

# Sobre a ética no acompanhamento terapêutico (AT)\*

*On Ethics Of Therapeutic Accompaniment (TA)*

*Deborah Sereno\**

## Resumo

*Este artigo apresenta o acompanhamento terapêutico (AT) como dispositivo potente para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A autora faz uma breve menção às políticas públicas de saúde mental e à atual configuração da rede de atendimento em São Paulo. Aponta para a fragilidade na constituição da rede de saúde mental segundo as novas políticas públicas, frente aos riscos gerados pelo desinvestimento na manutenção, desenvolvimento e ampliação dos serviços. Destaca a experiência desenvolvida com alunos do Curso de Psicologia da FACHS/PUC-SP e aprimorandos da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, especificamente na formação e acompanhamento em supervisão do trabalho de acompanhantes terapêuticos (ats) inseridos em residências terapêuticas e em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e também na formação de um grupo de acompanhantes comunitários (ACs) de duas residências terapêuticas. Refere-se à função estratégica do trabalho do acompanhante terapêutico (AT) nas equipes de saúde mental, função esta conduzida por uma ética que, no final, concerne a todos os trabalhadores de saúde mental engajados na Reforma.*

**Palavras-chave:** *acompanhamento terapêutico (AT), agentes comunitários de saúde (AC), psicanálise, reforma psiquiátrica, políticas públicas de saúde mental.*

---

\* Este trabalho foi parcialmente apresentado e com modificações na mesa redonda sobre “A ética do acompanhamento terapêutico (AT)” no VI Congresso Internacional, VII Congresso Iberoamericano, VIII Congresso Argentino Acompanhamento Terapêutico: “*Integraciones conceptuales hacia una profesionalización de nuestra practica*” em Buenos Aires, em novembro de 2011.

\*\* Psicóloga, Psicanalista, Mestre em Psicologia Clínica (IPUSP), docente, coordenadora de estágio (Monte Alegre) do Curso de Psicologia da FACHS/PUC-SP e coordenadora do Giramundo - Oficinas e Redes em Saúde Mental da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic da PUC-SP. Email: desereno@terra.com.br

## Abstract

*This article presents therapeutic accompaniment (TA) as a strong tool for the Brazilian Psychiatric Reform. Public health policies and the present state of the public health service network in São Paulo, are briefly mentioned. The research shows that due to risks generated by disinvestment in service development, maintenance, and expansion plus new public policies, the public health network is very insubstantial. The author addresses the experiences of undergraduate Psychology students at FaCHS/PUCSP and graduate students practicing at Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic, whilst developing the training and supervision of therapeutic companions in therapeutic residencies and at CAPS (Center for Psychosocial Attention); and also the training of community health agents in two therapeutic residencies. This paper also refers to the strategic function of therapeutic accompaniment (AT) on mental health teams and the work ethic that ultimately concerns all mental health workers engaged in Mental Health Reform.*

**Keywords:** *Therapeutic Accompaniment (AT), Community Health Agent (AC), Psychoanalysis, Psychiatric Reform, Mental Health Public Policies.*

## INTRODUÇÃO

Pretendo com este artigo argumentar a favor do acompanhamento terapêutico (AT) como um dispositivo potente para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa idéia não é minha, faz coro com vários profissionais que atuam como acompanhantes terapêuticos (ATs). Dispositivo que remete a uma ética que especifica a própria práxis e que, no entanto, concerne a todos os trabalhadores de saúde mental, como pretendo mostrar.

Esta discussão torna-se relevante quando se coloca a “profissionalização do acompanhante terapêutico” como pauta principal de um Congresso Internacional sobre Acompanhamento Terapêutico, como este realizado em Buenos Aires em novembro de 2011, organizado pela Associação Argentina de AT (AATRA). Afinal, o AT é uma profissão? Velha questão que se reveste de trajes associacionistas, corporativistas e mercadológicos... Não me deterei especificamente nesta questão, apenas indico a função estratégica do AT nas equipes de saúde mental.

## A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A REDE DA SAÚDE MENTAL EM SÃO PAULO

A reforma psiquiátrica brasileira foi instituída pela Lei 10.216, de abril de 2001, mas seu “início” é marcado pela Carta de Bauru, resultado do Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental ocorrido em Bauru/SP, em 1987, que resultou na I Conferência de Saúde Mental, na Luta Antimanicomial, etc. A reforma psiquiátrica se insere dentro do contexto do movimento de direitos humanos e do movimento da reforma sanitária, sendo este último responsável por apoiar os parlamentares que defenderam a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS na Constituição de 1988<sup>1</sup>.

Houve uma expressiva redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e conseqüente aumento do número de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Porém, as internações compulsórias agora em vigor em alguns estados (como São Paulo e Rio de Janeiro) como política de saúde para crianças, jovens e adultos em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas (especialmente o crack, na região da cracolândia, por exemplo), e o investimento (desvio) de verba do SUS, num movimento contrário à política oficial, em “comunidades terapêuticas” urbanas e rurais religiosas, vão aos poucos revigorando (como uma droga venenosa/erva-daninha) a potência manicomial das instituições e a elevação indireta do número de leitos psiquiátricos. Isto implica num desinvestimento nos CAPSs, CAPS Ad, nas equipes, na constituição de equipes de consultórios de rua, para atendimento da população usuária de drogas em situação de rua; desinvestimento nas equipes, em supervisão, formação permanente, e conseqüente acirramento da cultura manicomial das equipes. Sempre o risco à espreita.

A rede de saúde mental está fragilmente constituída na cidade de São Paulo. Há uma problemática grave sobre a privatização que a saúde no

---

1 Política do SUS: responde aos princípios da universalidade (para todos), da integralidade (em todos os âmbitos – intersetorial), da equidade (diminuir a disparidade sociais e regionais) e participação social.

município de SP vem sofrendo com o endereçamento da verba do SUS para Organizações Sociais (OS) que gerenciam total ou parcialmente os equipamentos de saúde da rede pública. Em síntese, a rede está assim constituída:

1. Emergências psiquiátricas/internação em hospitais gerais de curta duração;
2. Os CAPS, responsáveis pelo tratamento em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos, e reinserção social dos usuários, pensados a partir de projetos terapêuticos singulares e por meio de atividades terapêuticas grupais, além de oficinas realizadas por equipes multiprofissionais. Alguns CAPS (os CAPS III) possuem leitos para internações rápidas, desenvolvendo noções de hospitalidade no lugar de hospitalização. Dentre os serviços substitutivos, os CAPSs são os articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental num determinado território. Regulam a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dão suporte à atenção à saúde mental na rede básica; organizam a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Outra porta de entrada na rede se dá com as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), das Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsáveis pela atenção básica do município.
3. O serviço residencial terapêutico, as residências terapêuticas, para até 8 moradores, podem ser mistas ou não; têm um coordenador, profissional de saúde mental (psicólogo, um terapeuta ocupacional, assistente social etc, ligado ou não ao CAPS) e 6 acompanhantes comunitários (ACs) por residência, que trabalham em dupla durante o dia e sozinhos no plantão noturno, no esquema de 12 por 36hs. Todas as residências do município (aproximadamente 25) estão a cargo das OSs.
4. Programa “De volta para casa”: Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, criado pelo Ministério da Saúde, visa a reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações (dois anos ou mais) e tem como parte integrante o pagamento pelo SUS (para SMS) do “auxílio -reabilitação psicossocial”.<sup>2</sup>

---

2 no valor aproximado de R\$240,00

5. Os CECCOS, centros de convivência e cooperativas, o mais vigoroso e radical dispositivo de toda reforma (e infelizmente, um dos que tem menos investimentos governamentais), têm como objetivo articular a comunidade e os usuários em atividades artísticas, culturais, esportivas e oficinas (artesanato, costura, bijuteria, etc). Alguns CECCOS comercializam esses produtos nas Feiras de Economia Solidária, organizadas pela Rede de Saúde Mental e Economia Solidária.
6. Esta Rede é um coletivo de organizações da sociedade civil, de empreendimentos econômicos e solidários, e projetos de geração de trabalho e renda organizados por usuários, técnicos e familiares dos serviços substitutivos da rede de saúde mental do Estado de São Paulo.

Não está prevista a figura do AT na rede assim estabelecida. Veremos, no entanto, que alguns profissionais, por exemplo, os acompanhantes comunitários (ACs), acabam por desempenhar mais especificamente a “função AT”.<sup>3</sup>

Entretanto, é necessário, neste ponto, definir um pouco melhor esta “função do AT”.

## O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT)

O AT é um dispositivo cuja especificidade está no fato de ocorrer na cidade, na rua, na casa do paciente, em seu cotidiano, fora dos contextos institucionais de tratamento e que tem como objetivo a construção de projetos de vida viáveis aos pacientes com sofrimento mental grave.

---

3 Ao menos em dois parágrafos do relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IVCNSM-I), ocorrida em Brasília, de 27/06 a 01/07/2010, o AT é citado: a) no parágrafo 337, “Incentivar, fortalecer e ampliar o financiamento de ações no território como o Acompanhamento Terapêutico, as ações/estratégias de redução de danos e atenção domiciliar, considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento do usuário de forma itinerante, atendendo as suas particularidades e necessidades específicas”, (p.68). b) no parágrafo 376, “Ampliar e diversificar a equipe multiprofissional nos dispositivos de saúde mental considerando as especificidades regionais e revendo a portaria 336/02 para incluir contratação de acompanhantes terapêuticos, arte terapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, professores de artes cênicas, yoga, massoterapeutas, psicopedagogo etc., para todas as modalidades de CAPS, assegurando a interdisciplinaridade da atenção”, p.72.

Consideramos o termo “dispositivo” no sentido foucaultiano: “*como rede de relações que se estabelecem entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, arquitetura, regramentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, o dito e o não dito*” (Castro, 2009). Trata-se de uma formação que em dado momento teve que responder a uma urgência. Assim, inicialmente, o dispositivo tem uma função estratégica. Num segundo momento, uma vez constituído e para permanecer como tal, o dispositivo deve dar lugar a um processo de análise e reajuste dos efeitos positivos, negativos, em ressonância e/ou contraditórios.

Quinet (2006) nos fala com clareza sobre a realidade do sujeito psicótico, a qual “*é povoada por suas criações inconscientes projetadas nos parentes, vizinhos e colegas, ou seja, em casa, na rua e no trabalho. A interferência do inconsciente a céu aberto desse sujeito se dá na polis, ao desarranjar os costumes e desacomodar os hábitos da ordem social*” (Quinet, p.4). É aqui que o AT intervém facilitando o trânsito entre os vários mundos visíveis e invisíveis da polis.

De um lado, a psicanálise — campo teórico onde nos apoiamos para pensar a clínica, o mecanismo da psicose e a direção do tratamento, de outro, a importância da cidade, da *socius* — a cidade como protagonista no jogo de cena do paciente: intervém e atua na própria cena (Sereno, 1994). Psicanálise e cidade, clínica e política, multiplicidade de saberes: circulação por outras áreas do saber - cinema, artes, urbanismo, filosofia, arquitetura, entre outros - para dar conta desta experiência de articular um louco neste mundo louco. Evidencia-se a transdisciplinaridade na teorização sobre o AT.

## QUE ÉTICA DO AT?

Benilton Bezerra (1999) fala de uma visão da clínica mais abrangente que a simples interação indivíduo/terapeuta e muito mais ambiciosa que a redução do mal-estar, e sublinha o caráter ético, político e clínico de todo e qualquer ato realizado no âmbito da rede de cuidados em saúde mental. Assim, “*toda clínica é social, e toda política diz respeito à vida subjetiva de cada indivíduo*”. Para o autor, a singularidade do sujeito só pode surgir e ser experimentada no campo das relações sociais, com outros sujeitos. Relações estas que só ganham sentido quando se reproduzem ou se modificam pela

apreensão que o sujeito delas faz. Assim, ele prossegue, *“toda proposta que vise a criação de uma rede de cuidados em saúde mental tem que se livrar de dicotomias tradicionais como as que definem oposições entre indivíduo e sociedade, psíquico e social, mental e físico, clínica e política, terapia e administração”* (Bezerra, p.7).

Eis o ponto: priorizar as ações que estimulem a *“desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental”*.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, após a implantação do SUS, se torna a inspiração para a legislação posterior em relação ao novo modelo de atenção em saúde mental. No capítulo sobre o trabalho e o trabalhador de saúde, enfatiza a necessidade de priorizar as ações que estimulem a *“desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental”* e define a equipe de saúde *“como necessariamente multiprofissional, com trabalhadores das áreas artística, cultural e educacional, livre da tradicional divisão de funções, comum à participação mais efetiva dos auxiliares e atendentes, com respeito e escuta dos diferentes saberes, sobretudo dos ‘setores populares’, e implicada no processo de mudança cultural do entendimento da saúde/doença mental”*. (Ramminger e Jacques, 2011)

Além disso, *“aponta a necessidade de garantir práticas de ensino, pesquisa e extensão que favoreçam novas atitudes dos futuros profissionais em relação à doença mental e que estimulem o desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico”*. Os autores indicam ainda nesse capítulo, o incentivo à criação de grupos de reflexão e supervisão, para que os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas e também a reivindicação da mudança na lógica das universidades formadoras de trabalhadores de saúde, que devem introduzir temas de saúde mental e saúde coletiva em seus currículos (ibidem).

Venho desenvolvendo projetos de AT com alunos do 5º ano do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUCSP há cerca de três anos, em três âmbitos de ação:

- No núcleo do 5º ano **As psicoses, os sofrimentos psíquicos graves e suas instituições - a clínica ampliada**, onde, além dos programas: Teoria psicanalítica das psicoses de Freud a Lacan (1º semestre) e Dispositivos clínicos (2º semestre), ofereço

supervisão aos alunos que desenvolvem projetos de AT com usuários de um CAPS e moradores das duas residências terapêuticas da região do Butantã.

- Na coordenação e supervisão do: **Giramundo - Oficinas e Redes em Saúde Mental**, serviço oferecido pela Clínica Psicológica da PUC-SP, em que os alunos do núcleo e os aprimorandos da Clínica passam a constituir uma equipe de AT e desenvolvem projetos de AT com crianças e jovens autistas e psicóticos atendidos na Clínica e nos CAPS II i Brasília e Casa Verde / Cachoeirinha.
- No trabalho mensal de capacitação que desenvolvo: **“Do acompanhamento terapêutico aos acompanhantes comunitários - contribuições”**, através do Convênio de Cooperação Técnica, Didática e Científica entre a PUC, Curso de Psicologia e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), visando capacitar os funcionários e servidores dos serviços CAPS, SRT I e SRTII do Butantã, como contrapartida dos estágios dos alunos na rede municipal.
- Este grupo se encontra há quase três anos, uma vez por mês, toda segunda-feira, das 8 às 10 da manhã, atualmente no CAPS, mas até 3 meses atrás, num parque público situado entre as residências, próximo ao CAPS e na vizinhança de outro parque, onde funciona o CECCO. (território: região do Butantã).

Os encontros tem ocorrido basicamente com os acompanhantes comunitários (os ACs, os cuidadores), das duas residências terapêuticas, e com rodízio de participação das coordenadoras de cada uma delas, uma com 3 e outra com 4 anos aproximadamente. A participação de servidores do CAPS é menos frequente. Os alunos que estão com estágio nas residências participam como observadores sistematizadores.

## OS AGENTES COMUNITÁRIOS

De acordo com o edital da ASF de 2009, para contratação de AC, as qualificações necessárias são as seguintes: *“os candidatos devem ter*

*preferencialmente o ensino fundamental completo, experiência na área de saúde mental e/ou em serviços tipo CAPS e experiência no cuidado de pessoas com necessidades especiais”.*

A opção de não contratar profissionais de nível técnico da saúde para esta função é não transformar a residência em um hospital, ou seja, os ACs devem manter a casa com cara de casa. Dentre as funções e atribuições dos ACs, cito algumas destacadas no ANEXO I do mesmo edital:

- Trabalhar em equipe, no Serviço Residencial Terapêutico, no cuidado e acompanhamento dos moradores que passaram por longas internações psiquiátricas e com vínculos familiares frágeis ou inexistentes;
- Participar, junto com a equipe de funcionários e moradores, da construção do funcionamento da casa e do projeto de vida de cada um dos moradores;
- Oferecer companhia, apoiar e estar junto, através da escuta, de conversas e de atividades na casa, externas e de lazer, respeitando os valores de cada um;
- Acompanhar, ensinar, colaborar e realizar os afazeres do dia-a-dia de uma residência, junto com os moradores: higiene pessoal e da casa, compra de alimentos e material de limpeza, preparo de refeições, organização de festas de aniversário, passeios, etc;
- Oferecer ajuda em atividades externas, como por exemplo: supermercado, farmácia, benefício social, banco, etc;
- Articular os recursos existentes na comunidade para a construção de rede social para o usuário;
- O edital também especifica conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento das funções, cito algumas:
- Habilidade nos afazeres básicos de uma residência (limpar, cozinhar, lavar, planejar, comprar, etc) e da vida cotidiana (banco, transporte, cartório, etc);
- Ser afetivo, paciente e estar disponível para conviver com pessoas com problemas;
- Estar disponível para a aproximação com pessoas com problemas de saúde, investindo na qualidade do vínculo com as pessoas atendidas e com o seu entorno.

- Estar disponível para realizar atividades diversificadas para atender as necessidades das pessoas acompanhadas e melhorar sua qualidade de vida, principalmente para pessoas frágeis, que vivem sozinhas, sem suporte familiar e social.

No primeiro encontro do grupo eles contam que para os ACs da primeira residência houve uma espécie de treinamento, conheceram o CAPS, estagiaram lá por uns dias, foram conhecer os futuros moradores no hospital onde estavam internados, ajudaram a escolher a casa, os móveis. Na segunda residência, no entanto, isso não foi possível, não houve tempo e moradores e ACs chegaram praticamente juntos na residência. Cada residência tem até 8 moradores, uma é mista e a outra é masculina. São 6 ACs por residência que trabalham em dupla durante o dia e sozinhos no plantão noturno, no esquema de 12 por 36hs.

*“Quando vim trabalhar na residência eu não sabia que era uma casa de loucos. Minha mãe disse que me sustentaria mais um tempo para eu largar esse serviço!”* (sic). Essa AC, da segunda residência, falava-nos do seu susto, medo (a própria mãe do morador lhe disse que temia que ele a agarrasse à noite!). E também da velha representação social da loucura: o louco perigoso, casa de loucos, melhor perder o emprego!

A AC não fez o que a mãe sugeriu e continuou no seu trabalho. Foi fisgada/ capturada! Ou já era desde o começo? Soube bem depois que é voluntária num trabalho para pessoas com deficiência! Este depoimento nos faz lembrar Tosquelles (1987), psiquiatra catalão, um dos precursores da psicoterapia institucional na França, que afirma a importância da análise das competências passionais nos itinerários de formação dos trabalhadores na determinação do porque se está aí (nos serviços de saúde mental).

Essa colocação da AC, no entanto, também operou como um emergente grupal, no sentido pichoniano, todos se identificaram e riram, houve contágio e passaram a falar espontaneamente sobre suas experiências nos primeiros dias na residência, as legais e as não tão legais.

Partimos daí e buscamos na literatura do AT subsídios teóricos para as experiências das quais os ACs falavam. Trabalhamos alguns capítulos da tese/ livro da Maria Paula Cauchick, “Sorrisos inocentes, gargalhadas

horripilantes” (2001, Annablume), sobre o trabalho do AT numa república e também um texto sobre a constituição desta mesma república, num dos livros sobre AT produzidos pela equipe da A Casa (Dias, C. et al., 1997); depois, nos detivemos num documento do Ministério da Saúde de 2005, avaliando a reforma psiquiátrica e descrevendo cada um dos dispositivos substitutivos ao manicômio, estabelecidos/forjados no âmbito da reforma.

Todas estas leituras foram bastante intensas e estimularam muitas reflexões sobre suas ações, sobre como viam os moradores; questões como: “devo confrontá-los com a realidade?” serviam também como disparador de relatos de como cada um lidou ou lidam com situações delirantes ou com as “manias” de determinados moradores.

Este espaço de escuta e acolhimento que se criou foi fundamental para que o saber dos ACs pudesse começar a emergir. *“Toda vez que a mãe diz que vem buscar a tal moradora no final de semana e não vem, ela entra em crise”*. Isto é um achado/uma observação clínica de extremo valor e indica um olhar para esta moradora como sujeito. Validar esta observação e incluir na discussão clínica faz toda diferença no trabalho entre as várias equipes da rede e está proposto na Reforma.

O efeito dos encontros se fez notar num dia, aproximadamente um ano desde que nos encontrávamos, com a chegada de uma nova participante, uma auxiliar de enfermagem que acabara de entrar no CAPS, vindo de um CAPS AD (álcool e drogas), que criticava a estrutura do seu novo local de trabalho, referindo-se “à bagunça” e apontando a importância de um setor de enfermagem mais organizado, nos moldes dos hospitais “antes dessa tal de reforma psiquiátrica”!!! A reação dos ACs foi rápida e surpreendente: todos efusivamente passaram a defender a reforma psiquiátrica, falando de seus “pupilos” e de como eles mudaram, de como eles percebiam mudanças nos moradores ao longo dos anos, e da falta de possibilidades que eles teriam se continuassem no hospital psiquiátrico, da autonomia que eles vinham conquistando. Aponto: *“Do jeito que vocês estão falando dá prá ver como eles mudaram, estão mais autônomos!”* Ao que um deles responde rindo, *“é verdade, mas não fala para o pessoal senão a gente perde nosso emprego!”*

Os ACs passam a contar mudanças em suas condutas, por exemplo, deixar de insistir em ensinar o senhor X a fazer café porque é o primeiro a acordar na casa (ou seja, seria lógico que ele fizesse o café, já que é o primeiro acordar, mas a lógica é outra!). Ou, poder enfrentar/conversar com a moradora que escondia remédio debaixo da cama, sem o temor de prejudicar a relação caso tocasse neste assunto com ela.

A questão da comida, no entanto, era praticamente unânime: não tinham coragem de “liberar” a cozinha para que os moradores se envolvessem com o preparo da alimentação. Uma estagiária do Núcleo do 5º ano começa a frequentar uma das residências. Não estava especificada a demanda para o trabalho de AT na residência: talvez com um determinado morador ou em uma atividade coletiva.

Em 2010 a aluna que estagiou nesta residência, percebeu um detalhe fundamental na casa que passara anos despercebido: os porta-retratos continuavam com as fotos de revistas com as quais vieram da loja desde que foram comprados! (Isto é um olhar de AT! Olhar estrangeiro, um olhar flutuante que já aponta uma intervenção). Esta observação provocou todo um engajamento dos moradores e ACS em torno das fotos de cada morador, fotos antigas, falta de fotos, que retratassem fragmentos de suas histórias, fotos novas, que foram para os porta-retratos, dando outro calor para a casa. O estágio ganhou um lugar e a estagiária passou a coordenar também a assembléia semanal a convite da coordenadora da residência e com participação dos moradores.

Assim, o estágio de AT nesta residência surgia da continuidade do estágio anterior, porém não havia ainda se constituído uma demanda específica para o trabalho de AT neste ano seguinte. A AT-estagiária passou a frequentar a casa duas vezes por semana, conhecendo e conversando com os moradores, cada um se aproximava do seu jeito. Tinha aquele que fazia ótimos desenhos eróticos — e cuja mãe já alertara a AC do perigo de ser atacada por ele —, e que insistia em se masturbar na presença da AT-estagiária, enquanto mostrava seus desenhos, toda vez que ela estava lá. Fez isso com todas as ACs: esse modo de aproximação com a mulher “*você sabe o que é pica?*”, já previsto e provavelmente respondendo ao desejo da

mãe. Ela, um tanto tímida, e diria até um tanto assustada nesse início do trabalho, aos poucos foi podendo manejar estratégias e construir contornos possíveis para estar com cada um deles.

Passado uns dois meses nesta rotina, traz para a supervisão o desejo de propor uma atividade com todos os moradores ou que engajassem a maioria, pelo menos, principalmente num dos dias em que vai à residência no final da tarde, quando ela percebe que eles ficam meio sem ter o que fazer esperando o jantar, alguns na TV.

Pensamos no grupo de supervisão dela propor que todos façam o jantar naquele dia. Funcionou. Os moradores ficaram empolgadíssimos com a possibilidade. Ela também! A ponto dela só se lembrar que não apenas não sabia como nunca havia cozinhado na vida quando está entrando na casa no dia combinado para fazer o tal jantar de estréia!

Isto, o fato dela só se dar conta que não sabia cozinhar quando chegou lá, produziu uma co-responsabilização geral pela atividade: permitiu que os moradores tomassem a decisão sobre o prato a ser feito (macarrão) e sobre como fazê-lo, o tamanho do corte do alho, da cebola, o tanto de molho... No fim, engajou a todos e a alegria foi geral. (Onde está o saber?) Até a AC, que não participou da atividade, também comeu e aprovou o tal do macarrão.

A AC não participou da atividade. Como se, naquele momento, com a entrada da AT-aluna para “assumir” os trabalhos, isso lhe permitiria ter um tempo de folga, um sossego na árdua rotina deste cotidiano na residência e foi assim que se deu, ela se retirou e foi para a internet. Num primeiro momento até validamos esta posição em supervisão; no entanto, depois de um tempo, vimos que era exatamente aqui que a aluna-AT deveria intervir, aproximando a AC da “tarefa” (pois a aluna sai no final do ano).

Questões institucionais também puderam ser trabalhadas neste campo grupal com os ACs, como a relação com o CAPS, principalmente com os psiquiatras. A discussão determinou a mudança das reuniões do parque para o CAPS, para que pudessem estar mais próximos dos profissionais e dentro do serviço, literalmente. Além disso, os ACs foram convidados a participar das reuniões técnicas quando estiver em pauta for a discussão

sobre algum morador de que seja referência, a fim de permitir uma inserção mais ativa dos ACs no contexto de tratamento e dos projetos terapêuticos dos moradores, passo importantíssimo para esta aproximação dos serviços.

Bem, o AC é AT? Importa essa discussão?

Importa, sobretudo quando se trata de falar sobre a ética. Pois toda esta estrutura de cuidados e atenção só tem sentido quando se leva em conta o sujeito, a escuta do sujeito, de TODOS os sujeitos, os ACs, os moradores... A possibilidade de um espaço de escuta e formação, que levasse em consideração suas práticas cotidianas, permitiu que aos poucos os ACs pudessem se apropriar do sentido de sua função na casa e seu modo de estar com os moradores. Puderam perceber a singularidade de cada um e diferenças no modo de lidar com um e outro. Com a apropriação do sentido de sua função, assumiram uma co-responsabilidade frente a estes sujeitos (tão precários e em construção) e seus familiares. No grupo, rimos juntos de alguma loucura alheia e o AC se emocionou quando percebeu uma modificação na posição de determinado sujeito. Deram-se conta de que o que está em jogo é a relação, é não achar que sabe e por isso fazer pelo sujeito, mas ter paciência para entender o modo e o ritmo do fazer do outro.

E então, o AC é AT?

O AT é psicanálise? Clínica de sujeito? Em contraposição a uma clínica de cuidados (Tenório, 2006), mais voltada para as questões do cotidiano e da cidadania, como se fosse possível realizar a segunda sem levar em conta a primeira, em se tratando dos usuários da rede de saúde mental?

O AT aparece como o articulador desta relação clínica/política, ou a figura “terapêutica” que mais encarnaria esta posição do “entre”. Traz na sua bagagem uma série de teorias sobre psicose e clínica, mas opera em várias situações do cotidiano, questões da cidadania, ou o que Tenório chamaria de clínica de cuidados, do tipo: aquisição de documentos, inscrição em cursos, entregar currículo, cuidar da casa/apropriar-se desse espaço, diversão, lazer e ócio. O AT faz isso apostando na transferência, na relação que se estabelece a partir da escuta do sujeito.

O AC é AT? Também não dá para dizer que não é! Concordam?

Desculpem-me, e com todo respeito ao nosso academicismo, mas o AT é o *PEÃO*, o trabalhador braçal do campo “psi”! Afinal, quem mais deste

campo, a não ser aquele que se propõe a fazer AT, se disporia a acordar às 5h da manhã para chegar na casa do paciente às 6h, para ajudá-lo a chegar ao seu curso, apoiar a sustentação deste delírio no qual se enlaça o sujeito, que o levou a conseguir esta vaga na faculdade e que remetia à época de seu primeiro surto, 20 anos atrás, quando teve que interromper seus estudos universitários, quando tentou se matar para salvar o mundo como Jesus Cristo?

Uma clínica que se dá no cotidiano, a partir de uma ética que sustenta que o sujeito da psicose, o sujeito do delírio está fora do discurso, mas não está fora do laço social. É uma clínica que se dá no passo a passo e no lado a lado de uma apropriação do sujeito de si, de sua história. Passo a passo e lado a lado na construção de projetos e territórios existenciais do sujeito, na relação com o outro e com os outros da cidade, no ritmo e na condição de viabilidade de seu delírio. É isso que se testemunha.

Nesse sentido, AT e AC se assemelham em suas funções. Os ACs não precisam saber sobre a forclusão, noções de transferência e escuta analítica; nem sobre espaço potencial e *holding*, e muito menos sobre extinção de comportamento para perceber que ali há um outro diferente que exige uma atenção singular que remete a uma outra lógica de funcionamento psíquico.

Tosquelles (1987) dizia preferir trabalhar com pessoas sem a (de) formação *psi*, que colocam as teorias como escudo, aí sim no sentido “contra-transferencial, como dizia Lacan, para não permitir que haja transferência. Tosquelles enfatizava a sensibilização ao insólito, a percepção do detalhe, do pequeno movimento, na formação dos trabalhadores no campo da saúde mental.

Para terminar, tratar da busca de autonomia e construção de projetos de vida viáveis ao sujeito, articulando-o na relação com a cidade e nos tratamentos, a partir de sua escuta, concerne a uma ética que diz respeito a todos os trabalhadores de saúde mental em todos os níveis da rede. Mantendo-se toda tensão e conflitos que disso possa advir. Ao menos, é o que seria desejável, se se pretende avançar no sentido da Reforma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASF – Associação Saúde da Família (2009). *Edital de processo seletivo de acompanhante comunitário*. Acessado em outubro de 2011. [http://www.saudedafamilia.org/asf/trabalheconosco/editais\\_processos\\_seletivos/2009/edital\\_ac\\_comunitario\\_15-04-09.pdf](http://www.saudedafamilia.org/asf/trabalheconosco/editais_processos_seletivos/2009/edital_ac_comunitario_15-04-09.pdf)
- Bezerra, B. (1999). Apresentação In: M. I. Fernandes; M. C. G. Vicentin; M. C. T. Vieira (orgs.), *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. São Paulo: Cabral Editora Universitária.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault*. Belo Horizonte: Autentica Ed.
- Cauchik, M.P. (2001). *Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes: intervenções no acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Annablume.
- Dias, C. et al. (1997). “A República” In: Equipe ATs do Instituto A Casa (orgs.); *Crise e cidade*, São Paulo: EDUC.
- Ministério da Saúde. (novembro de 2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília*. Acessado em outubro de 2011. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Oury, J. (1991). Itinerários de formação. *Revue Pratique n° 1*, 42-50  
Tradução: Jairo I. Goldberg (mimeo).
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Ramminger, T. e Jacques, M. G. *Saúde e Gestão no Trabalho em Saúde Mental*. Acessado em outubro de 2011. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/trabalhotatinamaria.pdf>
- Sereno, D. (1995). AT e produção de cinema - pesquisa para o curta-metragem “Dizem que sou louco”, In: *Percurso Revista de Psicanálise*, v. 14, p. 20.
- Tenório, F. e Rocha, E.C. (2006). A psicopatologia como elemento de atenção psicossocial In: Alberti, S. e Figueiredo. A.C. (orgs.), *Psicanálise e saúde mental - uma aposta*. RJ: Companhia de Freud Editôra.
- Tosquelles, F. (1987). Escola de Liberdade In, Lancetti, A. (org.), *Saúde e Loucura 4*, São Paulo.