

Entrevista com **Analice de Lima Palombini** (CRP 07/2421), psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pela UERJ, docente do Instituto de Psicologia da UFRGS, coordenadora do Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública e membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre.

1) Em que consiste o acompanhamento terapêutico?

Podemos definir o acompanhamento terapêutico (AT) como uma clínica sem muros que se realiza no espaço aberto do urbano, acompanhando cotidianos de vida de forma a favorecer o estabelecimento de laços entre o sujeito acompanhado e o território por ele habitado. O AT busca alargar os modos de habitar a cidade, para que nela a diferença possa ter lugar.

É uma prática surgida nos anos sessenta junto a comunidades terapêuticas na Argentina e no Brasil, podendo ainda ser referida às experiências de desinstitucionalização da loucura na Inglaterra, Estados Unidos e Itália. O AT é emblemático do contágio das disciplinas *psi*, e outros saberes envolvidos no campo da saúde mental, com o espaço e tempo da cidade, no momento em que os movimentos de reforma psiquiátrica impõem o deslocamento de seus profissionais, do âmbito fechado do hospital, para o espaço aberto e múltiplo da cidade. A cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada. . Nessa passagem, não são apenas os usuários dos serviços que se vêem diante da novidade de experimentar o território urbano – a rua, a praça, o comércio, o burburinho da vida passante –, de persistir nele; aos profissionais, igualmente, é lançado o desafio de incorporar a cena cidadina, o espaço público, aos seus esquemas de ação.

Costumo dizer que o AT se dá *entre* lugares, o que pode significar: “entre um dentro e um fora”, “entre a casa e a rua”, “entre o acompanhado e sua família”. Com muita frequência, o acompanhante terapêutico é solicitado justamente nos casos em que a circulação pela via pública encontra-se impossibilitada, com sujeitos cuja existência mantém-se confinada ao espaço exíguo de um quarto, em meio a uma atmosfera pesada e asfíxiante. É preciso, então, primeiro, ocupar o quarto, explorar ali possibilidades e lugares subjetivos, antes que a geografia da cidade. Mas a cidade, a rua, mantém-se, invariavelmente, no horizonte desse trabalho, como possibilidade de produção de encontros, de alargamento de redes sociais. O AT mantém, assim, uma relação muito forte com a dimensão pública da cidade. Com efeito, na medida em que a clínica a que se propõe o AT busca viabilizar formas e espaços de expressão e conexão da loucura, da diferença, com o cotidiano da vida, é certo que esse cotidiano - a rua, a polis – se vê afetado por sua presença em seu meio, presença que, sendo signo da diferença, busca-se excluir. Acompanhar a loucura, acompanhar aos que carregam o estigma de um diagnóstico psiquiátrico, aos que são vistos como “anormais”, é, nesse sentido, acompanhar também ao Outro, ao que, da cultura, manifesta-se como negação da diferença, recusando-se à estranheza do laço que a diferença intenta.

2) Como se dá o acompanhamento terapêutico atualmente no Brasil?

Penso que o AT ganhou novo impulso em nosso país, no contexto de uma política de saúde mental que pôs em obra a construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, uma política de saúde mental que pensa a oferta de cuidados consoante aos princípios e diretrizes do SUS, ou seja, como cuidado integral à saúde, com ações intersetoriais, um cuidado que leva em conta o território de vida das pessoas a quem se dirige e suas redes de relações. Mas essa perspectiva não se circunscreve ao campo da saúde. Sabemos que o tema da inclusão, de modo geral, vem determinando a elaboração e implantação de políticas

públicas que têm como perspectiva o engajamento, nos espaços sociais e na vida comunitária, de sujeitos que, pela condição particular da sua constituição física, psíquica ou social, eram, até então, internados em instituições totais ou submetidos a confinamento doméstico. O atendimento à saúde, o acesso à educação e o ingresso no mundo do trabalho ou da geração de renda constituem três vertentes fundamentais na consolidação dos processos inclusivos, tanto mais efetivas quanto mais integradas forem suas ações. Dessa forma, o deslocamento a que me referi antes, do espaço fechado das instituições para o contexto aberto da cidade, incide sobre a atuação profissional numa ampla gama de situações, englobando, além das políticas de saúde, o campo das políticas sociais, das políticas de educação, de cultura e de trabalho. E esse é todo um campo que se abre, com possibilidades de intervenção na perspectiva do AT.

Assim, nós temos a continuação do trabalho de AT na perspectiva mais próxima à de sua origem, no setor privado de serviços, articulado ao trabalho de psiquiatras e psicanalistas, em clínicas psiquiátricas ou de saúde mental, nas situações de crise ou fora dela. Em geral esse trabalho é realizado por profissionais ou estudantes de psicologia, terapia ocupacional, enfermagem e outras profissões de nível superior ligadas à saúde.

Mas temos também uma presença forte da concepção de cuidado própria ao AT – como uma clínica a operar no cotidiano – nas ações desenvolvidas por trabalhadores dos Residenciais Terapêuticos e em Centros de Atenção Psicossocial, em proximidade, ainda, com os modos do cuidado ofertado por agentes comunitários de saúde e redutores de danos, bem como por cuidadores nos abrigos de proteção à infância e adolescência, além de uma demanda por esse tipo de trabalho em contextos como o da educação inclusiva e do sistema judiciário. Dessa forma, o exercício do AT, expandindo-se do campo da saúde ao da assistência social, educação, entre outros, não se restringe a determinadas profissões ou especialismos, mas atravessa um conjunto de práticas para o qual confluem múltiplos saberes. Trabalhadores de diversas áreas de atuação e de diferentes níveis e formação têm se dedicado ao AT como uma modalidade do seu fazer profissional e como campo de investigação e produção de conhecimentos. No Rio Grande do Sul, tivemos experiências bastante exitosas de educação em acompanhamento terapêutico dirigida a trabalhadores de nível médio e básico da rede de saúde e assistência social, na Escola de Saúde Pública, entre os anos 2000 e 2002, e na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, em 2004. A experiência da Escola está em vias de ser reeditada neste ano.

Apesar desses avanços e disseminação da prática do AT no contexto das políticas públicas de inclusão e no campo da clínica privada, apesar do volume crescente de publicações sobre o tema e a realização de eventos e congressos relacionados, o AT ainda é uma função pouco conhecida e nomeada entre profissionais, equipes e serviços de saúde ou outros, sendo também desconhecida da maioria da população que poderia se beneficiar dessa modalidade de cuidado. Na verdade, lidamos com um grande desconhecimento, por parte da sociedade em geral, com respeito às formas de cuidado em saúde mental que extrapolam a psicofarmacologia e o hospital. E a mídia, a esse respeito, não tem feito mais do que reproduzir preconceitos há muito arraigados entre nós acerca da loucura e seu tratamento. No que se refere à propagação de modos psicossociais de cuidado em saúde mental, temos ainda muito que fazer.

3) E a psicoterapia, como pode ser definida? O que há de comum entre todas as práticas e linhas teóricas presentes nesse campo?

Não me arriscaria a dar uma definição única de psicoterapia, dada a diversidade de práticas e linhas teóricas que se encontra abrigada sob esse nome. Mas, na tentativa de uma

aproximação, diria que a psicoterapia, não importa a sua vertente, tem como condição *sine qua non* o estabelecimento de uma relação entre a pessoa a ser tratada e seu psicoterapeuta e está fundada na idéia de que o psiquismo, ou a subjetividade, se constitui na relação ao outro, na relação a uma alteridade. A psicoterapia seria o processo de acompanhamento da relação entre psicoterapeuta e paciente e os deslocamentos, as transformações subjetivas que a função alteritária dessa relação possibilita operar.

4) Quais são as diferenças e semelhanças entre o acompanhamento terapêutico e a psicoterapia? Em que situações se utilizam um e outra?

De novo, a multiplicidade das psicoterapias dificulta, a meu ver, uma resposta a essa questão. De forma muito breve e pouco precisa, diria que o AT se caracteriza como uma clínica em ato, clínica itinerante, clínica do cotidiano, que acontece a céu aberto, fora de *setting*, no burburinho da cidade, clínica-acontecimento, sujeita aos imprevistos da rua, enquanto a psicoterapia requer o estabelecimento de um *setting* determinado, onde o imprevisto, ainda que presente, está circunscrito a um contexto protegido, resguardado por quatro paredes que abafam, em boa parte, o burburinho das ruas.

Se isso marca uma diferença entre AT e psicoterapia, podemos, porém, pensar que o AT, como o descrevo aqui, é o que leva à sua máxima radicalidade o modo como a psicoterapia se faz, caso estejamos de acordo com a definição bastante ampla de psicoterapia como o acompanhamento de um processo onde o encontro com o outro cumpre uma função alteritária. Pois a cidade em que o AT nos lança, a cidade na sua dimensão de polis, conforme nos ensina Richard Sennett, é assentamento humano onde está dada a possibilidade de encontro com o estranho – encontro com o outro, alteridade, diferenciação.

Não é um tema fácil de expor em poucas palavras, talvez seja melhor deixá-lo nesse ponto, para manter em aberto a questão sobre aproximações e diferenças entre AT e psicoterapia.

Quanto às situações em que se utiliza o AT, sem querer fazer disso uma regra universal, podemos dizer que se indica o AT quando, para um determinado sujeito, a possibilidade de circulação e o estabelecimento de redes de apoio ou cuidado encontram-se limitadas a tal ponto que impede, coloca em risco ou torna extremamente empobrecido os fluxos da vida em seu cotidiano.

5) Como essas duas áreas podem ser trabalhadas juntas?

De múltiplas formas, não há um único caminho. É preciso sublinhar que a experiência de AT pela qual eu me conduzo insere-se num trabalho em rede que articula diferentes saberes e serviços no acompanhamento à singularidade de cada caso, sendo esse singular o que orienta a direção e o modo de uma prática que, em geral, tece-se entre vários profissionais. Para um determinado sujeito, o AT pode ser a referência maior, se não única, num certo momento de seu percurso de tratamento – assim, a equipe do serviço em que Júnior¹ era atendido solicitou a entrada de um *at* no caso com a intenção de trazê-lo para o mundo, fora da concha materna, e para que retomasse o vínculo com o serviço, ao qual deixou de comparecer porque não queria ter médico nem terapeuta ocupacional, mas amigos. Para outro, o AT se coloca como um dispositivo, entre outros, de uma operação compartilhada – como foi o caso de Renato, para quem a presença do *at* fazia função de intervalo “corporificado” entre ele e sua mãe; ao mesmo tempo, Renato encontrava, junto a outro profissional da equipe, o espaço para uma escuta analítica em que os efeitos da intervenção do *at* podiam ser desdobrados, enquanto um terceiro profissional se ocupava do acompanhamento à sua mãe. Ou, ainda, o percurso do AT

¹ Os nomes são fictícios.

pode ser o fio que busca enlaçar, pôr em relação, as ações esparsas, às vezes contrárias, levadas a efeito por diferentes profissionais ou instituições – foi como Bianca se conduziu no AT realizado com Cleber, adolescente com história de uso de drogas em acompanhamento pelo Poder Judiciário, morando num abrigo mantido pela Prefeitura e em contato com familiares na perspectiva da sua desinstitucionalização: acompanhando Cleber em suas andanças por esses diferentes espaços, Bianca era testemunha das incongruências que se manifestavam, seja no interior de um mesmo espaço, seja na passagem de um a outro; ao apontar essas incongruências, eram os movimentos e a palavra de Cleber que ganhavam a frente da cena, levando à resignificação de sua história.

6) Qual a relação entre acompanhamento terapêutico e saúde mental?

A primeira resposta a essa entrevista já aponta essa relação. Para dizer um pouco mais: o AT é um modo propício de operar o cuidado em saúde mental quando se pensa esse cuidado no território, um cuidado em liberdade. Nessa perspectiva, é uma função que perpassa as ações dos diferentes profissionais das equipes. Com efeito, na medida em que o trabalho em saúde mental passa a interagir com a cidade, o modo de atuação do conjunto de disciplinas e hierarquias envolvidas vê-se afetado. Do médico ao auxiliar administrativo, ao guarda, ao cozinheiro, do diretor ao estagiário, todos passam a se ocupar da circulação social dos seus usuários. Todos, em algum momento, fazem-se *ats*, estabelecendo pontes e possibilitando passagens entre a referência institucional para um determinado sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos que ele agora passa a ocupar.

Considero que o AT incide de forma determinante em quatro aspectos cruciais no campo da Saúde Mental. Em primeiro lugar, o AT tem uma incidência muito significativa, permite uma aproximação extremamente rica, junto àqueles usuários dos serviços de saúde mental que se mostram inacessíveis ou pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento, ou mesmo às propostas de oficinas e outros dispositivos dos serviços substitutivos. Mas não apenas isso. O AT produz efeitos notáveis também no processo de formação profissional daqueles que se dispõem a ser acompanhantes. Assim, na minha experiência, no contexto da graduação em psicologia, na UFRGS, tornou-se comum escutar, dos alunos, a afirmação do quanto o AT marcou todas as suas incursões posteriores no campo da saúde mental, no campo da clínica e mesmo em outros campos das práticas psi. Já no que diz respeito às experiências de educação continuada junta a trabalhadores da rede na perspectiva do AT, a continência oferecida pelos espaços de supervisão possibilitava que eles se lançassem desse modo novo no trabalho, arriscando despir-se das velhas formas e aprendendo a cada passo dado junto com o usuário que acompanhavam. Mas, além disso, o AT também tem uma incidência que eu vou chamar de institucional: as incursões do acompanhante pelo fora, a céu aberto, possibilitam uma outra visão, uma outra experiência de encontro com o seu acompanhado, que é distinta da experiência vivida no serviço. Essa diferença, o *at* trata de fazer chegar à equipe, ele a traz, como um mensageiro, para dentro da instituição, o que termina por exigir da equipe um reposicionamento em relação ao caso, abandonando estratégias que se tornaram rotina, requisitando a intervenção de outros profissionais, fazendo-se cargo de novas frentes de trabalho, inventando formas inusitadas de ação. Por fim, há outra incidência, ainda, que se poderia chamar de política, que diz respeito ao trabalho de AT (ainda que a política atravesse todos esses âmbitos de que acabei de falar): é que acompanhando o usuário, tanto nos seus percursos pelos serviços e outros dispositivos próprios às políticas públicas, quanto na experimentação de uma sociabilidade que se exerce em espaços variados da cidade, é o próprio processo de implantação da reforma psiquiátrica que é, assim, acompanhado, pondo em análise o funcionamento da rede e as formas como as comunidades locais, a começar pelas

famílias, respondem à desinstitucionalização da loucura. São esses os quatro âmbitos, então, de incidência do dispositivo do AT no campo da saúde mental: primeiro, na relação aos usuários acompanhados, com foco nas estratégias de interação com o meio e constituição de modos de vida; segundo, na relação aos acompanhantes, como experiência, em ato, de formação, voltada aos desafios que a reforma psiquiátrica impõe às práticas profissionais e ao desafio que significa levar a clínica ao seu limite, à sua máxima radicalidade; terceiro, na relação com as equipes dos serviços em que se atendem esses usuários, com foco na problematização dos demais dispositivos em uso bem como nas composições de que se vale a equipe para responder ao que lhe é demandado; quarto campo de incidência, na relação com o processo da reforma psiquiátrica em curso, como política pública de saúde, com foco no funcionamento da rede e nas respostas da sociedade à desinstitucionalização da loucura.

7) Qual a atuação do psicólogo no acompanhamento terapêutico?

Os psicólogos têm uma presença decisiva e maciça no AT. Mas é preciso não esquecer que, embora venha sendo incorporado com sucesso ao campo profissional da psicologia como uma modalidade terapêutica própria, o exercício do AT não pode ser circunscrito a esse campo, sob o risco de reduzir a multiplicidade e complexidade de sua ação. O AT também não se restringe àqueles que detêm diploma de curso superior. Não se trata de uma profissão regulamentada nem constitui um campo de saber específico, mas, sim, uma prática, uma função, um modo de exercer o cuidado para o qual confluem múltiplos saberes, não só aqueles disciplinares, mas os que a vida possibilita.

Contudo, se a psicologia como profissão não é requisito para o exercício da função de acompanhante terapêutico, os conhecimentos produzidos no seu campo e pela psicanálise (a que muitos psicólogos encontram-se referidos) são ferramentas cruciais para imprimir uma direção clínica ao trabalho, dando expressão à sua potência terapêutica – entendida aqui como possibilidade de criação, deslocamentos subjetivos e produção de novos sentidos. O grande volume de publicações sobre AT escritas por psicólogos e seu engajamento em atividades de formação e supervisão das práticas diz da responsabilidade que cabe, a esses profissionais, de colocar os seus saberes a serviço da comunidade. A função de autor, formador ou supervisor, nesse caso, incide, não sobre a formação específica do psicólogo, mas sobre o modo de constituição de uma prática interdisciplinar, como o AT, em que a psicologia como saber encontra-se lançada.