali no contexto, de poder sair, vivenciar, experienciar coisas junto, que na verdade é da TO, é... é... é um manejo super bonito e que tem tudo a ver com o que a gente acredita que deve se estabelecer num vínculo assim, mas é isso, acho que isso é da TO... **mas eu acho que isso não é do AT, de verdade, isso pra mim é total da TO.** Isso pra mim é um jeito que os psicólogos arrumaram de ser mais leves, mais leves... mas pra mim isso é

*profundamente da TO , (...) É que eu só acho que tudo isso eu já achava, eu já tinha isso como característica da minha prática profissional antes de estudar o AT e eu acho que **todas as TOs inclusive as que não estudaram AT atuam exatamente assim.***
(Maria Dolores)

O discurso dessa at a posiciona como terapeuta ocupacional que não reconhece qualquer especificidade do AT e por isso não faz discriminação entre Terapia Ocupacional e Acompanhamento Terapêutico; na verdade, apresenta uma sobreposição dos dois, fazendo com que o AT, de fato, não exista. Para esta at, a Psicologia, por meio do AT, tenta se apropriar do que é específico da Terapia Ocupacional. Dessa maneira, vemos a at ocupando também um lugar de oposição em relação à Psicologia e mostrando que a existência do Acompanhamento Terapêutico é uma falsa criação dos psicólogos.

Embora os discursos mostrem como referenciais primeiros das ats suas próprias formações de origem, há também, nos discursos, a presença de outros referenciais, que são teóricos:

*...E aí, a partir daí **eu** comecei a fazer AT. (...) E aí tinha uma supervisão, né? Sempre precisa de supervisão. Não era um supervisor de AT, que não tinha, né? Mas **era um... um psicanalista que, tinha um jeito bacana de ver o mundo e era capaz de me ajudar nessa minha prática de AT.** (...) **tenho formação psicanalítica.** (...) **É, é com isso que eu trabalho... mas eu tenho uma preocupação de que isso seja uma teoria que... mas que ela não fique à frente da minha prática. Isso, sem dúvida, né? De que a teoria não prescinda o encontro.*** (Maria Cristina)

Esse trecho do discurso principia com o *eu*, ou seja, a at se posicionando dentro do AT, mas na continuação aparece o verbo na terceira pessoa e, dessa maneira, indetermina o sujeito, generalizando a necessidade de supervisão. Posiciona o supervisor fora do AT e, com a adversativa *mas*, o localiza na Psicanálise. É interessante pensar que o uso da adversativa ao contrapor dentro e fora do AT emparelha AT e Psicanálise. Podemos pensar que esse *mas* carrega em si um “apesar”, contudo não podemos afirmar a que termo da oração ele se refere, isto é, não podemos saber se é apesar de estar fora do AT, ou se é apesar de ser psicanalista. De toda maneira, a narrativa prossegue localizando a at também na Psicanálise. O pertencimento a esta determinada instituição faz surgir no discurso da at uma preocupação com a

teoria. Assim, tanto o discurso nos mostra que para essa at a psicanálise é uma teoria importante para fazer AT como também uma teoria que pode ameaçar e suplantat o fazer da at. Por isso, depois de haver se situado no interior da Psicanálise, ela se posiciona fora da Psicanálise. Há, no discurso, uma indeterminação, pois é como se fosse um constante jogo de dentro/fora, de pertencimento/não-pertencimento, de ser/não-ser.

*... na minha lida com AT... na parte sistemática do estudo em AT... na parte acadêmica me **utilizei** do referencial da minha formação como psicoterapeuta... que é a reichiana... análise bioenergética... conceito reichiano da auto-regulação... que tem todo esse aspecto do corpo que se relaciona com o mundo... e que existe um movimento... considerando o ato de acompanhar por si só um movimento... então esse processo é feito... e assim... essas bases psicanalíticas... em qualquer linha ela vai estar presente... né... se a gente olhar todo o aspecto de como... a noção de sujeito... e concepção de saúde e doença que começou a partir da origem da psicanálise e tal... então ela vai estar permeando e vai estar embasando qualquer linha que seja de escolha... né... mas eu não vou te dizer que eu me fecho... então eu sou at neo-reichiana... por exemplo (risos da entrevistada e da entrevistadora)... eu sou at... acho que quaisquer linhas dessas psicoterapêuticas... elas podem iluminar o ato de acompanhar no AT... e hoje eu tenho... (Maria Vitória)*

Maria Vitória determina em seu discurso a qual trabalho com AT está se referindo. Ao fazer isso, seu discurso mostra que, para ela, há uma divisão em relação ao AT: ela o divide em estudo acadêmico e ato de acompanhar. A entrevistada ainda se posiciona de maneira diversa dependendo de qual lado da linha divisória, por ela estabelecida, estiver. Assim, se estiver posicionada como acadêmica utiliza a teoria reichiana e a bioenergética -- *eu sou at neo-reichiana*. Entretanto, diz que *qualquer linha* psicoterapêutica pode *iluminar o ato de acompanhar*. Portanto, aqui temos uma at que se posiciona em três lugares distintos, como estudiosa do AT, como psicoterapeuta e como at.

Formação para o AT

O que dizem elas, então, sobre a formação do at para o AT?

*...Pra at... e dentro dessa formação de at... e é aí que ampla... é aí que o conhecimento é interdisciplinar... porque tem que ter... **eu** acho que a formação pro AT tem que ter o conhecimento da antropologia... da sociologia... da filosofia... da própria saúde... da psicologia **obviamente**... da psicanálise... da reabilitação psicossocial... éh... que vai incluir aí toda essa questão do movimento da reforma psiquiátrica... enfim... então tem que ser uma formação ampla... né... tem que... acho que tem que ter uma formação dentro da terapia ocupacional... que lida muito com essa coisa também às vezes com desempenho ocupacional... da pessoa não acompanhar... isso surge muito... a pessoa quer aprender a fazer... então eu acho que tem vários conhecimentos de várias áreas pra ser dado num curso de AT por exemplo... (Maria Paula)*

A at posiciona-se no discurso sobre a formação do at de forma singularizada utilizando o pronome *eu*. A formação idealizada por ela é nomeada *ampla* e Maria Paula se refere à necessidade de conhecimentos de várias áreas de maneira indeterminada, assim, conhecimentos da filosofia, da sociologia, da antropologia, psicanálise, etc. surgem no discurso de maneira genérica, sem que saibamos a quais conhecimentos de cada área a at se refere.

Encontramos também um *obviamente* quando ela se refere à necessidade de conhecimentos de Psicologia, considerando, portanto, que há um consenso sobre a participação da Psicologia nessa formação. Os conhecimentos da reabilitação psicossocial são um pouco especificados ao se referirem ao movimento da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, a única área de conhecimento que é um pouco mais especificada quanto ao tipo de conhecimento que deve *emprestar* ao acompanhante é a Terapia Ocupacional, que é a formação de origem dessa entrevistada, e que surge ao falar de *desempenho ocupacional* e o *aprender a fazer*, mas mesmo assim é bastante vago. Desse modo, a formação de origem surge como maior referência para esta at, porém não aparece como suficiente para o trabalho do at.

O discurso de Maria Aparecida parece complementar esse que acabamos de ver:

*(...) O conhecimento da formação... que **ele** procure um lugar pra isso... acho que **profissional** que se interessa por essa prática precisa de procurar uma formação... **se** inteirar disso... **se** profissionalizar como função... (...) **Se** instrumentalizar através da formação e daquilo que pode **lhe** dar balizas de trabalho... **ele** quer atender as pessoas... então **ele** vai precisar de balizas... né... assim... para que **ele** possa ter essa condição de*

*olhar... perceber com quem está lidando... tem que ter um embasamento... (...) **Eu** acho que **ele** vai precisar ter conhecimento do que é clínica... do que é clínica... do que atendimento clínico... e isso **ele** pode encontrar no referencial da filosofia... o Foucault fala de clínica... na psicologia... na medicina vai ter... na enfermagem vai ter... então **a gente** precisa entender o que é clínica... (...) O que é uma clínica... o que que é que ela estabelece... que elementos estão envolvidos... e aí **eu** acho que tem elementos dentro da clínica que aí... que é aquela coisa do enquadre... do setting, né... **eu** acho que é da área da psicologia... e aí a psicologia vai dar essa contribuição do estabelecimento de setting e tal... quais são os... né... (...) E esse aspecto... por exemplo... das políticas de saúde... (...) e **ele** tem que ter noções de administração de políticas de... essa coisa do... né... é... não sei... (...) **eu** acho que o eixo é o estabelecimento da clínica... você estar fazendo uma clínica... (...) vai ter que ter um conhecimento de psicopatologia... e que aí **a gente** vai buscar nas áreas que lidam diretamente com isso... enfermagem lida... medicina lida mais direto... acho que psicologia... todas as áreas vão lidar... mas sabe... então assim... você vê... acaba constituindo algo que é para o AT... (Maria Aparecida)*

Ao falar da formação, essa at se coloca numa posição de exterioridade, não fala de si, mas de *ele* (o at), sempre na terceira pessoa, inicialmente, referido à figura genérica do profissional - *profissional que se interessa por essa prática precisa de procurar uma formação*. Quando surge um *eu* no discurso é para falar de um *ele*. Contudo, por duas vezes há o emprego do *a gente*, denunciando que a at faz parte dessa comunidade, pois *a gente precisa entender o que é clínica* e *a gente vai buscar nas áreas...*

Interessante é poder ver a delimitação dada às áreas relacionadas por ela para a formação. Se não são exatamente as mesmas da entrevistada cujo extrato analisamos acima, são quase todas as mesmas. O que surge de diferente nesse discurso é que esta at mostra saber o que é preciso buscar em cada uma dessas áreas, podendo assim, delimitar o conhecimento que no outro discurso aparecia ilimitado: *aí a gente vai buscar nas áreas que lidam diretamente com isso (...) acaba constituindo algo que é para o AT*. A delimitação dá ênfase ao que a entrevistada chama de *clínica* -- *eu acho que o eixo é o estabelecimento da clínica... você estar fazendo uma clínica*. A at não explica exatamente o que entende por *clínica* (talvez seja sinônimo de terapêutico) e isso é interessante se nos lembrarmos de um outro discurso no qual a at distinguia entre AT e *clínica* (entendida como atividade de consultório).

Os parceiros

Se a formação do at é tão ampla, quem são aqueles que as ats consideram seus parceiros?

*(...) eu vejo que o AT é uma **ação interdisciplinar** e que ele pode ser desenvolvido por **vários** profissionais... **não é só um tipo de profissional...** não é só o psicólogo... não é só o... sabe... acho que são vários... acho que pra **qualquer profissional de saúde... de forma geral... profissional das ciências humanas...** eu acho que também se daria muito bem nisso... **eu acho que são esses os pares... enfermeiros... médicos... psicólogos... terapeutas ocupacionais... sei lá... assistentes sociais...** (Maria Paula)*

Assim, a amplitude da formação, ligada à idéia do AT como *ação interdisciplinar* acarreta também a amplitude dos parceiros -- *são esses os pares... enfermeiros... médicos... psicólogos... terapeutas ocupacionais... sei lá... assistentes sociais.*

... Outros ATs? Ah... qualquer um ((risos))... acho que qualquer pessoa que faça esse acompanhar... e que procure... eu acho que tem que procurar se instrumentalizar um pouco... não dá pra... ah... “eu vou sair... vou fazer um passeio... pronto vou fazer minha clínica”... Tem que ter essa coisa da... de você tá sabendo o que que você está trabalhando... sabe... o que que a pessoa está te trazendo... minimamente... que que ela tá querendo te dizer com aquilo que ela está falando... com aquilo que está fazendo... sabe... você tem que ter alguns instrumentos pra você saber trabalhar com isso... né... responder um pouco a isso... mesmo dentro do inusitado... acho que você tem... senão você não faz nada... né... senão vira qualquer relação... não vira uma relação terapêutica... então é só tá junto... tá junto?... não... também não é assim ((riso leve))... ele não tem uma técnica definitiva... mas tem... tem técnica... tem posturas éticas... tem conhecimentos... né... que você vai se utilizando como ferramenta mesmo... mas eu vejo assim...(Maria Paula)

O discurso da at mostra uma indeterminação quanto a seus pares, uma vez que para especificar os profissionais que vê como possíveis ats diz: *qualquer um, qualquer pessoa que*. Este *que* condiciona, restringe, especifica -- *acho que tem que procurar se*

instrumentalizar um pouco... não dá pra... ah... “eu vou sair... vou fazer um passeio... pronto vou fazer minha clínica. Ou seja, o discurso apresenta a restrição que caracteriza aquele que pode fazer AT. Maria Paula, entretanto, não usa adjetivos para caracterizar seus pares, ela usa verbos: *faça, esse acompanhar, procure, procurar, se instrumentalizar, tá sabendo, saber trabalhar, responder.* Assim, a restrição ou a condição de ser at está localizada na ação, no fazer, acompanhar, procurar, se instrumentalizar, ter, saber, trabalhar, responder.

A at, dessa maneira, se apresenta como alguém que tem um conhecimento que a diferencia dos outros e que lhe permite estabelecer uma relação que não é uma “relação qualquer”, mas é uma “relação terapêutica”. Afirma, por isso, que existem *instrumentos* necessários ao trabalho do at, ainda que não haja uma *técnica definitiva*. Contudo, encontramos a adversativa *mas* que determina uma oposição a essas afirmações. A contraposição não é à técnica, mas ao adjetivo que a acompanha *definitiva*, uma vez que *tem técnica* e não só técnica, mas *posturas éticas e conhecimentos*. Estes termos, porém, aparecem de forma inespecífica, generalizados, de maneira que técnica, ética, conhecimento sugerem uma especificidade inespecífica.

...Eu tenho tido contato com as pessoas da área da saúde... Eu tenho na minha experiência de trabalho contato com as pessoas da área de saúde... terapeuta ocupacional... médico psiquiatra... enfermeira... psicólogo... assistente social... mas eu acho que os parceiros são esses e mais educador... sociólogo... filósofo... né... arquiteto... sei lá... administrador... antropólogo... não sei... aquele que se sinta convidado... e aí ver onde ele quer se inserir... onde que ele vai atrás desse conhecimento...(Maria Aparecida)

Maria Aparecida, quando se refere aos seus pares, os apresenta também de maneira específica-inespecífica: *pessoas da área da saúde*. A continuação do discurso, de fato, não muda essa característica e o momento de maior especificidade, no qual surgem em sua fala as profissões específicas, como médico, psicólogo, enfermeira, etc, logo se transmuda em inespecificidade, uma vez que passam a ser nomeadas todas as profissões, do filósofo ao administrador. Assim, o pronome *aquele* é o elemento indeterminado que aparece para especificar os pares da at. É o desejo que surge como o fator determinante, isto é, os ats são profissionais de diferentes profissões que *se sentem convidados*.

Parte III

O Acompanhamento Terapêutico na Fala dos acompanhantes

Os discursos das ats exprimem o seu representar do Acompanhamento Terapêutico. Acompanhar surge como um fazer algo. É sempre optar por um fazer, pois mesmo na não interferência faz-se uma opção de não interferir. Os discursos mostram esse Acompanhamento Terapêutico, no reconhecimento e nas ações dos ats quando *aproveitam, recuperam, falam, trabalham, não interferem, fazem mediação, orientam, acolhem, conversam, brincam, jogam, passeiam*. Em suma, o AT é apresentado como um fazer variado em que cada at faz coisas diferentes dos outros. Contudo, há um propósito nesse fazer que é dar *conta de alguma necessidade do paciente*. O at, então, faz aquilo que for necessário para *ajudar o paciente a caminhar, reconhecer suas necessidades* e/ou poder lidar com seus impulsos. O trabalho do AT, ainda, aparece ligado ao *interesse*, à criação de interesse, ao despertar do desejo e à atividade criativa do paciente

Veremos que os discursos apresentam o verbo **sair** como palavra chave. Tanto a saída do terapeuta para ir à casa do paciente como sair com o paciente. As saídas do terapeuta com o paciente são ditas para *ajudar*. Assim, o AT aparece como uma ajuda ao paciente e essa ajuda é, sobretudo, ajudar a sair.

...Da minha experiência... bom... eu comecei a fazer AT (...) então... **sai** muito pra ir na casa do paciente... **sai** também pra ir, pra ir ajudar o paciente em supermercado... em banc... assim uma certa coisa... (Maria Paula)

Espaço e tempo no AT

Quanto aos espaços nos quais o AT pode acontecer, encontramos nos discursos tanto lugares públicos quanto a casa do paciente e outros espaços ainda.

No extrato a seguir veremos o espaço como marcador do trabalho. A referência feita pela at quanto ao acompanhar vai numa progressão, desde o âmbito mais privado, a *residência*, a *comunidade*, o *quarteirão*, até o mais amplo, a *problemática social* e a *internação*..

(...) *pra acompanhá-lo na casa dele... na residência... pra detectar como que é a inserção dele na **família**... na **comunidade**... de como que ele está inserido... sei lá... no **quarteirão** da casa dele... se tem amigos... se não tem amigos (...) detectar **problemática familiar**... a **problemática social**... mas começou a surgir uma demanda assim de procurar com essas pessoas algo que elas pudessem se **incluir** já pra **já sair da internação** com alguma coisa pra que elas não retornassem a internar...* (Maria Paula)

Este extrato nos mostra o Acompanhamento como algo investigativo, como indica o uso do verbo detectar, o que supõe que há algo despistado, e que a finalidade dessa investigação é conseguir a inclusão do paciente no fora, isto é, *sair da internação* e não retornar a ela. Assim, o verbo acompanhar surge no discurso como *detectar* a “inserção”, a “problemática social” para conseguir incluir o paciente no fora, ou seja, no social. O espaço é amplo e de duas ordens, uma direta, a casa, o quarteirão; outra, mediata ou indireta, isto é, a inclusão no social.

(...) *O principal motivo de **eu ter ido pra lá como at**, foi porque ele não conseguia parar em escola nenhuma, demandava demais das escolas e as professoras não agüentavam mais ele e **tudo isso vem da história de vida dele, ele não tinha um lugar no mundo, né então...** (...) eu fui funcionando como at ali, nesse modo de **oferecer um lugar** (...) as coisas estavam muito difíceis e aí com o decorrer do Acompanhamento isso foi diminuindo, **cada um foi entendendo mesmo qual é o lugar né?** (...) eu percebo que a família está super bem organizada... (...) o X. tá super calmo na escola, tá conseguindo fazer a lição, tá conseguindo acompanhar o que o professor diz (...) Foi um caso que deu certo.* (Maria Isabel)

Esse discurso traz para a cena o espaço como *lugar*, tanto em sua espacialidade concreta – o lugar para onde a at foi; a escola -- como em sentido social --. *cada um foi entendendo mesmo qual é o lugar*. Há a referência ao lugar concreto da escola, no qual o acompanhado *não conseguia parar*, e assim ele não permanecia em um lugar escolar concreto, mas também, de forma mais ampla e genérica ele *não tinha um lugar no*

mundo. A at por sua ação não só *oferece um lugar*, mas ainda conseguiu que o paciente e a família entendessem qual o lugar de cada um no mundo.

A amplitude ou indeterminação do espaço possível para o AT aparece num outro discurso:

*(...) Se for necessário para o paciente, a gente atende viajando... (...) agora mesmo eu tenho paciente em K... tem um dia da semana que ele está em X e nós estamos em duas que vamos na terça-feira e a gente reveza a coisa do carro... e a gente está estabelecendo uma dinâmica com ele... é... (...) mas assim... até essa coisa de **ir até ele em duas pessoas**... estar com ele assim... está **proporcionando** uma coisa de grupo... (Maria Vitória)*

Confirmando a questão da extensão do território físico, neste caso, o *atender viajando*, mostra que os limites da atividade são sempre deslocados para mais à frente. As necessidades dos pacientes e a flexibilidade do AT, sua indeterminação, como serviço de saúde, são o horizonte para os deslocamentos.

Há, porém, outro espaço de exercício do AT: um espaço interno ou afetivo, o da relação.

*... A gente pode tanto... sair de casa, como ficar em casa. A gente sempre acha que o at sai de casa... o AT acontece ali na rua... nem sempre acontece na rua... né... porque o **AT** as vezes o **AT** acontece dentro de um pedacinho de cada um, né... Às vezes, é... tem que ver que o **AT** não acontece só num espaço físico...que é o que a gente tá acostumado a... a ver do AT, né... que o AT sempre... ele acontece fora de casa, fora da casa do paciente ou na casa do paciente, num sítio, num parque, num clube, na rua, no cinema, enfim, né... e... **mas** eu acho que não é só isso... às vezes o **lugar** que a gente quer proporcionar pro paciente **tá dentro... da relação**. (Maria Cristina)*

Neste trecho do discurso surge uma nova indeterminação do AT, posto que Maria Cristina diz que no Acompanhamento tanto se pode ficar em algum lugar (na casa do paciente, por exemplo) como sair. Porém, a indeterminação não para por aí. Utilizando o *a gente* e, portanto propondo uma imagem de inclusão, ela faz uma afirmação sobre o espaço de acontecimento do AT que, em seguida, será contradita. Essa afirmação sobre o fazer do acompanhante num determinado espaço carrega consigo um advérbio de tempo que lhe dá um caráter de perenidade e ao mesmo tempo especifica o espaço do AT: *sempre... sai de casa*. A oposição a esta idéia não surge com

uma adversativa e sim pela suavização do “*sempre*” quando ela diz *nem sempre*, ou seja, é pela referência à temporalidade que ela irá falar da espacialidade do AT. Assim, encontramos *nem sempre* e *às vezes*.

O discurso ainda enumera os espaços possíveis de ocorrência do AT de maneira tão ampla que, outra vez, estamos diante da indeterminação. Contudo, a at recusa a opinião corrente de que o AT acontece apenas no sair de casa e, ao contrário, afirma que há um espaço que é próprio ou específico do AT, pois *o AT não acontece só num espaço físico* e sim *acontece dentro de um pedacinho de cada um* porque *o lugar que a gente quer proporcionar pro paciente tá dentro... da relação*.

Assim, a indeterminação espacial quanto ao espaço externo (físico e social) é compensada pela clara determinação do espaço próprio do AT: é o espaço interno, afetivo, *lugar da relação*.

Como o espaço físico e social, também o tempo aparece alargado e, por vezes, indeterminado.

(...) *E o AT a gente sabe que... Cê precisa ter essa disponibilidade maior... de tempo, né? Porque a gente nunca sabe dizer o que vai acontecer... cê pode ter feito o contrato de ficar uma hora com o paciente ou duas horas e de repente cê tem que ficar quatro horas... ou de repente cê... ou... aquele dia, aquele encontro ter... sido interrompido e você vai ficar meia hora, né? Então, a gente nunca sabe o que vem a seguir... a gente sempre lida com o inédito no AT! Então, ahn... acho que... nessa coisa de... de não saber o que vai acontecer, eu acho que não dá pra gente ser tão rígido, né? Dizer, não! Então agora tratando de honorários, por exemplo, três horas e meia... com certeza a gente não vai cobrar três horas e meia, também tem um pouco de senso de realidade... de bom senso, né? (...) pelo menos eu acho que não, não conseguiria trabalhar isso assim... olha eu vou... vou cobrar... eu fico uma hora e terminou minha hora eu levanto e vou-me embora... Num AT não dá prá fazer isso... todo mundo já sabe, né... tem toda a questão do investimento do encontro, do encontro com o psiquismo.* (Maria Cristina)

Maria Cristina se inclui num grupo - *a gente* -, isto é, entre os ats que *sabem* que uma característica necessária ao acompanhante é a *disponibilidade de tempo* uma vez que há algo que esse mesmo grupo, ao qual ela pertence, sabe: que *nunca sabe o que vem a seguir* porque *gente sempre lida com o inédito no AT*. Assim, o contrato de trabalho pode especificar o tempo de acompanhamento, mas os acontecimentos imprevistos, as circunstâncias inesperadas, o inusitado impõem um outra relação com o

tempo, isto é, *não dá pra gente ser tão rígido*. A at explica porque é preciso ser flexível e ter disponibilidade: em primeiro lugar, porque o tempo traz o imprevisível e, em segundo, porque o AT é *um encontro com o psiquismo* cuja temporalidade não é a do relógio ou do cronômetro e sim imensurável. É um tempo interior, *como todo mundo já sabe*, isto é, *a gente*, nós ats.

Encontro

Tanto os discurso sobre o espaço como os sobre o tempo acabam chegando à idéia de um espaço-tempo psíquicos apresentados como relação ou encontro.

Vamos retomar aqui trechos de uma fala já analisada por nós, mas que, agora, se presta para apreciarmos a maneira como o encontro é encenado pelos discursos das ats.

(...) *geralmente é assim, me dirijo até a casa do paciente. Encontro com o paciente, né... e... numa conversa a gente vê o que a gente vai fazer, né...o que seria legal... seria legal a gente ficar em casa conversando... se é legal a gente sair...* (Maria Cristina)

No discurso dessa at, o Acompanhamento Terapêutico aparece como um *encontro*. Esse encontro é uma conversa, uma ação conjunta da at com o paciente -- *a gente* -- para que juntos tomem uma decisão sobre o que fazer.

...Ahn ... de repente, né... por exemplo, né... a gente ter só que andar com ele de mão dada e com a agressividade pra ele poder de alguma forma conseguir lidar com isso saber que isso faz parte dele e como ele vai saber, digamos... (Maria Cristina)

Em seguida ao explicitar um dos fazeres no AT, Maria Cristina usa de uma imagem: *ter só que andar de mão dada*. Em primeiro lugar, o que chama a atenção é o uso do advérbio de intensidade *só*, que caracteriza o fazer como algo restrito. Em seguida, somos levados a pensar o que é representado como o AT para esta acompanhante a partir da própria imagem criada por ela: dar as mãos é contato físico. Entretanto, esse *de mão dada* ganha um complemento que tira a imagem do plano da

concretude do contato físico e a leva para o plano do contato psíquico: *a agressividade*. O encontro é físico e psíquico.

O encontro, diz uma outra at, *é abrir um espaço para encontrar a dor do paciente:*

*(...) Também o comum, digamos, do senso comum, é a gente ter um AT, ter um... digamos, uma idéia, um conceito do AT, que o AT acontece em lugares públicos... ou em casa. E eu acho que o AT **não** é só isso... né... eu acho que o AT é onde a gente consegue abrir um **espaço dentro da gente**, encontrar um lugar tanto profissional, no profissional, pra poder proporcionar um encontro... que seja um... **um encontro que se faz com a dor do paciente**. Eu acho que esse é o lugar do AT. (...) Um encontro com a dor. Eu acho que esse é o lugar do AT. (Maria Cristina)*

Maria Cristina assume uma posição à distância do senso comum, do que as pessoas (*a gente*) comumente pensam sobre o AT, dizendo *eu...não*. O senso-comum julga que o AT é um acontecimento no fora, no espaço aberto. A at não nega que o sair ou a atividade fora do recinto do consultório, do hospital ou da instituição asilar seja uma característica própria do AT, porém, nega que este se reduza a esse aspecto – *não é só isso* --, afirmando que ele se realiza num espaço interior que proporciona *um encontro que se faz com a dor do paciente*. Ela é mais enfática: *Eu acho que esse é o lugar do AT. (...) Um encontro com a dor..* O Acompanhamento Terapêutico surge como um duplo encontro: o at procura e encontra dentro de si um espaço e o AT é o encontro do at com a dor do paciente pela mediação do espaço interior.

Essa caracterização do AT como encontro é enfatizada no discurso de uma outra at, que articula a pluralidade de formações ou de origens profissionais dos ats com aquilo que unifica esse plural, isto é, a relação com o outro como um encontro:

(...) o AT é... é uma possibilidade de trânsito dos profissionais de diferentes formações, de diferentes, de diferentes campos, que podem atuar, desde que eles estejam comprometidos eticamente com a pessoa, que eles tão acompanhando, né? (...) Bom, eu acho que é um encontro que tem que acontecer, né, dentro... dessa dinâmica, né? Ética da condição humana. Eu acho que isso é que é o AT, né?" Porque você... de fato tá ali diante de alguém que é humano, né? Como qualquer outro encontro. (...) aonde você tem que ter um encontro ético, né? Diante da condição humana, encontro de alteridades...

Porque o que eu falo de encontro, eu acho que é isso, qualquer encontro de pessoas tem que ter isso... tem que ter o caráter ético. Né? (...) a busca na verdade por um encontro

desses. Eu acho... onde você tem alguém num momento precisando da sua ajuda e você estendendo a sua mão e acompanhando pela vida, né? (Maria Teresa)

No discurso de Maria Teresa, o AT é um *trânsito de profissionais* de diferentes áreas de atuação e com diferentes formações, ou seja, o AT é feito por pessoas que são profissionais, mas não são profissionais de AT.. O que essas pessoas têm em comum é o fato de estarem comprometidos eticamente com seu acompanhado e é justamente esse comprometimento ético que lhes permite atuar -- *eu acho que é um encontro que tem que acontecer, dentro... dessa dinâmica ética da condição humana. Eu acho que isso é que é o AT*.. No discurso anterior, a at fez aparecer o espaço interno do encontro; neste outro discurso, a at acrescenta uma outra qualidade a esse espaço ou a esse encontro, ela o qualifica como devendo ter *um caráter ético*. Mas aquilo que parecia ser o específico do encontro do AT – ser ético – é logo generalizado – *todo encontro entre pessoas tem que ter caráter ético*. Desse ponto de vista, o AT é um encontro *como qualquer outro*, portanto, sem especificidade. O específico, porém, aparece a seguir: *você tem alguém num momento precisando da sua ajuda e você estendendo a sua mão e acompanhando pela vida*, O AT é estender a mão para ajudar o outro.

Dificuldades no AT

O encontro é descrito por algumas ats como cheio de dificuldades e por outras como complexo.

(...) Não tem experiência fácil e nem tem experiência difícil. Não consigo classificar nenhuma experiência da minha vida como fácil ou difícil na minha vida profissional, não existe nenhuma experiência minha que seja fácil e nenhuma que eu possa dizer: 'ai que experiência difícil', que pede alguma coisa. Foi uma experiência muito rica assim.. é.. complexa mas no sentido da complexidade mesmo, não da dificuldade. No sentido de ter muitos elementos, muitas interferências da complexidade, da teoria da complexidade, não dificuldade. (Maria Fernanda)

Maria Fernanda não classifica as experiências em AT como fáceis ou difíceis - *Não consigo classificar nenhuma experiência da minha vida como fácil ou difícil na*

minha vida profissional-, mas como complexas -- *complexa mas no sentido da complexidade mesmo, não da dificuldade*. A complexidade surge relacionada à riqueza da experiência, à quantidade de elementos e interferências presentes, à teoria e não à facilidade ou dificuldade. Assim, fácil ou difícil cede lugar a complexo e rico.

(...) são complexos mesmo, tem muitas variáveis. Acho que não existe nenhum caso fácil, todos eles você tem que pensar todo contexto de vida da pessoa, envolve um esforço, um desgaste, uma energia muito grande. Não da pra dizer que nenhum caso é fácil, mas também não é difícil, só é complexo só... é... é... perdi a palavra ... mas... intenso... foi muito intenso, mas não posso dizer que foi difícil porque era muito leve assim ... é... tinha todas as questões dele, dos sofrimentos dele, mas enquanto eu estava com ele era muito leve eu não posso dizer que era difícil tá com ele, não era. Mas não é porque era fácil, porque o caso era fácil, porque ser at é fácil. (Maria Dolores)

A at declara que *não existe nenhum caso fácil*, mas nem por isso se deve dizer que é difícil. Aqui também o AT é caracterizado como complexo e, como no discurso anterior, complexidade não é sinônimo de dificuldade, mas de multiplicidade de variáveis. Porém, complexidade também significa algo intenso que envolve desgaste, energia, esforço.. O AT no dizer de Maria Dolores, não é difícil, mas *leve*. Entretanto, leveza não significa que um caso é fácil, isto é, simples, uma vez que se lida com o complexo. Fácil, porém, é *ser at*.

(...) mas existia uma dificuldade muito grande com os profissionais do abrigo. (...) o que dificultou bastante o trabalho também... (Maria Isabel)

Nesse discurso de Maria Isabel as dificuldades vêm de fora não sendo inerentes ao AT, e por isso ela não diz que o Acompanhamento é difícil, mas que há situações que dificultam o AT.

(...) Eu acho que é por causa disso... porque é uma... uma... vamos dizer uma clínica... que ela não tem o controle desse ... então por exemplo... o que eu percebo é que assim... bom eu... tenho assim... a partir de um certo momento... eu consegui visualizar isso teoricamente melhor, né... mas assim eu acredito que a... o profissional de saúde... de forma geral... ele se prende muito à técnica... de forma geral eu to falando, né... então ele está sempre colocando a técnica antes do sujeito que ele

atende... ou seja... é quase como se a técnica dele prescindisse do próprio sujeito em sofrimento que ele vai tratar... então ele tem uma técnica aprendida... que ele vai fazer daquele jeito... então isso dá uma certa facilidade (...) e o sujeito que vai se encaixar na técnica dele... (...) é uma coisa assim que você começa a perceber que não... que é ao contrário... é a técnica que tem que servir ao sujeito... então ela tem que ser uma coisa que não pode ser definitiva... (...) e o AT... acho que ele trabalha muito dentro dessa possibilidade... quer dizer... ele não tem uma técnica né... então... você vê... você está dentro de um lugar... trabalhando dentro de um consultório...ou... ou... então você utiliza todo aquele arsenal teórico técnico que você adquiriu na sua formação... profissional... acadêmica ou não... mas você vai utilizar aquela técnica... você vai aplicar e pronto... esperar que o paciente responda àquilo... mas você... tá... ó agora eu vou fazer isso... agora vou fazer aquilo... se ele me perguntar isso... eu respondo isso... e no AT não é assim... no AT o difícil é isso... porque que é difícil... porque você está tão acostumado a ter receitinha pronta né... assim... agora eu vou fazer isso e... e tal... que quando você não tem... você fala “ai meu deus... será que eu estou fazendo certo? Será... será que eu estou fazendo alguma coisa?” (Maria Paula)

O Acompanhamento não aparece, aqui, afirmativa e positivamente como algo definido, por exemplo, como *uma clínica*, termo que surge em meio à dúvida ou um grau de indeterminação uma vez que Maria Paula diz: *é... vamos dizer*. Essa dúvida, porém, não impedem que a at coloque a técnica e o profissional de saúde *em geral* em oposição ao AT e à sua falta de técnica ou ausência de *receitinha pronta*. A dificuldade vai ser localizada na ausência desta última.

O profissional da saúde está em oposição a profissional no AT e técnica facilitadora ou “receitinha” está em oposição a falta de técnica, dificultadora e geradora de dúvida. Essa dupla oposição possui a mesma causa: *ele*[o profissional de saúde] *tem uma técnica aprendida... que ele vai fazer daquele jeito... isso dá uma certa facilidade (...) é o sujeito que vai se encaixar na técnica dele... (...) você começa a perceber que não... que é ao contrário... é a técnica que tem que servir ao sujeito... então ela tem que ser uma coisa que não pode ser definitiva... (...) e o AT... acho que ele trabalha muito dentro dessa possibilidade*. Dessa maneira o núcleo da oposição entre os dois tipos de atividade encontra-se no modo da relação com o *sujeito*, pois, num caso o *sujeito vai se encaixar na técnica*, enquanto no outro, a *técnica tem que servir ao sujeito*. Ora, não há um *sujeito* idêntico ao qual se possa aplicar sempre uma mesma técnica e a dificuldade do AT encontra-se justamente na singularidade de cada situação ou de cada *sujeito*. À

identidade da técnica, Maria Paulo contrapõe o AT como trabalho com possibilidades e esse contraponto é feito porque a at se refere ao paciente como *sujeito* para o qual a *receitinha pronta* não serve, pois com ela o paciente deixa de ser sujeito.

O discurso, na verdade, apresenta dois tipos de técnica, uma que facilita, pois não se tem que lidar com o inusitado que é trazido pelo *sujeito* (a técnica elimina o sujeito ao prescindir dele) e é esta outra, o AT, que lhe faz o contraponto e na qual a técnica não pode ser definitiva.

O AT como vivência

Seja de maneira explícita, seja implícita, a percepção do paciente como sujeito nos permite explicitar as dificuldades e facilidades do AT num outro plano, o da vivência.

*(...) o Acompanhamento Terapêutico ele **não** é uma intervenção... ele é um acompanhamento... você está **junto** na situação... então todas as dificuldades que a pessoa tá sentindo... você **tá sentindo junto**... você **tá vivendo junto** (...) então e você está **vivendo a infelicidade dela com ela**... então **acho que isso é que é difícil**... né... então por um lado... é a necessidade constante de você criar meca... tirar da cartola ((riso leve)) assim mecanismos relâmpagos... de ajuda pra pessoa... de suporte... ao sofrimento dela e por um outro lado também essa... essa... **proximidade tão forte que é esse tipo de acompanhamento... em que você está vivenciando JUNTO com o paciente o próprio sofrimento dele** (...) no AT **você está vivendo a situação com ele** né...(Maria Paula)*

Maria Paula começa dizendo o que o Acompanhamento Terapêutico não é – *não é uma intervenção* - para, em seguida, dizer o que ele é – *é um acompanhamento*.

O que nos pareceria pouco esclarecedor ou uma simples tautologia -- *o Acompanhamento... é um acompanhamento* -- vem seguido de uma explicação do que está sendo nomeado como acompanhamento. Acompanhar vem referido ao espaço físico ocupado pelo at, ou seja, é estar próximo, *estar junto*, mas a proximidade não é apenas física, mas afetiva, pois o acompanhante *ta sentindo junto*. Mais do que isso. Ele

ta vivendo junto a dor e o sofrimento do paciente. O AT não é uma *intervenção*, é uma vivência cuja particularidade é vivenciar com o outro o que é do outro.

No discurso dessa at, a dificuldade geradora de dúvida em relação ao fazer do at nasce da própria definição do AT como vivência, uma *proximidade tão forte* para a qual não se dispõe de anteparos técnicos ou de regras seguras, levando o at a se transformar em mágico para *tirar da cartola(...) mecanismos relâmpagos*, velozes e imediatos para cercar o inesperado e o inusitado.

Na seqüência, Maria Paula explicita porque essa vivência é terapêutica, visto que o Acompanhamento, que é um acompanhamento, é também e, afinal, Terapêutico.

... é como uma postura mesmo de construção de projeto terapêutico né... em que você tem que ter várias ações inusitadas... pra ajudar aquela pessoa a ganhar autonomia... se incluir socialmente... então... eu acho que foi... isso daí... tem um balizamento em termos... porque fundamenta minha atividade como profissional da saúde mental como um todo (...) agora dentro do Acompanhamento Terapêutico... na ação direta ali... no vínculo(...) dessa questão do fazer até (...) a questão do cuidado... do holding... da sustentação... sabe... que... vamos dizer... é muito parecido no Acompanhamento Terapêutico... quando você dá aquela sustentação quase que integral... né... que ao primeiro momento é como se você até realmente tivesse uma fusão de corpos... né... como se o paciente até... te identifica até mesmo como... como uma mãe suficientemente boa... sabe... que você é criação dele... e você deixa ele usar você como isso pra poder pouco a pouco ir da... ir possibilitando a independência dele né... a autonomia... que ele vai separando... então eu utilizo isso dentro daquele... vamos dizer... do COMO fazer... o COMO fazer o AT lá na relação intersubjetiva eu utilizo muito esse referencial winnicottiano... (Maria Paula)

Na vivência, há a *construção de um projeto terapêutico*. A terapia consiste em *ajudar aquela pessoa a ganhar autonomia... se incluir socialmente*. Para isso, apesar da *cartola do mágico*, que aparecia antes, a at afirma que sua prática como profissional de saúde mental tem *balizamento e fundamento*: o referencial winnicottiano do holding, da mãe boa que se deixa usar pelo paciente.

(...) você tá vivendo junto (...) é diferente de você estar no consultório e ele te relatar... você por exemplo pode até ter uma empatia ou uma... ou uma... relação contratransferencial... com o que ele está te fazendo ou está te remetendo... sei lá... mas não

*é a mesma coisa... você não **está vivendo** a situação... no AT você está vivendo a situação com ele né...* (Maria Paula)

O referencial teórico winnicotiano, entretanto, não introduz uma identidade entre a prática psicanalítica do consultório – transferência, contratransferência, empatia – e o AT, pois *não é a mesma coisa*. A diferença é dada pela vivência: *no AT você está vivendo a situação com ele*.

A diferença entre AT e atendimento em consultório, que já vimos aparecer em outros momentos de nossa exposição dos discursos das entrevistadas e que retornou no discurso anterior, volta no de Maria Cristina:

*(...) sem contar **as horas que você fica no AT, né?** Geralmente, no consultório, cê tem um tempo muito mais reduzido, né? Cê tem lá seus cinquenta minutos, uma hora. **Eu já fiz AT de ficar doze horas com o paciente!**... Então eu poderia contar doze horas com um paciente, por exemplo... fazer um relato pra você de um dia de AT com doze horas... de, de fato é **muito exaustivo, né?*** (Maria Cristina)

O discurso mostra uma diferenciação entre o consultório e o AT, o que já nos sugere que, para essa at, há um determinado espaço físico que não é ocupado pelo Acompanhamento, qual seja, o consultório. Aqui, essa diferenciação surge quanto à questão temporal, isto é, no consultório, o tempo de permanência com o paciente é limitado, enquanto que no AT esse tempo é indeterminado. Essa indeterminação traz consigo uma consequência que dificulta o Acompanhamento, isto é, o cansaço, que é apresentado nesse discurso com uma palavra que nos mostra uma magnitude dos limites a que o profissional do AT é levado: *muito exaustivo*.

O extrato a seguir serve para mostrar um pensamento que encontramos nos discursos de todas as entrevistadas

*(...) É... eu acho que é uma... vamos dizer assim... uma das mais... daquilo que mais **especifica**... **especifica mesmo o AT** seria isso... acho que é o **vivenciar do sofrimento no momento em que ele está acontecendo**.* (Maria Paula)

Todas as entrevistadas apresentam em seus discursos o AT fortemente relacionado às emoções e aos sentimentos dos pacientes compartilhados pelo at, ou seja, o AT como vivência, como o estar junto ao paciente no momento no qual a experiência

ocorre. No entanto, o que chama a atenção é o fato dessas vivências e emoções serem relacionadas na maioria dos discursos ao sofrimento e, por ser uma vivência, é *o sofrimento no momento em que está acontecendo*.

A formação para o AT

Maria Aparecida, ao falar da formação para o AT, se posiciona de maneira singular com o uso do pronome *eu*.

*...Então... eu acho que **tem que ter uma formação** para o AT... mas uma formação **voltada para essa especificidade** que o AT já se constituiu como tal e voltada para um aspecto de AT função... (Maria Aparecida)*

Seu discurso parte da necessidade da formação -- *tem que ter uma* -- para, com o emprego da adversativa *mas*, determinar a que formação se refere. Da fala da at depreendemos que há uma comunidade discursiva para a qual ela está falando e da qual supõe que a entrevistadora faça parte, pois se refere a *essa especificidade* como algo já constituído e que dela há um aspecto (já conhecido) a se destacar. Vemos, então o lugar indeterminado ocupado pelo acompanhante, nesse discurso, uma vez que a especificidade do Acompanhamento é apresentada como algo em si mesmo, ou seja a especificidade do Acompanhamento Terapêutico seria ele ser Acompanhamento Terapêutico, a isso acrescentando um *aspecto* do AT que é *função*, sem que haja explicação de qual seria esta.

*(...) então... **que tenha-se formação e que se estimule...** que eu acho **muito importante** com a questão da **formação do terapeuta**... seja ele que vá atuar ou na psicoterapia ou no AT... ou no que for... que é o tripé... o trabalho pessoal... é a supervisão e o estudo... **continuar aperfeiçoando**... (Maria Vitória)*

Este discurso também fala da importância da formação e a apresenta como formação continuada – *continuar aperfeiçoando*. Situa o acompanhante como terapeuta, dizendo, dessa maneira, ser importante a *formação do terapeuta*. Talvez por situar o

Acompanhamento como terapia, essa at chama à cena o “tripé” psicanalítico e descreve a formação tal qual a formação proposta pela Psicanálise. Assim, o Acompanhamento Terapêutico e a psicoterapia são posicionados como semelhantes e considerados iguais quanto à formação.

Especificidade - Inespecificidade

Podemos observar como os discursos vão apresentando a especificidade do AT como da ordem da inespecificidade

*(...) que **precisa de algo** que inclusive coloque... levante essas questões da **especificidade que é desse lugar interdisciplinar**... dessa... desse movimento que existe no ato de acompanhar... as questões que estão envolvidas... os **campos inacabados da formação de cada um**... (...) Né... então... nesse sentido é extremamente importante... (Maria Vitória)*

O AT surge aqui como preenchimento de campos inacabados das formações de origem dos profissionais. Assim, esta at ao falar da formação em AT a qualifica de *extrema importância*.

Com o uso do pronome indefinido *algo* - *precisa de algo* - também nesse discurso a *especificidade* do AT aparece como da ordem da inespecificidade. E isso se torna mais evidente porque o AT é apresentado tendo como especificidade a inespecificidade da interdisciplinaridade – *desse lugar interdisciplinar*.

É essa perspectiva de um *lugar interdisciplinar* que leva Maria Dolores a afirmar a indistinção entre AT e TO:

(...) mas a característica principal do AT que é isso assim de viver, de vivenciar, experienciar e acompanhar, isso eu acho que todos os TOs fazem. (Maria Dolores)

A interdisciplinaridade pode ampliar a gama de profissionais do AT:

*(...) eu vejo que o AT é uma **ação interdisciplinar** e que ele pode ser desenvolvido por **vários** profissionais... **não é só um***

tipo de profissional... não é só o psicólogo... não é só o... sabe... acho que são vários... acho que pra qualquer profissional de saúde... de forma geral... profissional das ciências humanas... eu acho que também se daria muito bem nisso... eu acho que são esses os pares... enfermeiros... médicos... psicólogos... terapeutas ocupacionais... sei lá... assistentes sociais... (Maria Paula)

Mais uma vez nos deparamos com a generalidade, pois aqui o Acompanhamento é apresentado como *ação interdisciplinar*. A gama de profissionais a quem a at reconhece como pares mostra também o inespecífico. Após a amplitude apresentada pelas palavras *interdisciplinar* e *vários*, há o uso do advérbio de negação *não*, que é empregado para mudar o sentido do denotativo de exclusão *só*. Dessa maneira, aquilo que serviria para delimitar os pares da entrevistada no AT, na realidade, prestam-se a mostrar o contrário e, assim, *não é só* significa que *são vários* e a at desfia uma lista que não tem limitação.

A indeterminação também surge de outras maneiras, como podemos observar no extrato a seguir.

(...) não ter uma técnica definida... né... você não tem uma... uma... não constitui uma técnica... você tem várias coisas que você pode estar constituindo um curso de Acompanhamento Terapêutico envolve vários conhecimentos... mas não é um conhecimento técnico definitivo... olha você vai fazer acompanhamento... se faz assim e depois você faz assim... ou seja... não... é um conhecimento humano... né... que você tem que... se... se alimentar... para poder atender um outro ser humano... mas são conhecimentos do humano... não são conhecimentos tecnificados né... então eu acho que outra especificidade é esse... essa... essa possibilidade de você lidar com o inesperado e ter que dar ali, dar uma resposta humana e não técnica... (...) mas acho que a outra especificidade é essa... é que você tem que dar um outro tipo de resposta... mas é uma resposta inesperada... inusitada... e não uma coisa que está lá dada né... por uma técnica especificada... acho que essa é uma outra especificidade do AT... (Maria Paula)

O discurso primeiro apresenta a negação, o AT *não tem*, *não constitui* uma técnica específica. Por meio da adversativa *mas*, a at contrapõe *vários conhecimentos a uma técnica definida* ou a *conhecimento técnico definitivo*, o que nos leva, como nos discursos anteriores, à ausência de delimitação e à indeterminação. A at apresenta três

especificidades do AT: ser um *conhecimento do humano*, ter a *possibilidade de lidar com o inesperado*, ser capaz de dar uma *resposta inesperada...inusitada*. Como se observa, a especificidade se define pelo negativo, isto é, não ser uma técnica, e é tão geral que se torna inespecífica..

Há, porém um aspecto interessante neste discurso. Em outros discursos encontramos referências ao inusitado e inesperado com o qual o at precisa lidar, no entanto, aqui vemos surgir um elemento a mais: o inusitado e o inesperado também devem fazer parte da ação do próprio at. Para a at, resposta humana é resposta inesperada, inusitada.

Vemos a indeterminação pode aparecer na própria na forma de se referir ao AT, como a seguir:

(...) eu comecei a fazer AT... comecei a me interessar por **isso** já faz bastante tempo(...) ouvi falar que tinha **isso aí** (...) eu me interessei bastante porque é **uma coisa** bem próxima a algumas **atuações** da própria terapia ocupacional...eu via que era bem próximo... então... **sai** muito pra ir na casa do paciente...**sai** também pra **ir**, pra **ir ajudar** o paciente em supermercado... em banc... assim uma **certa coisa**... e aí eu me interessei né, por **isso aí** (...) ... aí começou a vim **essa coisa do AT** (...) muito perto desse primeiro atendimento...que eu fiz (...) eu, eu parei de fazer... de exercer o AT (...) Que eu via a necessidade... assim... **desse procedimento terapêutico... desse procedimento clínico**... (...) o AT já tinha sido **aplicado** antes dessa forma... (Maria Paula)

O AT é nomeado como *isso*, *isso aí*, *essa coisa* e identificado a uma prática, uma *atuação*, um *procedimento terapêutico*, um *procedimento clínico*.

Embora o AT apareça como um *isso*, o discurso procura oferecer a especificação das atuações -- ir à casa do paciente, sair com o paciente; porém, os procedimentos terapêuticos e clínicos, vistos como uma *necessidade*, aparecem apenas sob a generalidade do verbo *ajudar*.

Ao examinarmos a maneira como as entrevistadas designam seus lugares, havíamos observado que elas se apresentam como mediadoras e empregam a palavra *ponte* como ação própria do AT. Vimos também que todas elas enfatizam como uma das especificidades do AT o *sair* e o *incluir*, os quais exigem a construção de redes sociais.

(...) só que foi aparecendo assim **uma carência imensa de criação de redes sociais** (...) Então, **um dos outros objetivos** que a partir da... da dos acompanhamentos mesmo que a gente começou a identificar que era a **criação de alguma rede de suportes** pra essas pessoas que aquilo começasse a fazer sentido na vida dele... Então assim **os Acompanhamentos começaram a ajudar os pacientes a se incluírem** (...) a gente fez essa ponte de levá-lo até lá até ele se vincular para na alta... Então a gente começou a **fazer o Acompanhamento Terapêutico nesse sentido... de facilitação da alta** e com o objetivo também de fazer ele **se incluir no tratamento comunitário e não voltar a reinternar...** (Maria Paula)

O sair implica também que o espaço de onde se sai ou para o qual se sai seja especificado e por isso o AT aparece como uma ação específica no espaço público.

(...) e acho que tem outras... que é **essa coisa da apropriação do público... do espaço público...** né... que possibilita... né... não é só... **não é só circular...** acho que é **uma apropriação dos espaços públicos pra pessoas que foram excluída desse espaço** né... então é **uma reapropriação...** então não é só uma circulação... **e também é uma especificidade...** e... acho que é isso... né...

O sair não é um mero circular pelo espaço aberto. A ação do AT volta-se para a apropriação do *espaço público* por aqueles que dele foram excluídos e por isso, mais do que uma apropriação, é uma *reapropriação*. Sair significa ser incluído no espaço comum.

No entanto, mesmo essa especificidade não está determinada, pois não há menção do tipo de ações que permitem alcançar esse objetivo.

Estamos observando, portanto, que a delimitação da especificidade do AT não é clara para as entrevistadas. O extrato seguinte é revelador:

(...) Porque eu acho que é isso, essa circulação, essa flexibilidade, essas múltiplas possibilidades de tá junto de muitas formas assim, **não é só uma forma de se estar junto**, são muitas, muitas formas possíveis de tá junto, em muitos lugares, muitos contextos ... é... **estimular as pessoas no contexto real de vida delas mesmo assim...** é pensar a **organização do cotidiano no cotidiano** né? Pensar as dificuldades quando se está vivendo junto com as pessoas aquelas dificuldades ou as facilidades, observar e poder dizer: 'ta vendo como é isso?' É viver junto mesmo a situação né? E é **acompanhar no sentido de ser**

*companhia mesmo assim.. pras vivências, pras experiências. Eu acho que a gente experimenta junto as coisas mesmo, **acho que isso é característico desse tipo de atendimento** assim. (Maria Fernanda)*

Este rol de características mostra o grau de inespecificidade e generalidade com que o AT é percebido pelas ats entrevistadas. A delimitação que surge no discurso é de tal ordem genérica que é impossível pensar em limites: são *múltiplas possibilidades, muitos contextos, muitos lugares*, e mais ainda, pois ele se refere à *vida*. O que é mostrado como especificidade é o estar com a pessoa no seu cotidiano, vivendo tanto as dificuldades como as facilidades, ou seja, o indeterminado.

Isso pode explicar porque as entrevistadas procuram assegurar que a especificidade existe.

*(...) mas que **está criando um corpo interessante** no momento atual... que essa coisa da... da... da... da **conformação do AT como especialidade... como função...** haja vista o curso de especialização... as formações... então se a gente pensar... (...) **então aí a gente vai referenciar essa prática...** (Maria Antônia)*

Aqui, a especificidade vem sendo construída, como atesta a existência de *curso de especialização*. A especificidade é a *conformação do AT como especialidade... como função*. Quando esta estiver determinada, *então aí a gente vai referenciar essa prática*.

*(...) o **AT já tem uma propriedade...** e é isso que **a gente tem que mostrar para aqueles que ainda não conhecem...** uma ação terapêutica de ajuda e que podem despertar para isso... ou querer fazer... ou não querer fazer... ou precisar disso... sabe... então assim... a gente realmente assim... **apropriar desse lugar que a gente... sujeito constituinte dessa prática...** (Maria Vitória)*

O discurso apresenta o AT como tendo uma “*propriedade*”, algo que lhe é próprio – *uma ação terapêutica de ajuda* -- e os ats precisam se apropriar disso que lhes é próprio, pois eles são os criadores dessa prática: *a gente... sujeito constituinte dessa prática*.

O caráter terapêutico do AT

Na fala de profissionais que o exercem, o AT traz para seu âmbito de ação o caráter terapêutico do trabalho com a clientela/sujeito-paciente.

*(...) ele vai lá e interna num momento de crise... quando o serviço **extra-hospitalar** não deu conta desse, dessa crise... foi uma crise muito grave... então ele é encaminhado para **internação hospitalar**... Aí ele fica nesse período e depois sai... Tem uma outra parte do hospital que... que é uma parte formada por moradores... são antigos os pacientes... **daqueles da era ainda manicomial** (...) Então também a proposta desse curso né, para a gente instrumentalizar os... as pessoas que trabalham... técnicos que trabalham nessas unidades **para que esses pacientes possam ir pra fora**... (...) eles vão **morar em residências terapêuticas**... Então a proposta é fazer esse curso para que o pessoal utilize essa **tecnologia do Acompanhamento Terapêutico pra ajudar esses pacientes a ganhar autonomia**... (...) A proposta inicial era fazer um Acompanhamento Terapêutico nas altas licenças de alguns pacientes que fossem detectados pela equipe de setor... que tava com um processo complicado... por exemplo... é que fosse detectado alguma problemática **familiar... de rejeição**... (...) só que foi aparecendo assim uma carência imensa de criação de **redes sociais**... assim estavam **excluídos** de qualquer **rede social**... até da **família**... mas além da família eles não tinham nenhum tipo de coisa... tinham uma **vida absolutamente sem sentido**... (...) da dos acompanhamentos mesmo que a gente começou a identificar que era a **criação** de alguma **rede de suportes** pra essas pessoas que aquilo comesse a fazer **sentido na vida dele**... Então assim os Acompanhamentos começaram a **ajudar** os pacientes a se **incluírem**... (...) ele começou a fazer parte e a gente fez essa **ponte** de levá-lo até lá até ele se vincular para na alta... Então a gente começou a fazer o Acompanhamento Terapêutico nesse sentido...de **facilitação da alta** e com o objetivo também de fazer ele se **incluir** no tratamento comunitário e não voltar a **reinternar**... então esse passou a ser o objetivo central do Acompanhamento no **hospital**... (...) e a equipe discute... detecta **casos** que estão **complicados**... (...) então a gente faz o Acompanhamento Terapêutico... (Maria Paula)*

O Acompanhamento Terapêutico é algo que tem a ver com *ajuda*, com *inclusão*, *exclusão*, com *ser ponte*, com *redes sociais*, *rejeição*, *família*, *vida sem sentido*, *suporte*, *facilitação da alta*, *hospital*, *não reinternação*, *casos complicados* e *superação da era manicomial*. Esse conjunto de aspectos e ações conferem ao Acompanhamento seu

caráter Terapêutico. Visto que a ação do acompanhante se inicia depois que casos complicados ou problemáticos foram detectados nas instituições hospitalares ou asilares, o caráter terapêutico do AT está articulado a uma dimensão clínica.

No discurso de Maria Aparecida, o AT aparece não apenas com uma dimensão clínica, mas como uma clínica própria

*(...) mas a experiência de você construir a relação no próprio AT (...) quando eu estou **nessa clínica** (...) A relação que a gente estabelece... né... a **clínica que é o próprio ato de você estar em contato com uma pessoa que tem necessidade do seu cuidado terapêutico**... que você tem um objetivo a atingir naquela **relação terapêutica**... que é a favor daquilo que faz sentido para o sujeito atendido... então **a clínica nesse aspecto de criar uma relação entre dois sujeitos que têm suas histórias... têm suas próprias relações com o mundo e que vai estar imbricado ali naquele processo**... sabe a **clínica como processo** mesmo... **como esse ato de atender... de estar junto... de estar ao lado... de acompanhar**... né... e de também nesse processo... se a gente pegar **aquela configuração de clínica que faz diagnóstico**... **levanta os dados... você vai estar fazendo isso**... né... **mas é dentro de um processo**... não tem assim primeiro... claro... tem um momento em que **você está no início da constituição de um vínculo**...(...) porque você vinculou... você estabeleceu uma aproximação maior... promoveu aspectos de estar mais fortalecedor do vínculo... vamos dizer assim... **mas esse próprio processo é a clínica**... essa constituição do ato de atender... de olhar... levantar as dificuldades do que que a pessoa tem... o que que tem por detrás daquilo... esse constante olhar e o se sentir influenciado... o assim... **afetado** pelo outro... o que está sendo atendido ele te afeta... e aí você estar atento pra isso... **lidar com a contratransferência** que aparece... todas essas...
(Maria Aparecida)*

O AT é apresentado como uma *clínica*, definida pela entrevistada como o *ato de estar em contato com quem necessite*. A clínica é uma *relação terapêutica*, e a clínica do AT *é a favor daquilo que faz sentido para o sujeito atendido*. Por esse motivo, a at afirma que o AT diagnostica, mas não à maneira da clínica tradicional, ou seja, o diagnóstico não antecede a terapia, mas faz parte dela, *é dentro de um processo*. Este é nomeado como *a constituição de um vínculo* (...) *uma relação entre dois sujeitos que têm suas histórias... têm suas próprias relações com o mundo*. A clínica do AT é definida como *esse ato de atender... de estar junto... de estar ao lado... de acompanhar*..

Podemos observar que os conceitos de relação (encontro, vínculo) e terapêutica (clínica) se superpõem e ganham significações praticamente superpostas.

(...) a clínica é importante... Ele precisa de medicamento? Precisa... Ele precisa participar de grupo? Precisa... Ele precisa de atendimento individual? Precisa... mas além disso ele precisa ter sentido na vida dele lá fora (...) a gente tem muito a proposta de levar essa prática... do AT... de ver o que faz sentido pra vida dele... (Maria Paula)

A clínica surge nesse discurso como *importante*, relacionada à medicação, à participação em grupos ou a atendimentos individuais. Depois de admitir essa importância, a entrevistada introduz a adversativa *mas* e um *além disso* que assinalam a insuficiência da clínica -- *mas além disso ele precisa ter sentido na vida dele lá fora*. O AT se situa, portanto, nesse além da clínica, o que significa que o adjetivo “Terapêutico” não é sinônimo do adjetivo “clínico”.

Há discursos que apresentam pouca diferença entre o AT e um determinado tipo de clínica, a clínica psicológica.

(...) diferença entre a clínica... psicológica e... Eu vejo pouca diferença... vejo muito pouca diferença... né... eu acho que, ahn, isso é uma discussão, eu acho que isso é uma questão que poderia fazer interdisciplina, ahn, porque às vezes a gente encontra algumas diferenças, porque é um lugar aonde o paciente se dirige até o seu consultório, por exemplo... né, e quando a gente... tá... a gente é at de alguém a gente se dirige até esse alguém... né, a gente faz um outro caminho, né, o que a gente encontra muitas vezes são pacientes que precisam de um acolhimento, ahn... digamos mais... flexível... no cotidiano, né? Não que a gente não acolha o cotidiano do paciente no consultório, você acolhe o tempo inteiro, mas dificilmente você vai, ahn... sentar no, no divã e o paciente vai deitar no seu colo... no consultório, por exemplo... isso é o manejo, esse é um holding... na verdade que a gente dá tanto no consultório quanto no AT, mas no AT isso é muito mais comum... acontecer do que um paciente pedir colo pra você, de fato. (...) Né? Então são poucas as diferenças, o que... eu acho que a grande diferença é no manejo... principalmente no manejo do corpo, né?... do corpo do analista ou do at, né, do que outra coisa. A gente se permite mais emprestar o nosso corpo, físico ao paciente de AT... né? Porque para o paciente da clínica a gente empresta o

nosso corpo, mas de um outro jeito... acho que seria desse jeito menos físico, né? (Maria Cristina)

Maria Cristina monta uma cena em seu discurso que vai do *eu*, ou seja, seu posicionamento singular, até *a gente*, quando então aparece inserida em uma comunidade discursiva. O *eu* vê pouca, “muito” pouca diferença entre o AT e a clínica psicológica, já o *a gente* encontra algumas diferenças, às vezes. Entretanto, essa pouca diferença acaba se relacionando, nesse discurso, à interdisciplinar, ou seja, clínica psicológica e AT se misturam numa prática interdisciplinar.

Apesar do *eu* não ver diferenças entre AT e clínica psicológica, pois ambos são formas de acolhimento do outro, o *a gente* assinala algumas diferenças do ponto de vista da prática: em primeiro lugar, na locomoção, isto é, na clínica psicológica o paciente vai ao consultório, no AT, o at vai ao encontro do paciente; aem segundo, a clínica psicológica se realiza num espaço fechado, no AT predominam os espaços abertos; em terceiro, o *manejo do corpo*, na clínica psicológica não há contacto físico com o paciente, no AT sim.

Essa referência ao corpo é reiterada em todas as entrevistas. Os discursos das entrevistadas se referem a pegar, segurar, dar colo, conter fisicamente, atos que raramente veremos ocorrer em um consultório de Psicologia, a não ser, diz uma das entrevistadas *quando houver risco de agressão*.

Já o discurso de Maria Dolores apresenta o atendimento feito em consultório e o AT como diferentes.

*(...) acho que é **bem diferente** se você for comparar numa intervenção num lugar fechado, num consultório. Eu acho que é **muito mais fácil estabelecer o vínculo no contexto real de vida da pessoa**, ela tá ali te mostrando a **vida real, de verdade** assim, não tá te contando, **escolhendo** aquilo que ela pode te **contar**. Você tá **assistindo, presenciando o dia a dia dela mesmo**, como ela se relaciona... é... Eu acho que isso facilita, conhecer essa pessoa melhor e conhecendo melhor eu acho que você consegue se aproximar com uma outra qualidade assim e ela também vai te ver de um outro jeito assim... é... porque se ele tá indo lá pra te contar as angústias no consultório é bem diferente se você tá tomando café com ele na casa dele né? (Maria Dolores)*

A diferença entre consultório e AT é apresentada pela oposição entre *escolhendo o que contar* e *vida real, de verdade*. O paciente vai ao consultório e escolhe o que dizer, mas no AT isso não acontece porque o AT está *assistindo, presenciando o dia a*

dia do acompanhado. Essa diferença é considerada positiva, pois facilita, conhecer essa pessoa melhor e conhecendo melhor eu acho que você consegue se aproximar com uma outra qualidade. Mas não só isso. A diferença é positiva para o próprio acompanhante que passa a ser visto de outra maneira pelo acompanhado: ela [a pessoa] também vai te ver de um outro jeito.

AT e Reforma Psiquiátrica

Um dos temas que surgem nos discursos é relativo à luta antimanicomial. Desse modo, encontramos desde aqueles discursos que mostram total ligação com essa questão até os que vêem o tema com distância.

(...) se não existisse a reforma psiquiátrica o AT nunca ia poder existir. É... a partir da reforma foi possível pensar outros modos de considerar as pessoas em sofrimento, as pessoas em sofrimento podem ser sujeitos, podem ser... podem ter desejos, podem ser investidas ... é... pensando em todos os âmbitos da vida e dentro de um pensamento médico, de um pensamento que reduz as pessoas e que deixa elas enclausuradas sem ter direito a um nome, sem ter direito a nenhum contato com o mundo é difícil estabelecer esse tipo de contato assim... Eu acho que tem a ver com esse modo de pensar que é super possível fazer AT em instituições, mas eu acho que depende de um pensamento... é... que é bem característico da reforma assim... (Maria Dolores)

Esse discurso atrela a existência do AT à existência da Reforma Psiquiátrica: sem esta, aquele nunca seria possível: *se não existisse a reforma psiquiátrica o AT nunca ia poder existir*. Somente com a Reforma foi possível pensar *de outros modos as pessoas em sofrimento psíquico*.

Esses *outros modos de pensar* são aqueles que consideram o paciente como pessoa, portanto, capazes de desejo e de investimento. É interessante notar que a at fala da pessoa “em” sofrimento, o que sugere um estado e não a condição da pessoa.

Maria Dolores mostra em seu discurso dois pensamentos opostos. Um deles, que impede as potencialidades e dificulta o contato, é o *pensamento médico... que reduz...*

enclausura e destitui as pessoas de seus *direitos*; o outro pensamento é “característico da Reforma”, é o que torna possível o *AT* em instituições.

(...) *eu entrei pra luta antimanicomial antes de começar a fazer o AT (...) e quando eu comecei a ver... a estudar o AT... eu comecei a me interessar por essa... esse procedimento clínico exatamente porque ele era antimanicomial... anti-muros... ele era para o fora... para... e depois... aí quando eu comecei a estudar... eu vi que realmente ele tem uma conexão... porque ele... ele... nasce, eu acho que dentro dessas várias iniciativas que foram surgindo com esses movimentos de reforma psiquiátrica... né... ele num nasce assim do nada... ele... ele foi nascendo de coisas que foram sendo pensadas depois que se questionou o asilamento definitivo do doente psiquiátrico... então ele foi pensado uma coisa de botar o sujeito pra fora mesmo... então foi uma das iniciativas das várias iniciativas que surgiram como resposta a essa necessidade de desmanicomializar o doente mental né (...) eu acho que o AT não teria surgido se... se não tivesse surgido uma necessidade de romper com... com o manicômio né... então ele surge como resposta a isso, eu acho...(Maria Paula)*

Como Maria Dolores, também Maria Paula considera que sem a Reforma Psiquiátrica não teria sido possível o surgimento do AT, o que ela percebeu em dois momentos: inicialmente, quando começou a fazer AT, e, em seguida, quando começou a estudar.. O AT tem, portanto, data e “local” de origem não *nasce assim do nada*, ele nasce de questionamentos, de *várias iniciativas* contra o *asilamento definitivo* e em favor de *botar o sujeito pra fora*.

(...) *eu descobri o AT... é... essa prática chegou até mim através do conhecimento de umas pessoas da luta antimanicomial... A luta antimanicomial exatamente assim... eu acho que não tem ligação com a prática do AT... porque ela é um movimento dentro de um processo maior que é todo esse questionamento do atendimento à saúde mental... mas eu vejo uma relação com o questionamento às formas de atendimento na saúde mental sim... a psiquiatria... né... a nova maneira de se olhar a idéia do manicômio... né... ou assim... ou como desconstruir os manicômios que existem dentro de cada um... por conta de todo esse aspecto histórico e cultural... então tem sim... porque o AT vai trabalhando numa direção que quebra esses paradigmas... ele vai rompendo paradigmas... o próprio ato... vai rompendo paradigmas da própria pessoa lá que... nossa... oh... sabe... tinha um jeito e pode descobrir que tem outra possibilidade... né... e aí eu acho que o AT vai bem... vai bem*

*nessa direção mesmo... **então tem mesmo relação...** eu acho que a gente pode dizer que tenha fatos históricos desse processo... os auxiliares psiquiátricos... os leigos... as pessoas que faziam essa... essa coisa de cuidador doméstico... então acho que são todos... os recreacionistas são figuras que vieram aí trazendo a figura do acompanhante terapêutico... tem um histórico aí... então acho que tem **total relação...** (...) Eu vejo... vejo... é assim... inclusive meu próprio trabalho como **um trabalho dentro da reforma psiquiátrica...** (Maria Aparecida)*

É pela adversativa *mas* que surge a relação do AT com a luta antimanicomial. Essa relação aparece no discurso por uma dessas equações que vão ligando termos. Assim, “luta antimanicomial” se liga com “questionamento da saúde mental” que por sua vez se liga com o AT e, dessa maneira, fechando o círculo, AT se liga à luta antimanicomial. Ou seja, a ligação entre AT e luta antimanicomial não é imediata (como para as duas entrevistadas anteriores) e sim mediada por um movimento mais amplo de questionamento da saúde mental, em particular da Psiquiatria, que suscitou o aparecimento de figuras como o cuidador doméstico, o recreacionista e, por fim, o acompanhante terapêutico. Visto por essa mediação, *então tem mesmo relação (...) tem total relação* com a Reforma Psiquiátrica.

Essa reação é *total* porque, como a Reforma, o AT é considerado também como algo que *rompe paradigmas* e essa quebra não é apenas externa e sim interna, pois é o *desconstruir os manicômios que existem dentro de nós*.

*(...) então é que o AT surge diante da reforma psiquiátrica... é... **mas** eu tenho um processo de ... uma experiência profissional que foi voltada não tão dentro da **saúde mental**, então eu vejo que o AT apesar de ter sido construído a partir daí, da saúde mental, da reforma psiquiátrica, do atendimento à psicóticos... é... eu entro num momento em que eu não vivencio isso, né? Porque **a minha prática é a área social** então eu **tenho um olhar muito mais voltado pra questão social do que da reforma psiquiátrica em si que tá dentro dessa questão da área social** também porque se a gente for pensar na área social ela também é... é... **se funda a partir de algo muito parecido** né? Outras pessoas necessitam de outras visões, de saber seus direitos e deveres, enfim é... meio **ambíguo no mesmo jeito que eu acho que não está, está porque a questão da reforma psiquiátrica foi uma revolução pro mundo**, assim não só pra área da saúde mental, mas pra diversas outras áreas. Mas hoje **dentro da minha prática profissional eu volto muito mais o AT prum olhar mais amplo** do que apenas pra essa questão da saúde mental. Eu vejo um lado que vai além da saúde mental ou*

*contrário que a **saúde mental tá ligada a todas outras áreas da nossa vida.*** (Maria Isabel)

O discurso propõe uma distância entre saúde mental/ Reforma Psiquiátrica e área social, embora a entrevistada também considere que o AT nasce da Reforma Psiquiátrica.

A *área social* surge como algo mais amplo que engloba a saúde mental e, portanto, o AT. Entretanto, a própria entrevistada vai perceber seu discurso como ambíguo, pois diz que *ao mesmo tempo... não está e está*, ambigüidade vinda do fato da Reforma ter sido *uma revolução para o mundo*. Dessa maneira, a amplitude social da Reforma Psiquiátrica situa a saúde mental na *área social -- a saúde mental tá ligada a todas outras áreas da nossa vida*. Dessa maneira, para *um olhar mais amplo*, a diferenciação de social e saúde mental, se desfaz porque uma engloba a outra e vice-versa. que engloba o um.

(...) *Acho que isso da luta **antimanicomial** é uma questão bastante **importante**, mas que... nunca... **eu nunca levantei nenhuma bandeira**... nunca fiz parte de grupos levantando bandeira... né? (...) Eu acho que quem tem **uma disposição mais social**, né? **Essa preocupação é mais social**, então eu acho que *cê vai ter um discurso que caminha pra isso, né. Se você tá mais preocupado com a **condição humana em si**, esse discurso é outro, né? Então, eu acho que tem... **tem muita diferença... do ponto de vista de se pensar o AT**, né? Como... ahn... **que relação você estabelece com seu paciente**...* (Maria Cristina)*

A luta antimanicomial é posicionada por esta at como social -- *Essa preocupação é mais social*- em contraposição à *condição humana em si*. O AT enquanto ação desta at aparece em seu discurso desligado tanto da luta antimanicomial como das questões sociais -- *tem muita diferença... do ponto de vista de se pensar o AT* porque este se volta para a relação que um at *estabelece com seu paciente*. O At situa-se nas relações intersubjetivas e não nas relações sociais e a luta antimanicomial está situada nestas últimas..

Propostas e metas do AT

(...) *Só que naquela proposta de, pontual do hospital... que era encontrar algo para ele se incluir... encontrar um sentido e aí ele ter alta... (...) por isso que ele é bastante pontual... tem uma outra... (...) ele ia ter uma proposta um pouco diferente daquela proposta mais tradicional... aquela que vinha sendo construída pelos primeiros ATs mesmo... que eram atendimentos às vezes muito prolongados com várias construções vamos dizer... ali entre a dupla né... mas era uma coisa bastante pontual... (...) mas ele estava bastante delirante... no sentido de montar idéias a respeito da própria vida... que estavam bem fora do contexto de realidade... compartilhada... vamos dizer assim... daquilo que poderia ser feito... poderia ter conseguido em pouco tempo... inclusive... pode ser que se esse Acompanhamento Terapêutico fosse sem data para terminar... até fosse viável ajudá-lo a ser arquiteto... Só que naquela proposta de, pontual do hospital... que era encontrar algo para ele se incluir... encontrar um sentido e aí ele ter alta... não dava tempo... entendeu? (Maria Paula)*

O discurso narra uma relação de AT em que o paciente espera mais do que seria possível por se tratar de um AT chamado por Maria Paula de *pontual do hospital*, que ela contrapõe a um outro, *mais tradicional*, que vinha sendo construído pelos primeiros ATs. A proposta *tradicional* aparece referida pelos pronomes *daquela*, *aquela* que nos sugere a idéia de que a at supõe um conhecimento por parte da entrevistadora sobre ao que ela esta se referindo.

O uso de termos como *algo para se incluir* ou ainda *encontrar um sentido* que, pelo conjunto das entrevistas que já examinamos, caracteriza todo e qualquer AT, torna compreensível porque Maria Paula se refere a dois ATs, explicitando a necessidade de diferenciá-los. A proposta *pontual* é descrita como algo delimitado no tempo (com data para terminar), no espaço (o hospital) e no objetivo (ter alta). Em outras palavras, o objetivo *pontual* é limitado – *ter alta* – enquanto que o tradicional, no caso narrado, é ajudar o paciente *a ser arquiteto*, objetivo irrealizável porque o AT realizado é o *pontual*. Donde a afirmação de que o paciente, que não desejava simplesmente ter alta, ser ajudado a tornar-se arquiteto, tornar-se *bastante delirante e fora da realidade*.

(...) *o objetivo vai ser aquilo que vai fazer sentido pra vida da pessoa... então se a gente pensar em inclusão... que inclusão vai fazer sentido pra ele... né... porque às vezes a gente fala de inclusão... parece que assim... ele não está trabalhando...*

ele tem que trabalhar... ele está em tal coisa... ele tem que plantar coisa... ele não sai de casa... ele tem que sair de casa... ele não está na escola... ele tem que ir pra escola... então por si só não é processo de inclusão... a inclusão é aquilo que ele pode se abrir de si próprio no contexto onde ele está... uma relação diferenciada com a família... com um ente da família ou do seu próprio local de trabalho... porque a pessoa pode ter uma função... ou... sabe... com a vida... então a gente tem que estar olhando para o que faz sentido para a pessoa... então o objetivo ele vai sendo alcançado na medida em que junto com essa pessoa... ele mesmo vai demandando até onde chegou... o que aconteceu... e isso você pode ir trabalhando dentro do processo... você pode promover situações em que você possa fazer essa avaliação a partir da própria pessoa... deixar o espaço... do que ela acha... do que que mudou... do que que não mudou... da própria experiência dela... isso vai aparecendo no processo... então o objetivo vai por esse aspecto aí... então a busca do sentido... do sentido da meta ser alcançada pela pessoa... né... pela pessoa e não o que você acha que ela tem que alcançar...(Maria Aparecida)

Maria Aparecida apresenta o que ela entende por objetivo do AT com os mesmos termos que encontramos nos discursos sobre todos os aspectos do AT, ou seja, o objetivo é o que *faz sentido pra vida da pessoa*. Essa expressão ganha aqui um sentido muito preciso: o AT tem como objetivo a inclusão, mas esta não aquela que se pode imaginar à primeira vista ou a inclusão imaginada pelo senso-comum (trabalho para o desempregado, escola para a criança, etc.) e sim aquela que *faz sentido pra vida da pessoa*, é encontrar dentro de si algo que leva a estar realmente com os outros ou pelo menos com alguns outros. O AT é um processo em que se promovem situação nas quais a pessoa possa *se abrir* e o acompanhante possa avaliar qual é a inclusão desejada. O objetivo ou a meta do AT é, assim, determinado pelo objetivo ou pela meta do próprio acompanhado. Há, assim, dois agentes: a acompanhante, que *promove situações e avalia*, e o acompanhado, que determina por si mesmo sua meta.

Isso nos dá pistas para entender as idéias de dar sentido à vida, de desejo e de autonomia que as entrevistadas usam constantemente. Seus discursos parecem mover-se em generalidades, mas as ats estão tentando entender o significado da sua prática e é isso que, finalmente, é chamado por elas de *ético* e que o AT é *essencialmente uma ética*. As falas das ats são um dizer que busca algo que supere a violência (seja familiar, social ou psiquiátrica).

(...) *Aí eu **expliquei** pra ele qual era a **proposta do trabalho**, o que a gente ia fazer... é... e **ele topou**, foi muito bacana assim...* (Maria Fernanda)

Nesse discurso vemos também dois agentes: a at que propõe e o acompanhado que *topa*. No entanto, o discurso desta at mostra um outro modo do Acompanhamento se iniciar. De fato, para que ele se inicie, a at diz que explicou a proposta de trabalho e essa maneira de começar um AT é distinta de grande parte dos discursos das ats que apresentam o Acompanhamento feito na parceria com o paciente, ou seja, o que vai ser feito é combinado entre os parceiros acompanhante/acompanhado, levando-se em consideração o desejo do acompanhado. Aqui surge um elemento novo: o Acompanhamento aparece como um trabalho a ser compreendido, ou seja, o entendimento não se dá espontaneamente, há a necessidade de uma explicação, dada pela at, que, portanto, se relaciona inicialmente com a inteligência do paciente. Tendo compreendido, ele *topa*, isto é, seu desejo se mobiliza.

Isto nos chama a atenção para a diversidade do AT que vem sendo apresentada pelos discursos e que, inclusive, como vimos, foi explicitada por Maria Cristina quando em seu discurso diz que cada at faz uma coisa diferente de outros ats.

(...) *Então... é como eu te falei... é... é... eu... a gente começou a pensar o **Acompanhamento Terapêutico como um dispositivo** éh... pra compor um projeto dentro da **reabilitação psicossocial**... então a gente pensou muito o AT dentro desse referencial... mas também a **reabilitação psicossocial não constitui um referencial teórico** dado... ele só coloca... ele foi surgindo... é... é como uma postura mesmo de construção de projeto terapêutico né... em que você tem que ter várias ações inusitadas... pra ajudar aquela pessoa a ganhar autonomia... se incluir socialmente... (...) então eu coloco o **Acompanhamento Terapêutico como compondo um projeto de reabilitação psicossocial... de atenção psicossocial** né... isso é uma coisa... eu acho que um dispositivo... agora **dentro** do Acompanhamento Terapêutico... na ação direta ali... no **vínculo**... eu utilizo bastante... é... o re... vamos dizer assim éh...ahn... eu **não diria referencial teórico**... mas assim... um **pouco da teoria winnicottiana**... (...) então assim naquele “vamos ver” **muitas vezes eu utilizo mesmo muito esse referencial**... a questão do cuidado... do holding... da sustentação (...) mas de uma forma geral eu encaro o Acompanhamento Terapêutico ele é **um dispositivo da reabilitação**... (Maria Paula)*

Maria Paula se coloca fazendo parte de uma comunidade discursiva pelo emprego do *a gente*. Essa comunidade identifica o Acompanhamento Terapêutico a um *dispositivo para compor um projeto dentro da reabilitação psicossocial*. A proposta do AT, portanto, é essa reabilitação. Todavia, nota-se que há uma hesitação no discurso ao indicar que o projeto possui um referencial teórico: *desse referencial... mas... não constitui um referencial*. A hesitação se esclarece na sequência do discurso, pois se o AT é um processo de construção da autonomia do acompanhado, o processo pareceria perder a dimensão autônoma se tiver um referencial vindo de fora do processo. Há assim, o AT como dispositivo (vindo do referencial teórico) e o AT na ação direta do encontro ou do vínculo. A at não faz uma síntese, mas deixa aberta a dificuldade porque apenas justapõe as duas apresentações do AT. Além disso, mesmo no tocante ao referencial teórico winnicottiano há hesitação: *eu não diria referencial teórico e eu utilizo muito esse referencial*. Neste caso, ela procura atenuar a ambigüidade afirmando que se trata de *um pouco da teoria winnicottiana*, mas de toda ela.

(...) porque é ***muito focada na questão do ganho da autonomia...*** (Maria Paula)

Aqui surge a idéia de um foco do AT, ou seja, este possui um objetivo determinado, uma direção definida, pois determinação e definição são marcas de um foco. Este, portanto, estabelece para onde todo e qualquer Acompanhamento deve rumar: para o *ganho de autonomia* pelo acompanhado.,

SÍNTESE DA ANÁLISE

O conjunto das entrevistas evidencia que o acompanhante terapêutico pode ser percebido por nós por intermédio do conceito de sujeito dobradiça: o at é o suporte de um discurso que encena o sofrimento psíquico do outro e é ele próprio um sujeito psíquico singular, na medida em que cada acompanhante constrói a cena e se relaciona com ela de modo diversificado segundo a maneira como sua subjetividade foi sendo moldada pela relação institucional.

Apoiados na estratégia metodológica de Guirado (2009) pudemos evitar o risco de propor de antemão o que seria o sujeito at, mas, pelo contrário, pudemos vê-lo se auto encenar no discurso das próprias entrevistadas.

Nossas análises não foram acidentais, isto é, procuraram não se fragmentar na proliferação dos discursos das entrevistadas, mas encontrar nesses discursos uma trama discursiva cujos fios são temas como sofrimento, encontro, vivência, sentido da vida, vínculo, função, rede, território, autonomia... Em outros termos, os discursos configuraram uma lógica própria, abrindo a possibilidade de uma reflexão sobre o AT em novas perspectivas.

O conjunto das categorias e dos temas instituídos pelas práticas discursivas das entrevistadas evidencia que essas práticas discursivas estão instituídas por sua relação com outras práticas discursivas produzidas tanto pela sociedade como um todo quanto pelas instituições diretamente articuladas com o AT.

Dessa maneira, os pacientes aparecem designados com termos provenientes da prática discursiva psiquiátrica, psicanalítica, anti-psiquiátrica, psicológica e filosófica: pessoa em sofrimento psíquico, esquizofrênico; pessoas com transtorno psíquico grave; transtorno bipolar; algum outro transtorno mental, esquizofrenia paranóide; sujeito. Os discursos também se referem ao que se passa com os acompanhados: o medo, delírios, alucinações, abandono familiar, risco de suicídio, psicose, problemas físicos, usuários de drogas, resistência medicamentosa, síndrome do pânico, depressão, agressividade, hostilidade, dependência.

Os discursos apresentam os ats trabalhando com o sofrimento psíquico dos pacientes, sofrimento visto como o que tira do paciente sua identidade fazendo-o identificar-se com um diagnóstico. É apostando na existência de um desejo próprio e de uma história anterior à doença que o paciente não é percebido só como falta ou

privação, mas visto como alguém capaz de “exercer alguma atividade criativa no mundo...”. É por isso que pudemos dizer que os pacientes são apresentados como carentes, mas não desprovidos de tudo.

Algumas entrevistadas trouxeram para a cena a questão da solidão: pacientes sozinhos, solitários, em completo abandono são pacientes que necessitam do AT. Assim, o AT aparece como um dispositivo a mais de cuidado. Essa é uma das razões pelas quais elas enfatizam a necessidade e importância da criação de redes sociais de suporte aos pacientes e familiares.

De acordo com as entrevistadas, o AT atende a uma demanda diferente daquela psiquiátrica, atendendo pessoas que as ats designam como tendo “problemas sociais”, como é o caso do AT feito com crianças, com pessoas em situação de rua, vulnerabilidade e abandono, deficientes físicos, usuários de drogas.

Os pacientes do AT são apresentados como tal, porém sua situação é considerada consequência das circunstâncias de vida que estão passando e não uma condição estática e definitiva (alguém “está” paciente, mas não “é” paciente). São pessoas passando por dificuldades, que estão vivendo mal, cuja vida está ruim naquele momento por uma série questões que podem ser tanto doenças como situações desagregadoras que as deixam infelizes. Dessa maneira, tanto a doença como a infelicidade podem estar na mira do AT.

É interessante notar que a demanda por AT pode se deslocar e o sujeito atendido passa de um indivíduo para a família, é esta que se torna o paciente do AT.

Encontramos nos discursos que *sair* é palavra chave. Tanto a saída do terapeuta *pra ir na casa do paciente...* como sair com o paciente. O AT pode acontecer em muitos lugares, tanto lugares públicos como privado, como a casa do paciente, e ainda em outros lugares.. As saídas do terapeuta com o paciente são para *ajudar*, assim o AT tem a característica de ajudar o paciente. Sobretudo, *ajudar a sair*. Este verbo aparece em três sentidos principais: o deslocamento físico-espacial; o sair-de-si para o encontro com o outro; e o sair psíquico e social, isto é, abandonar uma situação rumo a uma outra, nova. Por isso mesmo o trabalho do AT está ligado ao interesse, à criação de interesse, ao despertar do desejo e à atividade criativa.

As entrevistadas enumeram as atividades que constituem seu fazer: o at conversa, escuta, avalia, orienta, suporta, apóia, indaga ao paciente sobre suas decisões e sobre seus desejos, promove condições que ajudem a sair de uma situação conflituosa, tem atitude clínica proporcionando encontros entre membros de uma família para que

possam contar suas histórias. Os discursos também apresentam o passear, o brincar, o jogar, o aproximar-se e o pensar como fazeres do at.

Os discurso mostram que o AT e os ats, a partir de situações apresentadas, *aproveitam, recuperam, falam, trabalham, não interferem*. Ou seja, acompanhar é apresentado como um fazer algo, é sempre optar por um fazer, pois mesmo na não interferência parece que faz uma opção de não interferir.

O conjunto dos discursos evidencia que o lugar ocupado pelo at é o lugar da dúvida, da incerteza, do risco seja porque não há um saber teórico ou um conjunto de regras que determinem sua prática, seja porque deliberadamente optam pela recusa dessas determinações e aceitam o inesperado e o inusitado.

Por isso mesmo as entrevistas mostram que os ats se vêem como pluralidade e diversidade. Assim, o AT é apresentado como um fazer variado -- *as pessoas fazem coisas muito variadas no AT, cada at faz uma coisa diferente do outro*. A decisão sobre o que deve ser feito é tomada a cada encontro -- *numa conversa a gente vê o que a gente vai fazer*. Este fazer pode ser conversar, ficar em casa ou sair. Contudo, o propósito desse fazer é *dar conta de alguma necessidade do paciente*. O at faz aquilo que for necessário para *ajudar o paciente a caminhar e/ou poder lidar com a sua agressividade*. Há um lugar a ser proporcionado pelo at para o paciente que é *um lugar de relação*. Por isso todos os discursos centram o AT no *encontro* com o outro (sobretudo com a dor e o sofrimento do outro) e no *vínculo* intersubjetivo.

O discurso nos apresenta, por tudo isso, o at como alguém que não pode ser rígido, *tem que ter disponibilidade*. A não rigidez mostra que há a necessidade de disponibilidade interna, mas o discurso nos traz também a necessidade de uma disponibilidade de tempo, o at precisa ter disponibilidade de tempo por não saber o que vai acontecer, ou seja, por não saber quando o paciente necessitará de sua permanência por mais tempo. Essa questão do tempo também traz à cena o inédito e o at como aquele que trabalha, que lida com o desconhecido, pois *a gente nunca sabe o que vem a seguir....* E desse modo, com as aparições daquilo que é inusitado e inesperado o discurso apresenta o at como quem supera obstáculos, mas principalmente como quem vivencia as emoções e sentimentos do paciente, pois são estes que produzem o inusitado e o inesperado.

O encontro, o vínculo e o inesperado/inusitado determinam a maneira como os discursos se referem ao espaço e ao tempo. Se, de um lado, ambos possuem o sentido físico ou externo, ambos possuem uma dimensão mais profunda, interna, Como espaço

externo, é a casa, a rua, o shopping center, a fazenda, o hospital, o asilo, etc; o tempo externo é o do relógio e da sucessão de instantes. O espaço recebe uma primeira interiorização quando é chamado de espaço público a ser reapropriado pelo paciente na conquista de seus direitos. Mas a profundidade espacial profunda é aquela em que espaço é *um pedaço dentro da gente* que propicia o encontro com o outro. O tempo interno é *um encontro com o psiquismo e um processo de construção da autonomia* do paciente. A interioridade espacial e temporal nos faz entender o que o discurso chama de *vivência*.

As entrevistadas qualificam todo AT como difícil, e a dificuldade aparece ligada ao não saber. A dúvida, o inusitado, assim como a falta de um lugar regado como o consultório são os elementos complicadores do AT, e a técnica aparece como elemento facilitador. O discurso apresenta dois tipos de técnica, uma que facilita, pois não se tem que lidar com o inusitado trazido pelo sujeito-paciente (a técnica elimina o sujeito-paciente ao prescindir dele); e uma outra, não facilitadora, que serve ao sujeito-paciente, mas, por isso mesmo perde as qualidades que a tornavam facilitadora, uma vez que ela variará conforme as circunstâncias e as demandas do sujeito paciente. A técnica que facilitava pela sua uniformidade (empregada para todo e qualquer sujeito-paciente) deixa de ser facilitadora por que se altera em cada caso, e dessa forma deixa de eliminar o inusitado. O AT vai sendo enunciado como um experienciar, uma vivência na qual o difícil é a *proximidade tão forte que é esse tipo de acompanhamento*, sem qualquer anteparo técnico de intervenção. O difícil é acompanhar o paciente em seu sofrimento, sem proteções contra o inusitado desse fazer.

Uma outra dificuldade/facilidade apresentada pelos discursos é de natureza emocional. Enquanto a facilidade está relacionada ao reconhecimento do at pelo paciente, ou seja, ao vínculo afetivo e à ausência de angústia do at, (é interessante notar que em alguns discursos o AT “fácil” é visto como “gratificante” e não propriamente fácil), ao contrário, a dificuldade é traduzida como angústia, inquietude, impotência, sofrimento e exaustão do at. Essa exaustão aparece seja porque o at precisa, a cada momento, *tirar da cartola* uma solução ou uma resposta, seja porque não há limitação do tempo de acompanhamento (mesmo quando há um contrato ou *um combinado* que determina esse tempo), o at podendo, em certas situações, *ficar de domingo a domingo com o paciente, ficar mais de doze horas com o paciente*, seja, enfim, porque o envolvimento emocional é tão intenso que, mesmo depois de separar-se fisicamente do acompanhado, o at *sonha com ele*.

Assim, não nos deve surpreender que nos discursos o at não se diferencia corporalmente do paciente, ele se funde, se mistura, como se houvesse uma *fusão de corpos*. O at deixa de existir enquanto sujeito diferenciado, posto que serve de sustentação quase total ao outro, está fusionado com outro corpo e é criação de outro corpo para ser usado pelo acompanhado. O at é uma *mãe suficientemente boa*, que põe no colo, abraça, segura, sustenta, toca e é tocada. O at é aquele que *empresta seu corpo para o paciente*.

De acordo com as entrevistadas, o paciente é alguém que sente uma falta. Podemos dizer que a falta é de AT, e assim, o que é demandado por sua clientela é o preenchimento da falta, que está ligada a idéia de *dar sentido para a vida*, ou seja, a possibilidade de criar sentidos.

A vocação desse trabalho, indicada, como vimos, pelo verbo *sair*, visa ao fora: levar os pacientes para fora, isto é, para fora de si, da família, dos hábitos, da casa, do hospital, da rua - em suma, mudar de sentido sua vida dando-lhe um novo sentido ou simplesmente, sentido. Como dizem algumas das entrevistadas, trata-se de assegurar ao paciente que tenha *mais poder sobre a sua própria vida*, que seja capaz de *ganhar autonomia*.

Os discursos afirmam que a formação específica para AT tem que ser ampla: algumas entrevistadas dizem que devem fazer parte da formação do at conhecimentos de Antropologia, Sociologia, Filosofia, Saúde, Psicologia, Psicanálise, Reabilitação Psicossocial, Medicina, Enfermagem, Políticas de saúde, Psicopatologia e sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Ao mesmo tempo, algumas entrevistadas consideram necessário que a formação para o Acompanhamento Terapêutico tenha a particularidade de formar o at com a especificidade de ser uma *função de acompanhamento*. Está presente, portanto, uma questão de profissionalização, ou como diz uma das entrevistadas, *profissionalizar como função*. O AT surge como preenchimento de campos inacabados das formações de origem dos profissionais que julgam a formação em AT importante porque ela ajuda a complementar a formação de profissionais de diversos campos.

Quanto ao conteúdo da formação, alguns discursos afirmam que é preciso seguir um eixo, o eixo da clínica. Toda a formação deve se pautar pela questão da clínica, que será, justamente, a primeira coisa a ser definida e conceituada por seus elementos, como o enquadre e o *setting*.

O AT é designado pelos discursos como: um fazer, uma prática, uma atuação, um exercer, uma ajuda, um encontro, uma vivência, um vínculo, uma saída de si, um procedimento clínico, uma escuta, uma ponte, um suporte, uma tecnologia de ajuda, uma promoção de autonomia, uma intervenção, um conhecimento humano, uma ação direta, um estar com o corpo, uma especialidade, uma função. Essa pluralidade de designações encontra uma síntese quando o discurso o nomeia como *um dispositivo de reabilitação psicossocial* não normalizadora nem normativa. Não normalizadora: ao discutir a meta do AT como propiciar inclusão, o discurso recusa o senso-comum para o qual a inclusão é ocupar o devido lugar e afirma que a inclusão é definida pelo desejo do paciente. Não normativa: porque não segue nem impõe normas exteriores ao próprio processo de acompanhamento.

Isso nos leva ao tema da clínica.

Os discursos identificam a clínica ao que é normalizador e normativo e a ela opõem o trabalho terapêutico do Acompanhamento Terapêutico. Entretanto, estes mesmos discursos afirmam que o AT é uma clínica, porém a clínica do AT é sem controle da técnica e de teorias. Estas podem ser um *referencial teórico* a ser utilizado pelo at, quando este julgar ser o caso.

A *vivência* é outra característica que serve para diferenciar o AT e o atendimento clínico em consultório. Além da dimensão espacial e temporal que diferencia essas duas práticas, a vivência as diferencia por que, no consultório, o paciente *escolhe o que quer contar* e o que quer silenciar, mas no AT, isso não é possível porque o at está presente na *realidade da vida cotidiana* do paciente, presencia todos os acontecimentos.

Algumas entrevistas dizem ver pouca diferença entre clínica psicológica e AT. Entretanto, apesar de serem poucas as diferenças algumas são apresentadas como o fato de no AT não ser o paciente quem vai ao consultório ou ao encontro do profissional, enquanto na clínica psicológica esse movimento é feito pelo paciente; ou ainda o fato de no AT o acolhimento ser *mais flexível* e a presença do corpo ser fortemente solicitada; ou ainda o fato de que há diferença com relação ao tempo de atendimento os Acompanhamentos têm ou podem ter mais tempo de duração do que o atendimento clínico (uma sessão de psicologia normalmente dura cinquenta minutos, porém um atendimento em AT pode durar 12 horas ou até mais).

Quando reunimos os discursos considerando os temas da formação do at e da descrição do AT sem o suporte de regras e técnicas prévias, torna-se claro porque todos os discursos consideram o Acompanhamento Terapêutico interdisciplinar, embora,

como vimos, a Psiquiatria seja uma referência explícita ou implícita constante. No entanto, cada um vê em sua profissão de origem o núcleo do AT.

As entrevistadas terapeutas ocupacionais se interessam pelo AT pela semelhança que encontram entre o AT e a TO. São apresentados como pontos de semelhança as saídas com os pacientes e a organização do cotidiano.

O mesmo ocorre com as entrevistadas enfermeiras, para as quais são os atendimentos em domicílio, chamados visitas domiciliares, que caracterizam a semelhança.

Quanto às entrevistadas psicólogas, são pontos de convergência, o fato de ser um atendimento voltado primeiramente à saúde mental, a utilização da teoria psicanalítica e outras teorias psicológicas para o entendimento dos casos.

Alguns discursos também mostram a relação do AT com a psicoterapia corporal e a saúde mental..

A teoria da Reabilitação Psicossocial surge como um referencial polifônico. Tanto para o AT como para a Reabilitação Psicossocial, trata-se de ações de inclusão e de inserção sociais. Mas enquanto a Reabilitação Psicossocial baliza e fundamenta a atividade de profissional da saúde mental como um todo, o AT é considerado um dispositivo que *compõe um projeto de Reabilitação Psicossocial*.

Outro referencial teórico que aparece nos discursos é psicanalítico, especificamente o winnicottiano, que através da idéia do *holding* e de fusão de corpos, oferece ao AT uma compreensão da atividade do at e uma direção para o seu agir. O referencial lacaniano, que oferece compreensão sobre o funcionamento das psicoses e dos psicóticos, aparece implicitamente quando os discursos se referem a isso. Com menor frequência, surge nos discursos a psicanálise reichiana e neo-reichiana relacionada ao campo da pesquisa em AT.

Assim como os discursos não definem o AT, mas designam suas características, assim também não definem o profissional da área, mas enunciam suas propriedades e características.

O at é qualquer um que faça esse acompanhar; um acompanhar que pode ser desenvolvido por qualquer pessoa que tenha uma formação, não necessariamente universitária. A formação para o AT permite ao acompanhante saber transformar uma relação comum numa relação terapêutica ou clínica. Dessa maneira, são parceiros: pessoas da área da saúde, terapeutas ocupacionais, médicos psiquiatras, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, quem se sentir “convidado” pode vir a ser at.

Para algumas entrevistadas, a possibilidade do AT foi criada pela Reforma Psiquiátrica. Alguns discursos são enfáticos, declarando que sem a Reforma *nunca* teria existido o AT.

Em outros discursos, essa relação não é imediata e sim mediata. A luta antimanicomial se insere no campo da saúde mental, esta, no saúde pública e esta na *área social* de maneira que a Reforma Psiquiátrica deve ser considerada no interior de um movimento histórico-social mais amplo no qual, por ser parte da saúde mental, vem se inserir o AT. Este recebe da Reforma o impulso para a *quebra de paradigmas* das formas de atendimento na saúde mental. Dessa quebra, são mencionados dois efeitos: a percepção do sofredor psíquico como sujeito, portanto, com desejos e direitos, e a disponibilidade interior do acompanhante para se transformar no contacto com o acompanhado.

As entrevistadas apresentam também as especificidades do AT:

1) não tem técnica definida e definitiva; 2) envolve vários conhecimentos, mas não constitui uma técnica; 3) é conhecimento humano; 4) lida com o inesperado; 5) dá resposta humana e não técnica; 6) reapropria o espaço público para quem dele foi excluído; 7) lida com psicopatologia; 8) feito por pessoas que são profissionais, mas não são profissionais de AT e sim de diferentes formações e campos; 9) é um compromisso ético com seu acompanhado; 10) é uma vivência.

Fica evidenciado que as entrevistadas afirmam como núcleo de sua prática oferecer aos pacientes um caminho que lhes permita dar um sentido às suas próprias vidas. As entrevistadas articulam esse objetivo com a prática de criação de vínculos e esta prática conduz a uma questão importante na cena institucional do AT que é a formação das redes sociais de apoio.

Nos discursos das entrevistadas, as redes sociais aparecem como aquilo que falta e precisa ser criado. O lugar dos pacientes aparece configurado como lugar dos excluídos, *excluídos de qualquer rede social... até da família*, pela qual são rejeitados, da qual são afastados e finalmente expulsos. A exclusão tem como efeito um isolamento que é vivenciado pelo paciente como a total falta de sentido de sua vida. Dessa maneira, as entrevistadas afirmam que a atuação para oferecer um sentido a essa vida precisa, de modo necessário e urgente, de redes sociais por que estas instituem formas de inclusão por meio das quais os pacientes podem configurar um sentido para sua existência. Uma vez que o AT é apresentado como uma atuação em vista de conferir sentido a vidas sem

sentido, e uma vez que essa atuação precisa das redes sociais, os discursos das entrevistadas deixam clara a articulação entre acompanhamento e rede.

De fato, uma rede social é um dispositivo social composto por pessoas ou organizações, ligadas por um ou vários tipos de relações, e que partilham valores e objetivos comuns. Uma das características fundamentais na definição das redes é o fato de possibilitar relacionamentos horizontais e não hierárquicos entre os participantes. A rede, dessa forma, é aberta e porosa. A rede é uma ligação social cuja conexão principal ocorre por meio da identidade.

Os discursos nos permitem dizer que **o AT é um dispositivo que institui novos dispositivos.**

CAPITULO V

REFLEXÕES SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO e CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da perspectiva do AT como instituição buscamos neste capítulo refletir sobre as principais transformações nos discursos sobre o AT nos últimos 15 anos. Para isso realizamos um diálogo com o trabalho desenvolvido por Reis Neto (1995), no qual ele realiza uma genealogia do AT no Rio de Janeiro.

Reis Neto (1995), discute a compreensão da “identidade” do acompanhante terapêutico, ou seja, uma busca que se assemelha à nossa, embora não seja a mesma, quando nos propomos a estudar o Acompanhamento Terapêutico na perspectiva dos ats. O autor vai pelos caminhos da genealogia foucaultiana e, dessa maneira, nos fornece material para pensarmos o que se dizia do AT ontem e relacionarmos ao que se diz do AT hoje.

O AT Ontem

O estudo de Reis Neto (1995) mostra que é entre as décadas de 1980 e 1990 que se inicia a busca por uma especificidade do trabalho de acompanhamento. Destaca o autor que, na década de 1990, o AT ocupa “*um espaço intermediário entre uma prática psicoterápica reconhecida como profissão e um estágio pré-profissional*” (Reis Neto, 1995, p. 4), ou seja, o acompanhante era alguém que ainda não era profissional, mas estava em vias de se profissionalizar

Os estudos que vimos tanto de Reis Neto (1995) como de Alex Sandro Tavares da Silva (2005), entre outros, ao se referirem aos “saberes” ou “conhecimentos teóricos” para o exercício da atividade de at mostram uma busca dos ats por um saber específico em meio a uma grande vastidão de saberes. Destaca o autor que quanto ao saber, “*não está definido o que um at deve saber para ser acompanhante*” (Reis Neto, 1995, p.5). Os escritos de Reis Neto (1995), Silva (2005) e muitos outros nos remetem a teorias da psicologia e psicanálise. Reis Neto (1995) diz que havia (nos anos 1990)

...um discurso que aponta para a necessidade de que aquele que acompanha possua conhecimentos teóricos para o exercício de sua atividade, tais como teorias do sujeito, teorias da família, psicodiagnóstico, etc., ao mesmo tempo em que procura situar o acompanhamento como uma prática clínica... (Reis Neto, 1995, p. 5).

Ou seja, os conhecimentos teóricos propostos são advindos da área “psi”.

Para Reis Neto, a questão da identidade do acompanhante é pensada por referência às seguintes questões principais: o estatuto profissional desta prática; o estatuto teórico e o lugar do acompanhante na relação com o terapeuta e com o paciente.

Desse modo, a questão da profissionalização está diretamente ligada à questão da *identidade*, trabalhada por este autor. Diz ele que a época na qual surge o AT, ainda como atendente ou auxiliar psiquiátrico, é um tempo de contracultura, de questionamento de identidades – questionava-se o estatuto de “louco” e de “saudável”, por exemplo. Já mencionamos no Capítulo II que é muito interessante acompanhar esse autor sobre a mudança dos significados em relação a ter ou não ter uma identidade profissional. Diz ele que, em um primeiro momento, este da contracultura e do questionamento, não ter uma identidade profissional e, portanto, não carregar consigo um saber instituído cheio de regras e técnicas era considerado terapêutico, uma vez que o saber técnico estava sendo posto em jogo quanto ao seu valor de tratamento e cura. A esse momento Reis Neto (1995) chama o nome de momento “antipsiquiátrico”.

Contudo, diz este mesmo autor, ao estudar o surgimento e desenvolvimento do AT no Rio de Janeiro até 1995, há um segundo momento, chamado por ele de “psiquiátrico”. Esse momento caracteriza-se por ter o trabalho do AT ficado muito ligado a alguns psiquiatras com *tendências mais tradicionais de tratamento* (Reis Neto, 1995, p. 10) e que utilizavam o AT como coadjuvante de seu trabalho. Nessa época, há uma mudança de sentido quanto ao “não saber” dos ats. Esse não saber possui uma conotação de minoração e o at é aquele que “não sabe tanto”, e por isso, sua atividade não é “tão terapêutica” – o at é, dessa maneira, encarado como um “terapeuta menor” ainda em formação e, como mera extensão do psiquiatra (ou do psicoterapeuta), não possuía identidade própria.

Entretanto, diz Reis Neto (1995) que aqueles que exerciam o at nessa época já eram, em sua maioria, profissionais formados nas áreas “psi” e, fortemente influenciados pela psicanálise, desejavam que sua prática em Acompanhamento Terapêutico tivesse um reconhecimento enquanto “clínica” e deixasse de ser visto como mera extensão de

uma clínica dita “verdadeira”. O at, nessa busca do reconhecimento da dimensão clínica dessa atividade passou a ter necessidade de construir um discurso próprio que pudesse acabar com a *fragilidade do estatuto institucional e teórico desta prática* (Reis Neto, 1995, p. 6). Diz esse mesmo autor que, em 1995, os ats debatiam-se

...com questões básicas [como] o que faço junto ao paciente e de que maneira isto se torna terapêutico?; sou um terapeuta ou um auxiliar?; devo auxiliar a que psiquiatria?; enquanto grupo de acompanhantes terapêuticos, devemos tornar-nos ou não uma instituição?, etc... (Reis Neto, 1995, p. 13).

Observamos, assim, uma inquietação com respeito ao estatuto teórico e institucional do AT. Parece que, desde o princípio, há uma inquietação dos ats quanto ao seu reconhecimento, o que vai surgir, numa primeira fase, como reivindicação da mudança de nomenclatura, de auxiliar ou atendente para acompanhante – tal qual ocorreu em Buenos Aires - e, em outra fase, como questão de ser reconhecido pelos outros profissionais e, portanto, uma questão de profissionalização, com a reivindicação do reconhecimento do caráter clínico do AT. A problemática está no fato de que o Acompanhamento não deixava de ser um período de passagem entre a formação acadêmica e o estabelecimento do profissional em seu consultório particular. Ao se estabelecer profissionalmente em sua área acadêmica (psiquiatria, psicologia, etc), o profissional não mais atuava como acompanhante e, nos conta Reis Neto (1995), tão pouco via a necessidade de indicar Acompanhamento Terapêutico a seus pacientes. Dessa forma, na visão desse autor, a contradição estava posta, pois, por um lado, essa maneira de operar dos ats dificultava que houvesse uma rápida e sólida institucionalização dessa prática, ao mesmo tempo que, por outro lado, tornava-se uma questão importante para os ats que vão em busca tanto do reconhecimento clínico como da conceituação de sua função. Nesse caminho de buscas, os ats, por manterem certas características de suas funções trazidas dos primórdios dessa prática, acabaram por ocupar um lugar, no mínimo, incômodo:

“Apesar de tentarem conferir à sua prática um outro estatuto profissional e teórico, os acompanhantes nunca deixaram de lado este aspecto de sua prática que vem desde o tempo em que era feito dentro das comunidades terapêuticas: esta “coisa” meio solta, meio sem lugar, que em certos momentos parece colocar o auxiliar numa relação de

simetria com seus pacientes que, lembremos, não são “doentes” quaisquer, mas “loucos”. Simetria que coloca aquele que acompanha, portanto, numa posição “delicada”, no que diz respeito à tentativa de delimitação do que seria o “saber” ou o “lugar” do acompanhante” (Reis Neto, 1995, p. 230).

Ao mesmo tempo, encontramos a noção de que o acompanhante deve aparecer diferenciado do paciente, o que sugeriria que não é a uma relação de simetria com o paciente que o acompanhante deve visar. Temos, assim, a recusa de uma atitude psiquiátrica, mas talvez também de uma "antipsiquiátrica", na medida em que acompanhantes parecem querer reconhecer-se como clínicos, possuidores de um saber e de uma técnica terapêutica. Entretanto, o at é “meio”, é “entre”, é indefinido. Se isso, por um lado, permite uma maior aproximação com os pacientes, por outro, afasta uma delimitação de um saber específico do acompanhante.

Nos primórdios do AT, nos diz Reis Neto (1995) que

...não se supunha que o auxiliar tivesse uma formação mais específica. O saber teórico é importante para que se saiba o que é psicose, um surto, um paciente PMD etc; o resto você aprendia à mesa, jantando junto à família do paciente. A formação era o próprio trabalho. Acho que o acompanhamento é uma ponte entre o conhecimento teórico que você adquire na academia e a prática clínica no consultório. (Reis Neto, 1995, p. 237 /238)

Algo que perdura no fazer do at desde os primórdios de sua história e que encontramos não apenas nos estudos que temos mencionado, mas também nos discursos de nossas entrevistadas: a questão do *vínculo*, presente nos discursos das variadas épocas.

O que se apresenta desde a época dos atendentes ou auxiliares, descritos tanto por Reis Neto como pelos outros autores que pesquisamos é a *natureza afetiva do vínculo*, que é e deve ser estabelecido pelos ats. Esse vínculo, na época das Comunidades Terapêuticas, era visto como o que propiciaria um ambiente acolhedor e, portanto, terapêutico ao paciente. Assim, é a afetividade que permitirá a criação de um “ambiente terapêutico”.

Desta maneira, o vínculo afetivo nos mostra a proximidade do acompanhante com o acompanhado e que Reis Neto (1995) apresenta como especificidade da prática do acompanhante: *um contato mais ‘cru’ com os pacientes, menos intermediado por saberes e ‘settings’ terapêuticos bem estabelecidos*. Esse estar junto é *aventurar-se, expor-se, entrar num campo minado...* (Reis Neto, 1995, p. 233). Dessa maneira, o AT é caracterizado como uma aventura, uma vivência cheia de perigos e dificuldades.

Reis Neto (1995) nos apresenta o AT, logo na introdução de sua dissertação, também como *campo de intervenção fundamentado por várias teorias e ideologias, ocorre em variados lugares e não é uma técnica determinada* (Reis Neto, 1995, p. 1). Desse modo, mostra uma grande amplitude e indeterminação do Acompanhamento. Observamos, quanto à referência feita à fundamentação teórica dessa prática, que o AT era tido como uma prática fortemente ligada à psiquiatria e à psicologia, ou às teorias “psi”, e, mais especificamente, teorias ligadas à psicanálise, que buscavam fundamentá-lo.

Outra característica ainda apontada por Reis Neto (1995, p. 4) era o caráter informal do AT. Diz ele que os grupos de ats não se constituíram formalmente enquanto instituição, o que a seu ver foi consequência do perfil dos ats, ou seja, do fato de encararem o AT como um “meio” para se atingir “um fim”, isto é, quem fazia AT não queria ser at, estava em busca de formar-se como psiquiatra, psicólogo, psicanalista quando deixaria de ser acompanhante; daí o caráter informal dos grupos. Entretanto, este mesmo autor afirma que *há uma tendência de mudança deste quadro. Hoje [década de 1990] os acompanhantes são psicólogos e psiquiatras formados* (Reis Neto, 1995). Dessa maneira, este autor aponta para mudanças, como ele mesmo diz, quanto ao perfil do at, aos lugares onde atua e o modo de compreendê-lo.

Reis Neto (1995) não se refere nem uma vez a terapeutas ocupacionais e quando faz referência aos enfermeiros não é para situá-los no trabalho de acompanhamento, mas sim, justamente no contraponto a este, dizendo que o acompanhante veio substituir o enfermeiro e indaga porque o “atendente” não era um enfermeiro, ou porque os enfermeiros não foram treinados para serem “atendentes”. Dessa maneira, somos levados a pensar que, desde muito cedo, há uma idéia de formação ou treinamento para os ats. Entretanto, não há uma técnica a ser ensinada, uma vez que, tanto o texto de Reis Neto (1995) e os outros autores por nós pesquisados afirmam que o AT não é uma “determinada técnica” e nem sequer possui uma técnica.

O que podemos apreender do que é dito sobre a função do AT é que, em seus primórdios, era definido como o que permitia evitar a internação do paciente, mas, em

seguida, passou a ser pensado por aquilo que produzia, como, por exemplo, o vínculo afetivo. Em outras palavras, inicialmente, o at aparecia com uma função negativa (impedir a internação), e, posteriormente, assumiu uma função positiva (criar o vínculo afetivo). Essa transformação decorreu da mudança em relação à demanda, que passou a atender pacientes fora da situação de crise e, assim, *perde a característica de ser eminentemente uma 'substituição da internação'* (Reis Neto, 1995, p.3)⁸.

O Acompanhamento também surge como uma ponte entre o conhecimento teórico que se adquire na academia e a prática clínica no consultório. Entretanto, para Reis Neto, (1995, p. 238) ele pode não ser clínico, mas será, necessariamente, terapêutico, ou seja, o referido autor exemplifica essa afirmação com a atividade esportiva, que pode ser terapêutica e não ser clínica.

Segundo o Dicionário Aurélio, terapêutico vem do grego *therapeutikós*, significando curativo, medicinal; e terapêutico liga-se à terapêutica, ou seja, a parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar os doentes. Assim, temos “cura” e “alívio” dos doentes por uma “prática”. Segundo o mesmo Dicionário Aurélio, clínica se refere a uma prática da medicina relativa aos termos gregos *kline* – leito, repouso -- e *klino* – inclinar, dobrar; e pode ser entendida como o inclinar-se ou dobrar-se sobre o leito do paciente. De toda maneira, o que é terapêutico aparece como uma prática do mesmo modo que a clínica também é uma prática. Haveria alguma peculiaridade em cada uma para que se pudesse fazer essa diferenciação ou devemos crer que toda terapia, assim como toda clínica, é uma prática voltada para o alívio e a cura do paciente? Desse modo, faria sentido pensar que a prática do Acompanhamento Terapêutico seria ela mesma uma clínica praticada em outros espaços que não o consultório e não poderia ser uma ponte entre um conhecimento e uma prática, uma vez que ele seria uma prática específica, enquanto a clínica praticada no consultório é também uma terapia com suas peculiaridades. Em outras palavras, estamos diante de duas práticas e uma delas não seria mero caminho para a outra, mas não seriam excludentes e poderiam ser complementares.

A idéia de que o Acompanhamento é um “meio do caminho” para se chegar à clínica tem como consequência a minoração do at e de seu trabalho. Contudo, nos relatam os autores pesquisados que é uma prática muito difícil e desgastante, mais

⁸ Reiteramos que ele escreve em 1995, portanto seus dados e reflexões não ultrapassam essa data.

difícil e menos protegida do que a prática do atendimento feito em consultório, com suas técnicas, *setting* estabelecido, tempo muito bem determinado. Segundo Reis Neto

Quando se pergunta aos acompanhantes porque eles não fazem mais acompanhamento, é comum ouvir-se a explicação "... é uma prática muito desgastante". Acreditamos que, se ela é "tão desgastante", é por um conjunto de fatores e não, como quereriam fazer-nos entender os ex acompanhantes, pelo fato dos pacientes serem tão difíceis. Acreditamos que pese muito aí a falta de prestígio "social" da função de acompanhar. (Reis Neto, 1995, p. 239)

Ou seja, os pacientes são difíceis e a prática do AT é desgastante. Entretanto, para o autor, o que fazia (na época de sua dissertação -1995) com que aqueles que exerciam o AT abandonassem essa prática era a falta de reconhecimento de seu fazer. Era justamente o fato de ser posto como um meio para se chegar ao almejado consultório.

O que faz essa prática, função, intervenção, dispositivo, ou como mais lhe denominem, ser tão difícil e desgastante? Como vimos no Capítulo II, em sua dissertação, Reis Neto (1995) descreve o trabalho do auxiliar da comunidade terapêutica da Villa Pinheiros. O que aqui nos interessa é a descrição da função desse auxiliar psiquiátrico para pensarmos se hoje a função do at é descrita da mesma maneira. Lembremos, portanto que o autor afirma que a função desse auxiliar consistia, em linhas gerais, num

“estar junto”; [constituir um] “meio social terapêutico; “saídas à rua” [com os pacientes]; “tentativa de ir reintroduzindo gradativamente os pacientes no meio social extra-clínica”; “solicitado por alguns psiquiatras, para o atendimento de pacientes”; “evitar a internação destes pacientes”; “trabalho quase sempre destinado a pacientes em crise psiquiátrica”; “o trabalho dos auxiliares... quase sempre chegava ao fim após o debelamento da situação de crise”. (Reis Neto, 1995, p.2).

Como vimos no Capítulo II, o início da prática de Acompanhamento se dá dentro das comunidades terapêuticas⁹. Era chamado tanto de “atendente psiquiátrico”,

⁹ Existe uma discussão a respeito da origem do AT e alguns autores afirmam que essa prática teve início na clínica Pinel em Porto Alegre. Contudo, nós acreditamos que não haja como comprovar essa afirmação hoje em dia. Das informações que possuímos podemos afirmar com segurança que o primeiro lugar a

como “amigo qualificado” ou “auxiliar psiquiátrico”. Sua função era garantir o espaço terapêutico fora dos saberes psiquiátricos tradicionais numa época de questionamento desses saberes. Vindo do ambiente da antipsiquiatria, “o at *sempre priorizará uma atitude que procura respeitar as produções da subjetividade do suposto louco*” (Reis Neto, p. 215).

Reis Neto (1995) se refere à idéia de “reintroduzir” o paciente no ambiente social externo à clínica. Os ats são descritos como aqueles que têm a função de “família substituta” do paciente e, dessa maneira, poderem oferecer diferentes modelos de interação familiar, procurando fugir, segundo o autor, dos padrões rígidos de interação observados nas famílias dos pacientes psiquiátricos graves. Por isso, Reis Neto (1995) propõe distinguir entre a função do at e a do enfermeiro. O enfermeiro é pensado por este autor como alguém ligado a uma função médica que seria de medicar, cuidar de problemas clínicos e ainda conter e vigiar os pacientes, ou seja, cuidar de “um corpo doente”, ao passo que o atendente ou acompanhante (a denominação depende da época de referência) estaria ligado às questões “psi”, que valorizam *as produções do discurso daquele a quem trata... a um sujeito que merece ser escutado* (Reis Neto, 1995, p. 27).

Reis Neto (1995) cita dois psicanalistas que fizeram parte do GRAP (Grupo de Acompanhamento Psicoterapêutico) do Rio de Janeiro, Fortes e Starling, num texto de 1992 (in mimeo). Dizem eles que são

...práticas associadas à tarefa de auxiliares psiquiátricos (...), segurar e conter pacientes, cuidar, proteger, vigiar, fazer plantões noturnos, agüentar crises agudas (Fortes e Starling¹⁰, apud Reis Neto, 1995, p.232).

Entretanto, quando esses auxiliares passam a ser denominados *acompanhantes terapêuticos* vão deixando de lado as funções que, de alguma maneira, contêm a ideologia asilar (proteger, conter e vigiar) e sua função passa a ser descrita como:

utilizar a nomenclatura acompanhante terapêutico foi em Buenos Aires, no CETAMP, com Eduardo Kalina (1986). Já a prática que originou o que depois recebeu essa nomenclatura, de fato nos parece, poder ser remetida a épocas mais remotas dos primórdios dos questionamentos da psiquiatria, dos manicômios, internações e as formas de se encarar e tratar a loucura. Por essa razão acreditamos que uma investigação mais aprofundada sobre o funcionamento das primeiras Comunidades Terapêuticas pode nos revelar a presença de figuras que hoje chamaríamos de ats ou que reconheceríamos como seus antecessores.

¹⁰ Não tivemos acesso a este documento pesquisado por Reis Neto. Trata-se de um mimeo dos arquivos GRAP.

...aventurar-se, expor-se, entrar em um campo minado(...) aguda perspicácia clínica e um sentido de “timing” (...) familiarizados com os processos inconscientes e as tarefas transferenciais... (Fortes e Starling, apud Reis Neto, 1995 : 232)

Ou, como observa Reis Neto, a diferença das funções do auxiliar e do acompanhante é *traçada em termos de um afastamento da ideologia asilar, associado a um aprimoramento teórico/ clínico* (Reis Neto, 1995, p. 232).

Reis Neto (1995) se atém bastante na questão da mudança de nomenclatura, de “amigo qualificado” (Buenos Aires e São Paulo) e “auxiliar psiquiátrico” (Rio de Janeiro) para “acompanhante terapêutico”. Como vimos no Capítulo ??, o autor aponta uma diferença entre Buenos Aires / São Paulo, de um lado, e Rio de Janeiro, de outro. Diz ele que, nas duas primeiras cidades, a experiência de mudança de nome deu-se de maneira menos abrupta, uma vez que essa mudança significava dar uma denominação mais adequada à função desempenhada para que o lugar ocupado pelo profissional ficasse mais marcado pelo fato de “acompanhar” do que pela questão do vínculo, que ficava mais marcada e conotada pela denominação “amigo”. Já no Rio de Janeiro, a mudança assinala a diferença de funções, ou seja, o que o auxiliar fazia não era o que o acompanhante faz. Há uma mudança não no enfoque (como em Buenos Aires e São Paulo), mas no próprio fazer, na própria função. Diz Reis Neto (1995) que os auxiliares do Rio de Janeiro se rebelaram contra a falta de reconhecimento profissional do auxiliar e de não poder ter maior autonomia, pois eram subordinados ao médico. A mudança de designação, passando de auxiliar para acompanhante buscava autonomia, reafirmar-se enquanto identidade profissional, ser visto como profissional qualificado, respeitado dentro da equipe interdisciplinar.

Cabe agora observarmos o que da prática do AT se manteve e o que foi modificado e tentar entender qual a dificuldade desse fazer. A título de exemplo de algumas diferenças entre ontem e hoje podemos mencionar exatamente a questão que acabamos de expor, isto é, a da autonomia: vimos, pelas análises das entrevistas, que a questão da autonomia se mantém como algo caro ao AT, entretanto, as entrevistadas falam da *autonomia dos pacientes*, enquanto o relato de Reis Neto (1995) se refere à *autonomia dos próprios ats*.

O AT hoje

Partindo dos discursos de nossas entrevistadas, vemos que o acompanhante terapêutico é uma figura com poucas determinações, o que significa que não houve mudança nesse sentido entre o que vimos do AT de ontem para hoje.

Também não há mudança quanto ao saber que um at deve possuir. Pelas análises das entrevistas notamos que para as entrevistadas permanece difícil estabelecer quais os conhecimentos teóricos necessários para a prática do AT. O que encontramos é uma gama imensa de conhecimentos que as entrevistadas dizem serem necessários a essa prática, indo da filosofia à medicina.

Também encontramos nos discursos, tanto das entrevistadas como da literatura sobre o AT, o uso de conceitos como inconsciente, processos inconscientes e transferência, o que nos mostra que, como ontem, também hoje há uma aproximação com a psicanálise. Por isso, apesar desses discursos apresentarem o at como alguém que ocupa um lugar “entre lugares”, cujos saberes não estão definidos, eles nos permitem afirmar que há dois saberes teóricos (psicologia e psicanálise) que sempre aparecem nos discursos sobre AT, às vezes sozinhos, às vezes em meio a outras teorias, mas esses dois surgem como parte intrínseca desse fazer e, desta forma o Acompanhamento Terapêutico se vê com fortes ligações com a área “psi”. (Vale lembrar que algumas das ats entrevistadas se posicionaram de modo contrário a essa idéia e disseram que as praticas de acompanhamento são do campo da Terapia Ocupacional).

Contudo, hoje, quando o AT se ampliou para outros campos e cada vez mais pretende ser transdisciplinar, surgem no cenário muitas teorias que buscam referenciá-lo e mais difícil fica defini-lo, pensar seus objetivos e as teorias que possam fundamentá-lo, pois mais e mais vai se ampliando e se indeterminando. Desta forma, encontrar a especificidade do AT ou falar da sua identidade torna-se tarefa complicada.

Sob uma perspectiva, vemos que os discursos examinados por Reis Neto em 1995 acerca da indeterminação do AT e das tentativas de lhe conferir uma identidade são, de fato, atuais. Encontramos ontem e hoje as mesmas idéias sobre o AT ser fundamentado por várias teorias, ocorrer em lugares variados e não ser ou ter uma técnica determinada.. No entanto, sob outra perspectiva, o que nos parece ter mudado nos discursos atuais é a referência feita à fundamentação teórica dessa prática, pois, como dissemos, enquanto ontem o AT era tido como uma prática intimamente ligada à psiquiatria e à psicologia, as teorias que buscam fundamentá-lo eram teorias “psi”,

geralmente ligadas à psicanálise, hoje, os discursos de nossas entrevistadas trazem outros referenciais como, por exemplo, o da reabilitação psicossocial.

Ao compararmos os escritos de 1995 e as falas de nossas entrevistadas, observamos mudanças quanto aos profissionais que hoje trabalham como ats. Ontem, a maioria dos ats, de acordo com Reis Neto (1995), era de estudantes de medicina “em transição” e de enfermagem, ainda que tivesse havido um movimento de demanda rumo à especificação profissional e à autonomia de sua prática. Hoje, parece ter havido uma amplitude e indefinição que podem abarcar uma gama muito grande de pessoas para fazer AT e por isso mesmo impõem a necessidade de delimitação, de alguma especificação. Como dizem as entrevistadas, não é porque qualquer pessoa que queira fazer AT é vista com a possibilidade de fazê-lo que pode sair a praticá-lo. Essa exigência transparece na quantidade de cursos de qualificação em Acompanhamento Terapêutico oferecidos no Brasil, visando tornar uma pessoa apta a trabalhar como at.

Entretanto, como vimos nos capítulos anteriores, não há uma técnica a ser ensinada. Os autores por nós pesquisados assim como os discursos de nossas entrevistadas afirmam que o AT não possui e nem é uma técnica, até por que a técnica é vista como aquilo que engessa a prática do at.

Palombini (2004) diz que *O AT não constitui um campo de saber específico, mas uma prática, para a qual confluem múltiplos saberes* (Palombini, 2004, p. 87). Na realidade, porém, vimos que o AT não constitui uma prática específica e sim muitas práticas. E se seguirmos agora com Silva (2005, p. 52), notaremos que o AT, para ele, é antes de tudo uma função, ou seja, não é um nome dado a um certo profissional, mas sim a uma função, a um fazer de qualquer pessoa, ou seja, a uma prática, tal qual para Palombini (2004). Por esse motivo, no texto de Silva (2005) vemos o uso da expressão at para se referir ao atendente psiquiátrico, ao atendente grude, isto é, figuras anteriores à nomenclatura at, mas que são assim chamadas por ele por que a especificidade se encontra na função AT e não no profissional at. Aliás, não só no texto de Silva (2005) encontramos isso, mas na maioria dos textos há essa indiferenciação, o que dificulta distinguir entre passado remoto, passado recente e presente. AT assim ganha, hoje, uma determinação: é uma determinada função que certas pessoas praticam. A questão é que essa função é indeterminada e, portanto se indetermina o AT no momento em que ele parece estar sendo determinado.

Outra idéia que permanece nos discursos é que o AT é uma prática muito difícil e desgastante, mais difícil e menos protegida do que a prática do atendimento feito em

consultório, com suas técnicas, *setting* estabelecido, tempo muito bem determinado. Os pacientes são difíceis e a prática do AT é desgastante. Apesar de toda essa dificuldade, os discursos de ontem enunciam a figura do at sem reconhecimento pelo seu fazer e, de alguma forma, nos parece que a minoração do AT continua a ser sentida hoje e surge na fala de nossas entrevistadas, uma vez que essa prática não aparece independente da profissão de origem das ats. Em outras palavras, o *lugar* profissional do at é, na verdade, sua formação de origem e ontem como hoje o AT é um complemento para essa formação. O que não deve ser estranhado, uma vez que, no Brasil (diferentemente da Argentina), não existe legalmente a figura do at e muito menos a profissão AT.

No início de sua prática, como foi visto, a função do at era garantir o espaço terapêutico fora dos saberes psiquiátricos tradicionais. Tudo indica que a idéia de um “espaço terapêutico” ou um “meio social terapêutico” permaneceu como pano de fundo do AT até os dias atuais, pois há uma preocupação expressa nos discursos de nossas entrevistadas com o acolhimento que se dá aos pacientes. Para aquelas que utilizam a teoria winnicottiana isto surge no discurso como a mãe suficientemente boa que acolhe, sustenta, oferece condições para que o paciente, em um ambiente favorável, se desenvolva. Não é esperada do at uma intervenção interpretativa, mas espera-se que ele seja capaz de “escutar” aquele que geralmente ninguém escuta.

Outra questão que surge ontem e hoje se refere à simetria do acompanhante com seu acompanhado, mas colocada em termos diferentes. De fato, vimos que, em 1995, a simetria não deveria ser visada pelo at, entretanto, os discursos de nossas entrevistadas mostram que essa simetria está presente na relação que se estabelece no AT, como podemos observar na seguinte fala: *o papel do at não é um papel fácil a gente vivencia sentimentos, a gente vivencia emoções ... é... que eles vivenciam então a gente sente o que eles sentem também....*

No entanto, apesar dessa diferença, o que se apresenta desde a época dos atendentes ou auxiliares, descritos tanto por Reis Neto como pelos outros autores que pesquisamos, até os dias de hoje, pela fala de nossas entrevistadas, é a *natureza afetiva do vínculo*, que é e deve ser estabelecido pelos ats. Esse vínculo, na época das comunidades terapêuticas, era visto como o que propiciaria um ambiente acolhedor e, portanto, terapêutico ao paciente. Na fala de nossas entrevistadas o vínculo surge como o elemento que propicia um “encontro transformador”. Assim, permanece a idéia de que é a afetividade que permitirá a criação de um “ambiente terapêutico” ou de um “encontro transformador”.

Desta maneira, o vínculo afetivo nos mostra a proximidade do acompanhante com o acompanhado e então, o “estar junto” que também aparece nos discursos dos ats das variadas épocas vai se caracterizando como aquilo que nossas entrevistadas chamam de “vivência” e que Reis Neto (1995) apresentou como especificidade da prática do acompanhante: *um contato mais ‘cru’ com os pacientes, menos intermediado por saberes e “settings” terapêuticos bem estabelecidos*. Esse estar junto é *aventurar-se, expor-se, entrar num campo minado...* (Reis Neto, 1995, p. 233). Na fala de nossas entrevistadas isso surge como a dificuldade desse fazer, pois *você tá sentindo junto... você tá vivendo junto (...) então e você está vivendo a infelicidade dela com ela...*

Também permanece como pano de fundo a semelhança de objetivos, que aparece na idéia de “reintroduzir” o paciente no ambiente social externo à clínica, em Reis Neto, e na de inclusão social do paciente, no discurso atual. Enquanto os ats, em 1995, são descritos como tendo a função de ser a “família substituta” do paciente buscando fugir dos padrões rígidos de interação observados nas famílias dos pacientes psiquiátricos graves, nos discursos de nossas entrevistadas a família surge como parte de uma rede social que os ats devem ajudar os pacientes a construir, redes sociais que os manterão fora da internação.

Permanece também nos discursos atuais das ats a diferença proposta por Reis Neto entre a função do at e a do enfermeiro que cuida de “um corpo doente”.

Vimos que, nos anos 1990, foi acrescida uma modificação em relação à demanda dirigida aos auxiliares psiquiátricos, que passaram a atender pacientes fora da situação de crise e levariam ao surgimento do nome acompanhante terapêutico. Por isso, encontramos semelhanças nos discursos de nossas entrevistadas quanto ao fazer do at e o que era dito do fazer do auxiliar, isto é, o “estar junto”, que foi delineando essa prática e que talvez explique porque, hoje, as ats atendem não só à demanda do paciente fora de crise, mas também outras demandas que foram surgindo com o tempo, como crianças com dificuldades na escola, pessoas vítimas de violência e abandono, entre outras.

Podemos observar, então, que 1995 e 2010 mostram um discurso sobre o AT muito semelhante. O que não nos deve surpreender se pensarmos que é a *idéia do estar junto* que, como dissemos, delineia essa prática. Estar junto é acompanhar; acompanhar é fazer companhia, é ser companheiro. A palavra companheiro vem do latim *cum panis* – compartilhar o pão. Desse modo, podemos pensar que a relação que se estabelece no acompanhamento ontem e hoje é mediada por esse vínculo afetivo do qual nos falam as entrevistadas e que este é a essência do AT. Um vínculo que é mais do que

simplesmente estar junto, como dizia o folclorista brasileiro Câmara Cascudo (1943): O significado da comida ultrapassa o simples ato de alimentar-se. São muitas as tradições que consideram a hora da refeição como semi-sagrada, de silêncio, compostura e severidade. Comer junto é aliar-se. É *cum panis*, é ser companheiro, é acompanhar.

Mas isso, de fato, não significa ausência de diferenças. Pelo menos duas mudanças podem ser apontadas, pois a atuação do AT foi bastante ampliada. A primeira é que, hoje, graduandos e graduados em diversas áreas ligadas à saúde trabalham com AT, como podemos ver pelas nossas entrevistadas, e os espaços de atuação se ampliaram, como também podemos perceber pelas entrevistas, que se referem, por exemplo, aos abrigos de menores. A segunda mudança se refere ao caráter formal que muitos grupos tomaram hoje em dia. Podemos pensar, então, que Reis Neto (1995) estava correto ao atribuir ao caráter transitório do AT o motivo para os grupos não se formalizarem.

Surge, porém, uma questão. O “estar junto” indica que não há algo que seja uma reserva de monopólio de legitimidade do AT, que parece definir-se mais pela intenção do que pela extensão de seu fazer. Ora, isso complica reivindicar um *objeto institucional*, a menos que seja algo de uma amplitude como a dos andarilhos do bem, sanando as feridas do sofrimento. Por isso mesmo, precisamos indagar se a questão da indefinição, da falta de lugar ou de profissionalização, que era vista como característica importante daqueles que vinham trabalhar com os pacientes numa proposta antipsiquiátrica ainda pode ser vista hoje como terapêutica, uma vez que caberia pensar o AT como parte integrante e importante da Reforma Psiquiátrica nos moldes atuais, e o quanto o seu lugar fica dificultado ou não garantido quando não pode ser visto, de fato, como uma figura existente, ou seja, ele é uma entidade, uma denominação que não parece ser institucionalmente palpável.

Desta forma, os estudos existentes e as entrevistas por nós analisadas levantam a possibilidade de indagarmos até que ponto deve o AT manter sua indefinição, uma vez que esta característica parece lhe ampliar os horizontes e as possibilidades de atuação, e o quanto há a necessidade de uma delimitação e uma especificidade que permitiriam efetivamente maiores espaços e oportunidades de trabalho. Sabemos que essa é uma preocupação atual dos atores dessa prática, uma vez que, na Argentina, a profissionalização vem ocorrendo e os próximos Congressos que se realizarão em 2011, Congresso Brasileiro em Brasília e Internacional em Buenos Aires tem como temas “A inserção do Acompanhamento Terapêutico nas Políticas Públicas em Saúde Mental” e

“Integraciones conceptuales, hacia una profesionalizacion definitiva de nuestra practica”.

Vale pensar, portanto, nas implicações e na mudança dos significados em relação a ter ou não ter uma identidade profissional. Podemos pensar que, hoje, não ter identidade profissional não é questionar o saber instituído como ocorria na época das Comunidades Terapêuticas. Hoje, nos parece que a discussão está inserida na ordem da globalização, da amplitude de conhecimentos, na onda do que se convencionou chamar de pós-modernidade. Se o AT está de fato nessa onda, devemos lembrar algumas características da sociedade pós-moderna que podem nos ajudar nessa reflexão e, para tanto, começaremos seguindo o pensamento de David Harvey (1992).

Este autor constrói sua argumentação tomando como referência determinadas crises no sistema de acumulação do capital que vão acompanhadas por mudanças na experiência e nos significados sociais, nas artes, nas ciências e na filosofia. Segundo Harvey (1992), a pós-modernidade coincide com a crise do fordismo, caracterizado pela produção em série (a linha de montagem) e pelo consumo de massa. Este modelo, diz Harvey (1992), entrou em crise pela rigidez que o sistema de produção mostra em absorver as mudanças nas demandas do mercado que o próprio capital gera. A crise do fordismo foi, na verdade, a crise do capital produtivo cuja hegemonia e centralidade foram substituídas pelo capital financeiro, que impôs a fragmentação da produção, a substituição das idéias de qualidade e durabilidade dos produtos pela idéia do descartável, a imensa rotatividade da mão-de-obra e a rápida obsolescência da qualificação para o trabalho. Essa mudança atingiu um dos elementos fundamentais da sociedade capitalista desde seu surgimento, qual seja, o discurso sobre o trabalho como virtude ou aquilo que Max Weber (1974) designou a com a expressão “a ética protestante do trabalho”, determinante

...do conjunto de valores, comportamentos e atitudes que moldaram a cultura da sociedade capitalista e que permaneceram em vigência até por volta dos meados dos anos 1970, quando uma alteração no modo de produção capitalista lançou por terra o significado tradicional do trabalho. A partir dessa data, a acumulação e reprodução do capital, que sempre dependeram diretamente da exploração da força de trabalho, deixaram de ser gerados pela exploração da mão-de-obra humana. Esse fenômeno foi causado por dois fatores principais: pela revolução tecnológica, que culminou na automação da produção de mercadorias, e pela primazia do capital financeiro sobre o capital produtivo. (...) A crise do Estado do Bem-Estar, nos meados dos anos 1970, deu lugar ao reaparecimento de

idéias e práticas liberais ou ao que se convencionou chamar de neoliberalismo... (Chauí-Berlinck, 2008, p.165 / 166)

Os principais traços da economia e da política neoliberais que nos interessam por ora são: a dispersão e fragmentação da produção industrial, o encolhimento do espaço público e o alargamento do espaço privado.

a) Quanto à dispersão e fragmentação da produção industrial:

...a terceirização da produção tornou-se estrutural, deixando de ser um suplemento à produção industrial por que, agora, a produção não mais se realiza sob a forma que possuía na fase industrial fordista. Nesta, o capital induzira o aparecimento das grandes fábricas nas quais havia o controle de todas as etapas da produção (indo desde a produção ou extração da matéria prima, passando pela produção fabril e indo à distribuição do produto no mercado de consumo) e prevaleciam as idéias de qualidade e durabilidade dos produtos do trabalho (levando, por exemplo, à formação de grandes estoques para a travessia dos anos). Ao contrário, na fase pós-industrial, o capital opera por fragmentação e dispersão de todas as esferas e etapas da produção, pela compra de serviços no mundo inteiro, pelo dismantelamento das operações em linha de montagem e pelo abandono da formação de grandes estoques de produtos duráveis, substituídos pelos descartáveis de pequena duração. Como consequência, os trabalhadores, que podiam identificar-se como classe a partir do local de trabalho, se dispersam, perdem seus referenciais de identidade e suas formas de organização perdem força e poder. (Chauí-Berlinck, 2008, p. 168)

Essa dispersão e perda dos referenciais coletivos de identificação refletem-se imediatamente na presença do individualismo competitivo, portanto, nas formas de relacionamento entre as pessoas e também na forma destas se relacionarem social e profissionalmente.

Neste novo contexto, assistimos ao aparecimento da figura do sofredor psíquico ou do paciente como um indivíduo isolado, destituído de redes de relações sociais e a do at como portador da possibilidade de alguma inclusão social. Porém, ao mesmo tempo, observamos que o fenômeno da dispersão e fragmentação do trabalho atinge o próprio AT, explicitada pela indeterminação de seus saberes e dos profissionais que aí atuam, gerando a falta de identidade.. Mas, simultaneamente, também encontramos os ats em busca de uma identidade que talvez os pudesse definir como classe ou categoria

profissional ou como grupo social e que assim pudesse lhes dar um sentimento de pertença, identidade que seria fundamental para uma prática que visa, justamente, criar redes sociais de pertencimento e inclusão num mundo se solidão, isolamento, individualismo competitivo e abandono.

b) Em relação ao encolhimento do espaço público e alargamento do espaço privado é preciso considerar a crise do Estado do Bem-Estar, que regulava as operações econômicas e assegurava direitos sociais aos cidadãos (educação, saúde, habitação, etc.). Na economia neoliberal,

...é dispensada e rejeitada a presença estatal não só na economia, por meio da privatização das empresas públicas, mas também nas políticas sociais, pela transformação dos direitos sociais em serviços que, como tais, também podem ser privatizados (educação, saúde, transporte, abastecimento, água, luz, etc.). A privatização do espaço público tornou-se estrutural. Disso resulta que a idéia de direitos sociais como pressuposto e garantia dos direitos civis ou políticos tende a desaparecer por que o que era um direito social converte-se num serviço privado regulado pelo mercado e, portanto, torna-se uma mercadoria a que têm acesso apenas os que tem poder aquisitivo para adquiri-la, aumentando as desigualdades e exclusões sociais. (Chauí-Berlinck, 2008, p. 170)

Com o encolhimento do espaço público fica facilitada a idéia de que não há necessidade da figura jurídica do AT (como passou a existir na Argentina a partir de 2010) para que essa prática possa ser realizada como expressão de um direito por meio de um serviço público nos equipamentos públicos. No entanto, justamente porque há a referência aos equipamentos *públicos*, a questão do espaço público reaparece e, como vimos nos discursos das entrevistadas, surge a necessidade da criação de mecanismos para que essa função possa estar presente nesses espaços públicos. Abre-se, dessa maneira, a discussão sobre quais seriam esses mecanismos -- a profissionalização, a especialização ou outros ainda.

Ao mesmo tempo, porém, essa discussão aparece juntamente com uma outra que vai na direção de impedir que a especificidade pública do AT não se confunda com sua aceitação do que já foi designado por Marilena Chauí (1981) como “o discurso competente”. De fato, Foucault (1996) já havia mostrado que a “ordem do discurso” pode ser resumida na seguinte regra: não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa a qualquer outro em qualquer lugar e em qualquer circunstância. Quando essa regra se

torna a própria maneira pela qual as diferenças e divisões sociais são representadas e praticadas, ela se torna o “discurso competente”, que divide a sociedade entre

...dirigentes e executantes: os primeiros, que receberam educação científica e tecnológica, são considerados portadores de saberes que os tornam competentes e por isso com poder de mando, enquanto os executantes, que não possuem conhecimentos tecnológicos e científicos, sabem apenas executar tarefas, sem conhecer as razões e as finalidades de sua ação. São por isso considerados incompetentes e destinados a obedecer. Essa divisão se espalha por todas as instituições sociais sob a forma da ideologia da competência, segundo a qual, os que possuem determinados conhecimentos – os especialistas – são competentes e têm o direito de mandar e comandar os demais, incompetentes, em todas as esferas da existência. (Chauí-Berlinck, 2008, p. 170/171)

Parece-nos que a indeterminação do AT, que, ontem, se erguia contra o saber psiquiátrico, pode ser, hoje, uma reação à força do discurso competente. O receio de compactuar com esse discurso e sua regra de exclusão e inferiorização do outro leva o AT para a indeterminação, como se ao possuir um conhecimento específico, ao ver-se como especialidade clínica, prática e/ou teórica pudesse sucumbir ao discurso competente e ao privilégio dos especialistas.

Precisamos acrescentar à prática social encenada pelo discurso competente o fato de que a sociedade contemporânea, sob os efeitos das tecnologias de informação, é chamada de “sociedade do conhecimento” para significar que, agora, conhecimento é poder e poder é conhecimento. Isso nos leva a pensar que talvez seja visto como ameaçador para as outras profissões que fazem uso do AT se este se tornar um saber específico, pois ele ganharia em poder. Por esse motivo é interessante observar que há diferença em se pensar numa formação em AT e na formação do at. O at normalmente tem, hoje, uma formação no ensino superior em alguma área ligada à saúde, como psicologia, enfermagem, TO. Mas quanto à formação em AT, muitas vezes ela se dá com a prática somente.

Se levarmos em consideração esses dois aspectos da sociedade pós-moderna que mencionamos (dispersão e fragmentação social ou isolamento individual; a ordem do discurso competente na “sociedade do conhecimento” ou a destituição do outro), talvez possamos compreender algo que perdura no fazer do at desde os primórdios de sua história e que encontramos não apenas nos estudos que temos mencionado, mas também nos discursos de nossas entrevistadas: a questão do *vínculo*, presente nos discursos das

variadas épocas, ou a figura pública do acompanhante como aquele que compartilha *afetivamente* a vida e a dor do outro. *Cum panis*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa nos permitiu acompanhar os caminhos do Acompanhamento Terapêutico ao longo do tempo e os modos como essas práticas se institucionalizaram nos discursos dos ats e na literatura.

Como se trata de uma atividade complexa e multifacetada, os ats nos apresentam uma diversidade de questões que atravessam o cotidiano desses atores.

Vamos retomar aqui três temas que estiveram presentes ao longo de todo o trabalho e que podem contribuir para avançar a discussão neste campo: a necessidade de uma rede social, a dimensão subjetiva do at e os contornos da profissão.

1. Do que aparece no discurso das ats entrevistadas e da literatura, podemos concluir que a criação de redes sociais se torna uma necessidade para que sustentem não só o paciente fora da internação, mas também aquele paciente que não precisa de internação, porém sofre,, como o outro, pela falta de apoio e projeto de vida e para quem as redes sociais devem sanar esta lacuna. Dessa maneira, vemos a função das redes como complementar da função do at e vice-versa. As redes sociais compartilham informações, conhecimentos, interesses e esforços em busca de objetivos comuns. Interessam-nos aqui as chamadas redes comunitárias, aquelas redes sociais em bairros ou cidades, e as redes de atenção psicossocial. Entretanto, essas redes, de maneira geral, não são coisa dada, elas precisam ser construídas e entendemos que seja papel do at ajudar nessa construção. É pela criação dos projetos de vida elaborados com os pacientes, projetos estes que, por sua vez, surgem da escuta atenta dos desejos, que o at irá contribuir para a formação das redes. Cada sujeito terá que formar sua própria rede, mas seu entorno social nem sempre está preparado e disposto a acolhê-lo, é aí que, a

nosso ver, entra o at. O at busca a criação de vínculos entre o paciente e seu entorno. Ou seja, para nós a construção de redes é a construção de vínculos, construção de relações que, como vimos, é o que dá ao sujeito identidade, sentimento de pertença, sentido para a vida. As redes sociais oferecem a possibilidade de vínculo tão necessária a todo ser humano. É na construção de redes de convivência social no ambiente do paciente que o AT irá atuar.

Entretanto, o que vemos, no Brasil, é a falta a fragilidade, quando existente, dessa rede que se constitui tanto por associações e grupos de todos os níveis, como por instituições especializadas que tem como objetivo esse suporte, como por exemplo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2, A dimensão subjetiva do acompanhante é fundamental na realização do trabalho porque este é basicamente realizado na relação eu/outro, acompanhante/acompanhado. E, dessa maneira, podemos perceber por que que as ats se referem ao sofrimento e à criação de espaços de relação.

O sofrimento surge nos discursos de maneira imperativa, ou seja, não há Acompanhamento se não houver sofrimento. O sofrimento é o que demanda, o que justifica o Acompanhamento daquele que sofre, isto é, o acompanhado. Entretanto, os discursos nos apresentam também, o sofrimento das ats. Não há Acompanhamento sem o sofrimento, a angústia daquele que acompanha. Dessa forma, o acompanhante é aquele que se debruça sobre o sofrimento do outro, que vivencia esse sofrimento e angústia do acompanhado junto a ele, no intuito de aliviá-lo de sua dor. Contudo, nesse processo, o acompanhante vê-se a carregar o ônus do Acompanhamento, qual seja, passa ele a sentir a angústia e o sofrimento. O at, assim como o paciente, é acometido pelo *páthos* da dor, ambos padecem o sofrimento psíquico, algo cuja origem é desconhecida. Assim, o at, afetado desde fora pelas paixões de seus acompanhados, tocado pelos sentimentos desses, vê-se modificado em seus próprios sentimentos. O acompanhante cuida do semelhante dando-lhe potência, potência de vida. Entretanto nesse processo ele próprio aparece em sua impotência, ou seja, lhe falta potência diante de muitas situações.

Vemos aqui se impor a dimensão do *cum panis*; no acompanhar, adquirir caráter do que acompanha. Também, ser companheiro e, ainda, como vimos acima, etimologicamente *cum panis* – o que divide o pão. Desta maneira, vemos a metáfora da relação sob a égide da oralidade (o registro da oralidade) – não apenas *ter* o termo

terceiro, o pão, mas *oferecer-se* como pão, de tal maneira que a relação pode ser eventualmente expressão de uma dinâmica em que o acompanhante é objeto da antropofagia do acompanhado, numa relação de ambivalência: estar junto/oferecer-se.

A questão do sofrimento nos leva, então, a refletir sobre o *páthos*, as paixões, que afetam o ser e, portanto, nos levam aos afetos. Seguindo este pensamento sobre os afetos, nos diz David Calderoni (2010):

...O afeto, mais que sentimento privado, é modo de relação. (...) cabe atentar ao ensinamento propiciado por um cidadão que, entrevistado sobre a sua condição de usuário de serviço de saúde mental, perguntou-nos pela definição de psicopatologia. “Aprender com o sofrimento” foi a resposta, diante da qual, ele advertiu: “Cuidado, porque assim sempre se encontra sofrimento. Por isso, eu prefiro aprender com a felicidade”. (Calderoni, 2010, p. 17)

Uma vez que o modo de relação do at com seu acompanhado, é fundado no sofrimento então,, conforme o ensinamento citado acima, só pode encontrar mais sofrimento. Prossegue Calderoni (2010):

... envolve o risco de, exacerbando a atenção ao sofrimento, perder de vista o ponto de apoio positivo a partir do qual se pode conhecer a mente. Noutras palavras: não é possível nem aprender nem dar a aprender com o sofrimento se ele é referência, instrumento e ambiência únicos. Ainda que sob a forma de uma mínima esperança, é necessário um grão de encantamento, de alegria e de prazer sem o qual a melancolia leva à morte... (Calderoni, 2010, p.17)

Assim, nos vínculos estabelecidos entre acompanhante e acompanhado as vivências de dor, angústia e sofrimento, carregam em si também a esperança e o encantamento sem os quais esse trabalho não seria possível.

E por esse motivo concluímos que a atividade do Acompanhamento também deve ter um cuidado, o cuidado do cuidador.

3. O outro tema muito presente nos discursos dos ats e na discussão sobre o AT se refere à ausência de contorno ou os frágeis contornos da profissão e o estabelecimento de metas e fronteiras.

Para a discussão do espaço social do AT como agente de saúde devemos lembrar que ele nasce no furor libertário dos anos 70, nessa busca de resistência à ordem vigente, que engessa e enquadra o paciente em diagnósticos psiquiátricos muito rígidos e com prognósticos muito previsíveis. Mas com o decorrer da história essa indeterminação, essa ausência de delimitação ou de fronteira, essa falta de contorno identitária e de formação regulamentada e reconhecida do AT muitas vezes o joga de volta para o lugar de submissão ao discurso médico e, assim, esvaziando todo seu potencial criativo e de resistência (vislumbrado pelas comunidades terapêuticas).

O lugar de resistência que pensamos que o at ocupa ou deve ocupar é assim definido por Bastos (2006):

...Destarte, um lugar de resistência é qualquer espaço, coletivo ou individual, tranqüilo ou angustiado, pacífico ou rebelde, em que podemos detectar formas, mais explícitas ou menos explícitas, politizadas ou emocionais, mediante as quais indivíduos, isolada ou coletivamente, encontram-se em desacordo com o modelo pré-estabelecido, isto é, consonantes apenas com as vozes que ecoam daquilo que a sociedade espera que cada um se torne. Em termos Winnicottianos, podemos falar em poder reagir criativamente a algo sentido e interpretado como invasão do ambiente ao desenvolvimento maturacional do indivíduo. (Bastos, 2006, p.56)

Portanto, a resistência a que nos referimos é, de fato, a capacidade criativa do at, um poder que encontramos, por exemplo, em sua vocação globalizante, que produz um *site* para que uma rede de troca entre ats se estabeleça. A criatividade inventa novas formas de atender a uma demanda da saúde mental.

Vemos, então, os benefícios de ser sem fronteira. O sem fronteira pode possibilitar a criação do novo, do instituinte que quebra os vícios da antiga ordem com sua visão reacionária da repetição do mesmo. Entretanto, a resistência também pode se dar no âmbito da resistência adolescente, campo abstrato de possibilidades, contra um pai ou uma mãe vistos como rivais, na medida em que desejosos de um enquadramento identitário recusado pelo filho ou pela filha. Em termos psicanalíticos, recusar o enquadramento pelo Pai impede de se legitimar enquanto figura própria perante a Lei. Em termos empíricos ou da experiência vivida, isso significa a impossibilidade de se legitimar perante as leis vigentes e criar um contorno perante elas, isto é, perante o pai ou a mãe legitimados nas trocas institucionais, sejam elas as trocas no espaço privado (a

família) ou trocas no espaço público (o Estado, que emprega assalariados e oferece bens e serviços públicos). E, assim, pode aparecer uma identidade profissional psicótica, sem contorno, pois, uma coisa é não ter contorno, outra é o rompimento do contorno característico da perversão, para a qual tudo pode, e outra, bastante diversa, ter contorno com plasticidade, com espaço para ação, para o pensamento, para a novidade, para o imprevisível. Em outras palavras, se a forma da identidade profissional reacionária não tem espaço para o imprevisível porque seu contorno é rígido, entretanto, quando não se tem contorno algum, não se tem diferenciação, não há dentro nem fora, não há separação do eu e do outro. Neste caso, o sem fronteira se perde no sem limite: estamos no âmbito de uma identidade profissional psicótica.

Além disso, podemos pensar que a falta de enquadre sem discussão crítica sai do espaço de resistência à ordem vigente e de proposta instituinte e cai justamente no seu contrário, isto é, na submissão ao discurso médico como “discurso competente”, deixando de ter espaço para a construção de um discurso próprio.

Nossa tese pretende servir como uma construção dialógica para que a possibilidade de flexibilizar contornos não caia no risco de romper qualquer tipo de limite fusionado com a psiquiatria ou não ter contorno para o diálogo (da psicose) ou no rompimento do contorno do tudo pode ser (da perversão). Pretendemos levar a discussão para algo criativo e não imobilizante.

Para melhor clarificar nossas considerações, examinemos a discussão dessa questão quando da criação, em 2005, da Associação de Acompanhamento Terapêutico, figura jurídica que promove o I Congresso Internacional de AT em 2006. Legitima-se, dessa forma, a figura do AT. No final desse Congresso teve lugar uma Assembléia que discutiu o destino da Associação. A questão que se colocava aos ats, na ocasião era se a Instituição iria enquadrar, “engessar” a função do AT. O posicionamento hegemônico era o de que, se muito formalizado, institucionalizado e regulamentado, o AT perderia sua essência básica que residia justamente na indeterminação e liberdade de ação fora dos limites institucionais. Em última análise, perderia sua força instituinte.

Contudo, a Associação não só já tinha uma existência jurídica como também um setor financeiro (um caixa), proveniente do próprio Congresso, e que precisava ser gerido. Passou-se, então, a discutir qual formato poderia não comprometer sobremaneira o posicionamento de resistência ao enquadre institucional. A Associação teria como propósito, então, a elaboração de um *site* que manteria a rede social do AT, assim como a essência do sem fronteiras, sem rigidez.

Julgamos, porém, que a empreitada de manter-se numa certa informalidade ou indeterminação pode trazer como consequência o surgimento de um limite para o sem limite, um limite imposto de fora, qual seja, a limitação do espaço de trabalho do AT, por exemplo, na luta por um lugar nos aparelhos públicos. É nesse contexto que aparece a preocupação com a profissionalização do AT. O receio de muitos ats em relação à profissionalização está justamente na questão de perder sua liberdade e força instituinte, como já vimos., porque a profissão exigiria um código de ética e regras que determinam quem e de que maneira se pode fazer o AT.

O exemplo que temos é o da Argentina. Em 2010, o AT foi reconhecido como profissão naquele país e agora possui um código de ética. O quanto isso será impeditivo das forças instituintes do AT na Argentina não podemos dizer no momento, por hora só podemos avaliar sua importância política como figura que, existindo juridicamente, pode ter assegurada sua presença nos serviços de saúde pública. Este é um fato importante se pensarmos que o custo de um at ou uma equipe de ats é bastante alto para que as famílias mais necessitadas possam se beneficiar desta intervenção. É fato importante também se pensarmos que para a Reforma Psiquiátrica o AT pode funcionar como dispositivo essencial na construção das redes de apoio aos usuários. Como garantir a essência sem fronteira do AT e sua presença nos serviços públicos? Essa é uma questão que se impõe na atualidade.

Como se vê, muitas são as discussões abertas, dada a amplitude desse fazer. Mas é exatamente isso o instigante para uma Análise Institucional dos Discursos, pois estamos diante de um discurso que pode iluminar a percepção dos dispositivos mobilizados durante e por uma gênese institucional.

Os caminhos do AT são aqueles que trilham esses novos andarilhos do bem: os ats, que caminham na incerteza de limites de ação, do ponto de chegada e, quiçá, do ponto de partida, porém, na certeza de que só assim podem criar novos espaços de relação para cuidar do sofrimento daqueles que (igualmente incertos) demandam esse cuidado.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. **Albuquerque, J. A. G.** *Metáforas em desordem*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
2. **Amarante, P., et alii.** *Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.
3. **Amarante, P.** Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: **Fleury, S.** (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.
4. **Amarante, P.** *O homem e a serpente*. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2000.
5. **Araújo, Fábio.** *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos clínicos à política da amizade*. Dissertação (Mestrado em Estudos da Subjetividade) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2005.
6. **Araújo, Fábio.** *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos clínicos à política da amizade*. Niterói, RJ, 2007.
7. **Associação Psicanalítica de Porto Alegre** (org.). *Psicose. Aberturas da clínica*. Porto Alegre, APPOA: Editora Libretos. 2007.
8. **Barreto, K. D.** *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo. Unimarco, 2ª. Ed., 2000.
9. **Basaglia, F.** *A instituição negada*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 3ª. Ed., 2001.
10. **Bastos, A. L. G.** *Tecendo a trama das relações, dos afetos e dos sentidos nas práticas educacionais*. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, USP, 2005.

11. **Bauman, Z.** *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.
12. **Bauman, Z.** *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro, Zahar, 2001.
13. **Benevides, R. e Passos, E.** *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. In *Ciência e saúde coletiva*, vol. 10 no. 3 Rio de Janeiro, July/ Sept. 2005.
14. **Birman, J.** *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
15. **Birman, J. e Costa, J. F.** Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. (Amarante, P. org.), Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1994.
16. **Bouveresse, J. e outros**, O século XX. In: **Chatelet, F.** *História da filosofia; idéias e doutrinas*. Rio de Janeiro, Zahar, 1974. v. 8.
17. **Brasil, Ministério da Saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório final da 2ª. Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
18. **Cabral, Károl Veiga**. *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
19. **Calderoni, D.** *Carta de princípios do NUPSI-USP*. IN: **Justo, M. G.** (org.) *Invenções democráticas: a dimensão social da saúde*. Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2010.
20. **Câmara Cascudo**. *História da alimentação no Brasil*. In: Silva Mello. Roteiros e descobrimentos. 1943. Disponível em: www.historiaecultura.pro.br. Acesso em; 1 julho 2008.
21. **Carmo, Paulo S. do**. *Merleau-Ponty: uma introdução*. São Paulo, Educ, 2002.

22. **Carvalho, Sandra S.** *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?* Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2002.
23. **Carvalho, Sandra Silveira.** *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo, Annablume, 2004.
24. **Castel, R.** *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.* Rio de Janeiro, Graal, 1978.
25. **Cauchick, Maria Paula.** *Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes.* Intervenções no acompanhamento terapêutico. São Paulo, Annablume, 2001.
26. **Chauí-Berlinck, L.** *Melancolia.* Rastros de dor e de perda. São Paulo, Humanitas/Associação de acompanhamento terapêutico. 2008.
27. **Chauí, Marilena.** *Cultura e democracia. O discurso competente e outras falas.* São Paulo, Cortez Editora, 1989.
28. **Coelho, Carlos Frederico De Macedo.** *Convivendo com Miguel e Mônica: Uma proposta de acompanhamento terapêutico de crianças autistas.* Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
29. **Cooper, D.** *Psiquiatria e antipsiquiatria.* São Paulo, Editora Perspectiva, 1973.
30. **Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (org.)** *A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico.* São Paulo, Escuta, 1991.
31. **Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (Org.).** *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico.* São Paulo, EDUC, 1997.
32. **Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (Org.).** *Textos, texturas e tessituras no Acompanhamento terapêutico.* São Paulo, Hucitec, 2006.

33. **Feuerwerker, L. C. M.** *Educação dos profissionais de Saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde*. Revista da ABENO 3(1):24-27 27, 2003
34. **Fiorati, R. C.** *Acompanhamento Terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica*. Dissertação (mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. USP. 2006.
35. **Foucault, M.** *Maladie mentale et psychologie*. Paris, Puf, 1962.
36. **Foucault, M.** *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1978.
37. **Foucault, M.** *Vigiar e Punir*. Petrópolis, Vozes, 1977.
38. **Foucault, M.** *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, ed. Forense Universitária, 4ª. Ed., 1994.
39. **Foucault, M.** *A ordem do discurso*. São Paulo, Edições Loyola, 1996.
40. **Foucault, M.** *As palavras e as coisas: Uma arqueologia das ciências humanas*. 8ª ed., São Paulo, Martins Fontes, 2002.
41. **Fulgêncio Jr., L.** *Interpretando a história. Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos no hospital-dia A Casa*. In. A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico. São Paulo, Escuta, 1991.
42. **Goffman, E.** *A representação do eu na vida cotidiana*. 3ª. ed., Petrópolis, Vozes, 1985.
43. **Gonçalves Benevides, Laura.** *A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica. O contexto, o texto e o fora-texto do AT*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.
44. **Guinzburg, C.** *Os andarilhos do bem. Feitiçarias e cultos agrários nos séculos XVI e XVII*. São Paulo. Companhia das letras, 1988.
45. **Guirado, M.** *A clínica psicanalítica na sombra do discurso: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

46. **Guirado, M.** *Instituição e relações afetivas: o vínculo com o abandono*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.
47. **Guirado, M.** *Psicanálise e análise de discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo, EPU, 2006.
48. **Guirado, M.** *Prefácio*. In: **Guirado, M.; Lerner, R.** (org.). *Psicologia: Pesquisa e clínica*. São Paulo, Anna Blume, 2007.
49. **Guirado, M.** *A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade*. (Tese de Livre-docência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
50. **Harvey, David.** *Condição pós-moderna*. São Paulo, Edições Loyola, 1992.
51. **Hermann, M. C.** *Acompanhamento Terapêutico e psicose. Articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo, UESP, 2010.
52. **Japiassu, H.** *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
53. **Kalina, E.** *Tratamento de adolescentes psicóticos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1986.
54. **Laing, R. D.** *A psiquiatria em questão*. Lisboa, Editorial Presença, 1972.
55. **Lerner, R.** *Instituições: da Psicanálise na ordem do discurso de agentes de saúde mental*. Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.
56. **Lerner, R.** *Estudo institucional do atendimento de uma criança diagnosticada como autista*. Tese (doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.
57. **Lerner, R.** *Matriz discursiva da contra-transferência: discussão ética acerca do acompanhamento terapêutico e de instituições de saúde mental*. In: *Psychê. Revista De Psicanálise*. São Paulo, UNIMARCO, ano X, n.18, set. 2006. p.21 - 28.

58. **López, M. A. M.** *Experiência psicoanalítica e Acompanhamento Terapêutico*. Madri, Plaza Valdes Editores, 2006.
59. **Maia, M. S.** *O louco na cidade: clínica na rua. Moradia protegida e Acompanhamento Terapêutico*. In: A Rede - clínica ampliada em saúde mental. Vol. 1, n. 1. 2002. Belo Horizonte, p. 58 - 62.
60. **Maingueneau, D.** *Novas tendências em análise do discurso*. 3ª edição, Campinas, Pontes/ Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1997.
61. **Maingueneau, D.** *Sobre o discurso e a análise do discurso*. In: **Guirado, M.** *A clínica psicanalítica na sombra do discurso: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000. p. 21-31.
62. **Marcondes, Danilo.** *Textos básicos de filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar ed., 1999.
63. **Mauer, S. K. e Resnizky, S.** *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*. Campinas, Papirus, 1987.
64. **Mauer, S. K. e Resnizky, S.** *Acompanhantes terapêuticos atualização teórico-clínica*. Buenos Aires, Letra Viva, 2008.
65. **Mauer, S. K. e Resnizky, S.** *Territórios del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires, Letra Viva, 2005.
66. **Menezes, L. C.** *Além do princípio do prazer: a técnica em questão*. In: **Alonso, S. L, Leal, A. M. S. (org.)** *Freud: um ciclo de leituras*. São Paulo, Escuta: FAPESP, 1997.
67. **Merleau-Ponty, M.** *L'institution – la passivité: notes de cours au Collège de France*. Tours, Éditions Belin, 2003.
68. **Metzger, C.** *Um olhar sobre a transferência no Acompanhamento Terapêutico*. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa (Org.). *Textos, texturas e tessituras no Acompanhamento terapêutico*. São Paulo, Hucitec, 2006. p.173 - 187.

69. **Morin, E.** *Reforme de pensée, transdisciplinarité, réforme de l'Université.* Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires no. 12- Février 1998.
70. **Moura, C.P.** *Algumas considerações sobre o Acompanhamento Terapêutico.* In: A Rede - clínica ampliada em saúde mental. Vol. 1, n. 1. 2002. Belo Horizonte, p. 55 -57.
71. **Nicolescu, B.** *O manifesto da transdisciplinaridade.* Coleção Trans. 2001.
72. **Novo dicionário Aurélio** da língua portuguesa. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
73. **Oliveira, Francisco De.** “O surgimento do anti-valor. Capital, força de trabalho e fundo público.”, in *Os direitos do anti-valor. A economia política da hegemonia imperfeita.* Coleção Zero à Esquerda, Petrópolis, Vozes, 1998.
74. **Ortiz, M. C. M.** *Voluntariado em hospitais: uma análise institucional da subjetividade.* (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
75. **Palombini, Analice de Lima et al.** *Acompanhamento terapêutico na rede pública.* A clínica em movimento. Porto Alegre, UFRGS, 2004.
76. **Palombini, Analice de Lima.** *O acompanhamento terapêutico em cena: metapsicologia e incidências subjetivas dos espaços e tempos do cotidiano.* (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
77. **Palombini, Analice de Lima et al.** *Psicanálise a céu aberto?* In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). *Psicose. Aberturas da clínica.* Porto Alegre, APPOA: Editora Libretos, 2007.
78. **Piccinini, W.** *Acompanhante Terapêutico.* Pulsional Revista de Psicanálise. N. 184. 2005. São Paulo. P. 93 - 94.
79. **Pitiá, A. C. de A.; Santos, M. A. dos.** *Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica.* São Paulo: Vetor, 2005.

80. **Psychê. Revista De Psicanálise.** São Paulo: UNIMARCO, ano X, n.18, set. 2006.
81. **Reis Neto, R. O.** *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro.* Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.
82. **Rossi, G. P.** *Acompañamiento terapêutico. Lo cotidiano, las redes e sus interlocutores.* Buenos Aires, Polemos, 2007.
83. **Santos, L. G. dos; Motta, J. M. e Dutra, M. C. B.** *Acompanhamento terapêutico e clinica das psicoses.* Revista Latinoamericana de psicopatologia Fundamental. Vol. 8, n. 3. 2005. São Paulo. p. 497 - 514.
84. **Sapienza, Bile Tatit.** *Conversa sobre terapia.* São Paulo, Paulus-Educ, 2004.
85. **Sarbia, S. B. e Lindel, N. B.** *Diversidades em la practica del Acompañamiento Terapêutico.* Buenos Aires, Letra Viva, 2010.
86. **Sereno, Deborah.** *Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade.* Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
87. **Silva, A. S. T. da.** *Emergência do Acompanhamento Terapêutico: o processo de constituição de uma clínica.* Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia. URGs. 2005.
88. **Simões, Cristiane Helena Dias.** *A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica.* Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
89. **Szasz, T.** *El mito de La enfermedad mental.* Buenos Aires, Amorrortu editores, 1968.

90. **Tenório, F.:** *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.* História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.
91. **Torre, E. H. G.; Amarante, P.** *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.* **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>
92. **Trindade, H. e Blanquer, J-M.** *Os desafios da educação na América Latina.* Petrópolis, Vozes, 2002.
93. **Weber, Max** *A ética protestante e o espírito do capitalismo.* São Paulo, Abril Cultural, Coleção Pensadores, 1974.
94. **Weil, P, D'Ambrosio, U, Crema, R.** *Rumo à nova transdisciplinaridade.* São Paulo, Summus, 1993.
95. **Zilberleib, Carlota Maria Oswald Vieira.** *O acompanhamento terapêutico e as relações de objeto em pacientes-limites.* Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – PUC, São Paulo, 2005.