TRAJETÓRIAS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: A CIDADE E A LOUCURA

Pedro José Pacheco [1]

Vilson Carlos Simborski Menezes [2]

Resumo: Esta produção tem como intenção evidenciar os caminhos de enunciação da prática clínica e política denominada Acompanhamento Terapêutico enquanto possibilidade de fazer em Saúde Mental. Transitaremos por uma ilustração histórica da loucura, a partir de suas múltiplas formas de ser, sua apreensão e suas instituições, bem como pela nova "constituição" do louco possibilitada pelas Reformas Psiquiátricas ocorrida nas últimas décadas. A partir disso iremos debater sobre as formas de atuação no/com o Acompanhamento Terapêutico contemporaneamente. Ao considerar clínica e política como interpostas e inerentes às formas de fazer em psicologia iremos evidenciar e debater como o AT tem sido pensado, ainda explorando modelos mais "fechados" em sua forma de pensar o sujeito. Percebemos tanto modalidades de intervenção que visam a construção de um processo de autonomia e ingerência no/do sujeito usuário, mas também na cidade que habita através das suas andanças pelo espaço público, quanto modalidades que buscam mais a adaptação e o desenvolvimento de habilidades somente no sujeito usuário, sem questionar e/ou criticar os aspectos mais macros que constituem a subjetividade humana.

Palavras-chave: Loucura. Reformas psiquiátricas. Saúde Mental. Acompanhamento Terapêutico. Cidade.

INTRODUÇÃO

Ao longo deste artigo iremos explorar as trajetórias que possibilitaram a atuação e realização do Acompanhamento Terapêutico no contexto contemporâneo, transitando pela história da loucura e suas instituições.

Fruto de diversas atividades de estágio do Curso de Psicologia da URI Santiago, e tendo como principal instituição parceira o CAPS I de Santiago, conhecido como CAPS Nossa Casa, este escrito busca uma breve revisão bibliográfica do que vem sendo pesquisado na psicologia sobre o AT, além de estar atravessado pelas discussões do "Programa de

[1] Psicólogo, Especialista em Psicologia Jurídica (CFP), Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Doutor em Psicologia (PUCRS) e Professor do curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI Santiago.

[2] Acadêmico da URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Santiago.

Acompanhamento Terapêutico na Rede Comunitária de Santiago", que é um projeto de extensão universitária do Curso de Psicologia da URI – Câmpus de Santiago.

Para "tricotar" uma discussão envolvendo esta trama necessária, e se chegar a (possíveis) entendimentos das práticas do AT[3], é importante discorrer sobre o percurso histórico do/sobre o louco, refletindo com Foucault e tendo como referência seu livro "A História da Loucura", para, após isso, apresentar, mesmo que sucintamente, as reformas psiquiátricas e consequentemente algumas possibilidades de pensar o AT na contemporaneidade.

1 CONTEXTUALIZANDO O "LOUCO"

A partir de Foucault (2012) percebemos diferentes formas como o louco foi tomado/apreendido ao longo da história, perpassando diversos saberes e fazeres. Desde o momento sócio-histórico do século XV, onde observamos a "*Nau dos loucos*" [4], e quando a Europa vivia um "temor" em relação às epidemias que assolavam o mundo, o louco, considerado "doente", é então colocado em navios à deriva, na esperança de que chegassem a lugar algum. Nesse contexto, o louco é tomado por diversas práticas, tendo como efeito sua exclusão social e moral, através de um viés que pensava numa "purificação espiritual" como forma de se "apropriar" do não saber sobre a loucura.

Com passar do tempo o louco começa a ter uma espécie de saber, pois, nas suas formas de expressão, evidenciava a "verdade" que cabia a cada um. A figura do louco é tomada como expressão nos teatros e na arte em geral. Para tanto, Foucault nos lembra que, neste momento: "Ele pronuncia em sua linguagem de parvo... ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos" (FOUCAULT, 2012, p.14). Ou seja, o louco discursa sobre as coisas de uma forma que fala a "verdade" às pessoas estando, portanto, nessa época, sabedoria e loucura bem próximas. No entanto, no transcorrer do século XVII,

[3] A abreviação AT irá designar Acompanhamento Terapêutico.

[4] A "*nau dos loucos*" foi uma prática realizada em que barcos passavam de cidade em cidade, a fim de que fossem recolhidos os loucos e fossem "largados" em outros espaços/territórios tais como ilhas. Como cita Foucault, "esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçam-nos de seus muros; deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos". (FOUCAULT, 2012, p. 9).

com o advento do Método por Descartes, interpelando que o sujeito da "razão" pensa através de uma verdade metódica, o louco começa a se distanciar de um saber.

No decorrer século XVII, os Hospitais Gerais começam a recolher os pobres das cidades e o louco entra nesse contexto de recolhimento. Em meio a isso ocorre a reforma protestante quando surgiram outras éticas de existência humana relacionadas a uma vontade divina. Com isso o louco começa a ser visto como maldição. Ou seja, com o advento do sujeito crítico da razão e com a reforma protestante o louco é colocado em outro lugar social, institucional e de controle, uma vez que se constituem outras formas do louco ser e se perceber no mundo. Concomitante a isso começa a ser produzida uma forma de ver a loucura como doença.

Dentro deste paradigma surgem as primeiras casas de internação que posteriormente se transformam em asilos, lugar em que a medicina começa a "tomar" a doença mental como área de saber. Com isso surgem duas figuras que marcam a história neste momento: Willian Tuke (1732 – 1822) e Philippe Pinel (1745-1826)[5]. Tuke organiza e pensa a forma de "atenção" ao louco através do retiro religioso, onde o louco ficaria isolado da sociedade em propriedades rurais e distante de suas relações até que retornasse a razão através do repouso, ar fresco e exposição direta à natureza.

No entanto, é o modelo de Pinel que irá influenciar mais fortemente a forma de apreender a loucura, principalmente no mundo ocidental, pois:

> O asilo da era positivista, por cuja fundação se glorifica a Pinel, não é um livre domínio de observação, diagnóstico e de terapêutica: é um espaço judiciário onde se é acusado, julgado, condenado e do qual só se consegue a libertação pela versão desse processo das profundezas psicológicas, isto é, pelo arrependimento (FOUCAULT, 2012, p. 496).

Ou seja, o asilo de Pinel interpõe que o louco conseguiria sua liberação asilar assim que se arrependesse de tal "erro ético", "religioso" ou de sua "vontade moral". Com isso a exclusão social começa a estabelecer também seus parâmetros jurídicos de internação e violação da liberdade.

Em meio a isso:

[5]Considerado o primeiro alienista, pois introduziu o método de separação e classificação dos diversos tipos de "desvios" ou "alienação mental", com o objetivo de estudá-los e tratá-los. Sua obra mais importante foi o Tratado Médico-Filosófico – Sobre a Alienação Mental ou a Mania publicada em 1800 (PINEL, 2007).

> A loucura passa a ser falada segundo um código que é do médico, delegado da razão. Isto significa que a dimensão propriamente humana da experiência da loucura desapareceu. Em seu lugar surgiu um discurso anônimo através do qual se define quem está privado de racionalidade e o porquê (FRAYZE-PEREIRA, 1985, p. 100).

Já no século XIX a loucura começa a ter uma característica psicológica, na qual o louco é uma pessoa em conflito consigo mesma. Surgem também os primeiros estudos da psicanálise através de seu fundador Sigmund Freud.

Outra discussão importante é a que relaciona Loucura e o capitalismo. Esta discussão é necessária se pensarmos que o capitalismo começou a tomar forma no século XV e XVI, na Europa, se fortificando enquanto sistema no início do Século XVIII, com a revolução industrial. Ou seja, o percurso sócio-histórico da loucura se entrelaça com os caminhos de formação do Capitalismo, uma vez que o Louco, com advento deste sistema financeiro, se torna improdutivo e uma ameaça à ordem social e econômica da época.

A partir dessa ideia de improdutividade diversas marcas na história da loucura foram produzidas, tais como o enclausuramento justificado em nome do tratamento, através da máxima: O trabalho "dignifica" o homem. Com isso ocorre então a constituição do louco enquanto indigno e até mesmo amaldiçoado.

Já no século XX, com a concepção organicista e positivista consolidada (CASTEL, 1978), a loucura passa definitivamente a ser vista como doença mental, sendo o doente um alienado da razão e que deve ser medicalizado. Com isso o modelo de internação involuntária e compulsória em manicômios se intensifica e o louco é tomado por diversas áreas do saber que buscam através da explicação da loucura a ascensão a um lugar de reconhecimento "científico" e de poder na sociedade moderna. Com isso, a loucura sofre os mais diversos "tratamentos" e assujeitamentos, ocasionando situações claramente desumanas tais como internação perpétua, torturas, privação de direitos e mortes de milhares de pessoas por negligência e descaso, como cita Arbex (2013).

Logo, chega-se a um momento em que o aprisionamento gerado nos manicômios não dá mais conta das suas justificativas de tratamento e algumas alternativas são pensadas respeitando os Direitos Humanos Fundamentais. Essas alternativas foram denominadas de Reformas Psiquiátricas.

2 REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

É importante comentar como as diferentes reformas psiquiátricas (RP) ocorreram em todo o mundo. A RP é importante, pois ela introduz um caminho possível de surgimento do AT, já que interpõe uma nova forma de pensar a loucura e o louco. Com isso iremos citar três formas que tiveram maior repercussão e que causaram maior impacto no modelo psiquiátrico tradicional (DESVIAT, 1999). O mundo, na década de 50, vivia um pós-guerra, restabelecendo-se dos efeitos dos ideais nazistas e repensando o homem e sua potência. Em meio a isso a ONU cria a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 que ressalta características éticas relacionadas ao homem em suas diversas formas de ser e fazer no mundo. Com isso e através da evidência do que acontecia nos manicômios, tornam-se necessárias reformas no modelo de assistência em saúde ao doente mental.

Entre estes modelos da reforma observamos o modelo francês, chamados Psicoterapia Institucional Francesa e Política de Setor. Este modelo foi bastante influenciado pela psicanálise, através da busca de produção de relações significantes e importantes no interior da instituição. Nesse modelo a instituição é vista como um todo, que é passível de análise, uma vez que se entendia que a instituição psiquiátrica estava doente, incluindo aí seus funcionários, os usuários e todo o sistema de atenção ao louco. A política de setor foi importante, pois foi o primeiro movimento em relação à territorialização da assistência em saúde, uma vez que era fundamentado nos seguintes princípios:

> Princípio da setorialização ou zoneamento. Delimitaram-se áreas com 50 a 100 mil habitantes; princípio da continuidade terapêutica. Uma mesma equipe no conjunto de cada setor deveria fornecer o tratamento e se encarregar do paciente nos diferentes serviços e momentos do tratamento, desde a prevenção até a cura e a pós-cura; o eixo de assistência deslocou-se do hospital para o espaço extra hospitalar. O paciente deveria ser atendido, na medida do possível, na própria comunidade. O efeito cronicizador da instituição deveria ser evitado (DESVIAT, 1999, p. 31).

Frisa-se aqui o movimento de atendimento na própria comunidade. No entanto, este modelo ainda não realiza a desinstitucionalização, ainda que (re)pense os espaços extra-hospitalares como locais importantes na "cura" e "pós–cura" da loucura.

Em relação ao modelo Antipsiquiátrico Inglês, presenciamos a "Comunidade Terapêutica", que foi uma forma de atenção à saúde mental que tinha uma perspectiva

interdisciplinar, retirando o médico do caráter único e crucial para atenção à saúde mental. Mesmo que neste modelo havia um importante caráter de decisão coletiva nas questões de administração dos serviços (DESVIAT, 1999), ele também não visava a desinstitucionalização.

Com isso surge a Antipsiquiatria Italiana, que apresentava o entendimento de que:

> Ficaram para trás as técnicas inovadoras de tipo institucional, reduzidas a uma simples camuflagem dos problemas, diante da luta contra a exclusão e a violência institucional, a demolição dos manicômios e a transposição da crise do doente mental para o âmbito social. A psicopatologia foi momentaneamente colocada entre parênteses. A prática converteu-se numa ação política (DESVIAT, 1999, p.42).

Ou seja, com as experiências em Trieste, tendo como precursor Franco Basaglia na década de 70, começa a ser pensado um novo modo de pensar a saúde mental e o doente. Com essa mudança de pensamento político em relação ao louco se inicia uma discussão relacionada à prática institucional do manicômio e ocorre a desinstitucionalização e progressiva criação de serviços substitutivos, no intuito de repensar as formas de atenção em saúde mental.

Portanto essas foram, sucintamente, as principais bases de pensamento do movimento da reforma psiquiátrica que modificaram as formas de perceber a saúde mental nas últimas décadas. Através disso, diversas mudanças ocorreram, como a mudança de pensamento na América Latina, "respigando" no modo como o Brasil também o percebia.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

É importante salientar que a reforma brasileira ocorre num momento de questionamento do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde (mental) e debate sobre os princípios que regem o modelo de atenção em saúde integral, equitativo, universal, descentralizado, sustentadores do movimento denominado reforma sanitária que deu início ao Sistema Único de Saúde[6]. Logo, Amarante (1995) lembra-nos que foram diversas e distintas formas nas quais aconteceram as mudanças de saber e fazer em saúde mental no Brasil.

[6]Este sistema está disposto na Lei 8080, de 1990, e disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html. A esse respeito dos princípios que regem esse Sistema ver: ABC do SUS: Doutrinas e princípios. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Brasília, 1990.

Ocorreram as formas *alternativa*, a *sanitarista* e a da *desinstitucionalização* ou da *desconstrução/ invenção*[7]. Ancorada na Reforma Sanitária, a desinstitucionalização foi e é o modelo utilizado, estando em presente e contínua produção, culminando na criação de diversos serviços substitutivos à institucionalização e com um crescente fortalecimento desta "nova" rede de atenção à saúde mental.

Com isso, cabe contextualizar que:

> No Brasil, a partir da década de oitenta, há uma transformação do modelo de atenção à saúde mental, historicamente centrado no hospital psiquiátrico. Este modelo arcaico, outrora hegemônico, provoca a desassistência, a segregação, a cronificação do sofrimento, o abandono e a morte de milhares de pessoas. (BRANDALISE; ROSA, 2009, p.1).

Assim, é de conhecimento geral as inúmeras mortes de pessoas em manicômios (ARBEX, 2013), para não citar os que moraram durante (quase) toda sua vida assujeitados a diversos tratamentos e/ou sem contato familiar/social. Logo, a reforma possibilitou várias mudanças nas formas de fazer em saúde mental.

Com isso, o processo da reforma psiquiátrica envolveu grande parcela da sociedade brasileira e teve como fundamento a desconstrução de uma lógica manicomial de "encarceramento" nos manicômios e de exclusão dos considerados "loucos". Devemos considerar a influência da antipsiquiatria italiana, tendo seu expoente máximo em Franco Basaglia, que promoveu "desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio" (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005, p. 7) e promoveu as primeiras intenções em pensar formas de cuidados humanitários e de convivência em comunidade. Logo, no Brasil, a partir das reivindicações possibilitadas pela implantação do SUS foi que o movimento antimanicomial ganhou força e começaram a se estabelecer as primeiras leis[8]. Depois de vinte anos de luta, é aprovado em Lei Federal 10.216/01 que:

[7]A esse respeito ver: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

[8]Lei 9.716 de 7/08/1992 no Rio Grande do Sul; Lei 12.151 de 29/07/1993 no Ceará; Lei 11.065 de 16/05/1994 em Pernambuco; Lei 6.758 de 4/01/1995; Lei 11.802 de 18/01/1995 em Minas Gerais; Lei 11.189 de 9/11/1995 no Paraná; dentre outras.

> Redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005, p. 8).

Além dos redirecionamentos citados, ocorreram outras modificações que foram: a reformulação do modelo assistencial, mudanças com relação ao direito dos usuários, modificação do pensamento da internação objetivando que este ocorrerá somente em último recurso, proibição de internação asilar e a responsabilização do Estado em desenvolver políticas públicas para esta população.

Para tanto, os movimentos sociais e profissionais envolvidos com a lógica de desinstitucionalização se envolveram na criação/invenção/produção de novas formas de atenção à saúde mental que possibilitassem às pessoas conviverem na comunidade, criarem laços sociais e vínculos significativos.

Portanto, após a criação do SUS e do SUAS[9], da criação dos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços substitutivos, ocorreu um significativo avanço nas formas de se pensar e cuidar a saúde (mental) criando alternativas após a desinstitucionalização, tais como: os residenciais terapêuticos[10], programas como o De Volta para Casa[11], entre outros. Tais dispositivos visam o retorno dessas pessoas para suas famílias, seu ambiente social, auxiliando na constituição de vínculos/laços sociais em seu território. Com relação ao conceito de território é importante frisar que:

> O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com

[9]Sistema Único de Assistência Social (Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome, 2011).

[10]"O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não" (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 6). "As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia" (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 5).

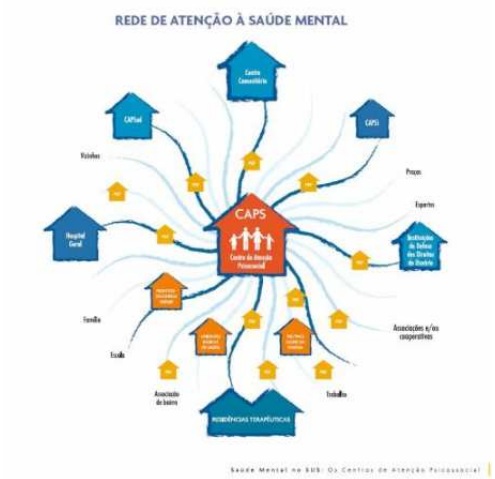
[11] "O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação... Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social" (BRASIL, 2005. p. 17).

> os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005, p. 26).

Portanto, neste território de tramas, acontecimentos e agenciamentos, a saúde mental é pensada a partir de uma concepção de saúde integral, complexa, enredada de situações cotidianas que afetam as pessoas.

Já com relação à concepção de rede de saúde mental, segundo Ministério da Saúde, podemos refletir a partir da imagem a seguir:

Figura 1: Rede de atenção à saúde mental



Fonte: Amarante apud Brasil, 2007, p. 89.

Com a imagem, percebemos o CAPS sendo pensado a partir da lógica de base territorial, em que se observa e se evidencia a importância dos Centros Comunitários, os hospitais e prontos socorros gerais, as escolas, o CAPS ad, a família, os vizinhos, associação de bairro, a(s) unidade(s) básica(s) de saúde, Residências Terapêuticas, saúde da família, o trabalho, associações e/ou cooperativas, instituições de defesa dos direitos do usuário, esportes, praças e o CAPSi.

Esta formulação citada acima denota uma rede que pensa o cuidado ao doente mental a partir da consideração sobre a autonomia, o território e o laço/convívio social.

Além disso, o Conselho Regional de Psicologia também ilustrou seu entendimento com relação à rede de atendimento psicossocial em saúde mental, que se evidencia a seguir:

Figura 2: Rede de Atenção à Saúde Mental, conforme o Conselho Federal de Psicologia



Fonte: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

Nesta forma de perceber a rede, numa configuração complexa, observamos o território como um todo a ser pensado. Em relação à ilustração do CFP podemos perceber que este entende a instituição "educação" ao invés de "escola", já demarcando uma diferenciação, ou seja, que percebe a educação como instituição legitimada e emaranhada que não está necessariamente relacionada a uma organização escolar, mas a todo processo educacional. Vemos também que no Centro da Atenção em Saúde Mental não está o CAPS, mas sim os Serviços de Atenção Básica e primária em saúde, uma vez que se considera que estes serviços são as portas de entrada na rede. Já na concepção da figura 1 vemos o CAPS como referência primária.

Muito mais que definir uma ou outra como a "ideal" devemos utilizar as duas figuras para refletir sobre o processo de saber-fazer em saúde mental, uma vez que o paradigma da desinstitucionalização acarretou novas formas de se pensar a práxis do trabalhador em saúde mental, visando a autonomia e o fortalecimento dos laços comunitários e com a instituição. Uma dessas formas é o AT que estimula e (re)pensa a constituição da rede, do território, em

um processo de produção contínua com o acompanhado. Esta noção de território, mais que geográfico, imputa diversas potencialidades de fazer em saúde mental e que possibilitam ações no Acompanhamento Terapêutico.

4 ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: CONSTITUIÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

Seguindo com a lógica da Reforma Psiquiátrica surgem as primeiras intenções do Acompanhamento Terapêutico, principalmente na América Latina, e mais especialmente na Argentina e no Uruguai, considerando que esta prática se inicia sem uma base de referência teórica e metodológica. "Inicialmente o AT foi chamado de 'amigo qualificado', mas tal termo caiu em desuso pelo seu conteúdo amistoso e pouco profissional. O AT não é um amigo, ainda que possa estabelecer vínculos afetivos intensos com o paciente" (LONDERO; PACHECO, 2006, p. 260). Com o passar do tempo e dos debates em torno do(s) serviço(s) e rede(s) de atenção psicossocial a saúde mental, o AT começou a ser tomado teoricamente enquanto prática profissional e, a partir de então, tem se constituído de diversas formas. Atualmente a prática de AT é uma ferramenta que diversas áreas utilizam como forma de atendimento a usuários em sofrimento psíquico, entre elas a enfermagem e a psicologia.

Para trilhar um caminho de explanação é necessário situar que o AT:

> Trata-se de uma clínica que atua junto à experiência cotidiana do paciente, sustentada nas redes de relações psicossociais. E um recurso utilizado para o cuidado de pessoas cujas possibilidades de circulação social encontram-se comprometidas, e a subjetividade ameaçada pela impossibilidade de estabelecer vínculos afetivos e sustentar uma vida produtiva no ambiente familiar, social e profissional (BRANDALISE; ROSA, 2009, p. 4).

Portanto, o conceito de autonomia é importante, uma vez que implica repensar o olhar, o cuidado, a escuta e o caminhar que será dado em relação às vivências do acompanhado. Assim sendo ocorrerá um trabalho, independente da linha teórica utilizada, que visará o estabelecimento de laços sociais e afetivos na comunidade com vistas à potencialização da autonomia do sujeito. Logo, o AT é igualmente necessário no entrelaçamento que será feito com a comunidade e com a instituição a que o usuário está ligado.

Contudo, os encontros, caminhos e andanças não são de todo modo um caminho tranquilo a ser trilhado. Muitas são as situações onde os usuários se encontram em circunstâncias muito complicadas e difíceis, podendo também vivenciar situações mais banais como pegar um ônibus, ligar para um parente, ir ao banco, dentre outras. Com isso "estar junto" às vezes pode significar estar ao lado, com uma intervenção não localizada num assunto específico, mas que se mostre afetivamente disponível a ouvi-lo.

Logo, em alguns momentos utilizamos uma escuta:

> No sentido em que, para ajudarmos, temos de adotar uma atitude que propicie o desencontro. Ocupar lugar de morto para que o paciente aprenda que a falta existe, que o nada é construtivo, que o encontro é impossível, que a relação sexual não existe. Enfim, tudo isso para que a realidade seja definida pelo que não é e não por tudo que pode ser, se cada singularidade desenvolver nela da a sua potência. (BAREMBLITT, 1991, p. 83).

Potencializar, politizar e produzir um sujeito cidadão, autônomo e ciente das suas responsabilidades, objetivos, compromissos e possibilidades de vivência. Esta singularização efetivada pelo atendimento no AT é necessária para diferenciá-lo dos outros usuários, dos outros membros da família, e da população em geral. Significa olhar para as suas questões, percebê-las como suas e contar com o AT enquanto pessoa disponível a auxiliar. Com isso:

> A utilização que o paciente pode fazer de nós vem a nossa disponibilidade para mergulhar e entender a particularidade de seu ajustamento familiar com as relações que daí decorre. A partir dessa utilização, vamos acompanhando, respondendo junto com ele perguntas e solicitações que o social lhe faz (CAIAFFA, 1991, p. 96).

Durante os encontros vivenciamos afetamentos, preconceitos e realidades diversas em que partes da sociedade expõem formas de perceber o "louco", já que um dos nossos objetivos também compreende a afetação e implicação do público através do contato/encontro/contágio com a alteridade da loucura. "Positivar e politizar a criatividade, ressaltando estratégias de enfrentamento ao silêncio e à indiferença por meio da intervenção aparentemente banal" (BAPTISTA apud BASAGLIA, 1990, p. 10) que é um dos principais objetivos do cuidado aos usuários de serviços de saúde mental, ressaltando sempre a primazia do caráter político do acompanhamento, tanto para usuário como para o acompanhante.

Portanto, consideramos que algumas vezes o profissional é que é acompanhado, invertendo uma possível lógica de papéis pré-definidos, pois em situações específicas quem (re)conhece o espaço físico e simbólico da comunidade é o usuário. Isto aparece principalmente em atendimentos realizados em domicílio. No entanto isto não significa ingenuidade nem descaso para com o usuário, considerando que a real intenção é que o profissional possa auxiliar o usuário, possibilitando a autonomia no desenrolar de sua construção sócio-histórica.

Para tanto, dentro da discussão política do entendimento do AT, citamos Palombini apud Benjamim:

> O *flâneur*... É o habitante por excelência das passagens parisiense, é o que usufrui das experiências limiares e paradoxais que nelas têm curso: intermezzo entre a rua e a casa, novidade que se arruína, grande salão dessa morada do coletivo em que se tornam as ruas. Como se em casa estivesse; sentindo-se olhado por tudo e por todos, centro do mundo, mas também vendo a tudo e a todos, escondido, insondável em seu meio; descobrindo um país exótico e distante, mas que então é outro senão aquele, bem perto, no qual vive (PALOMBINI apud BENJAMIM, 2009, p. 297).

Este trecho nos sobressalta uma questão sobre quem seria o flâneur, famoso transeunte das vielas parisiense expostos na literatura de Alan Poe, Balzac, dentre outros. O paciente (usuário) ou o Acompanhante Terapêutico? Tomado como perspectiva de visualização inicial, percebemos que a figura do andante "descobrindo um país exótico" é tanto o usuário quanto o acompanhante, pois os dois estão vivenciando um momento em que as "barreiras" entre analisado e analisante, terapeuta e paciente, "ciência" e "senso comum", se interpõem de forma que não é possível delimitar as fronteiras entre quem é e o que realiza.

Contudo, até o presente momento debatemos sobre formas de atuar, intervir, com uma fundamentação visando à autonomia em relação ao desejo do usuário, (re)pensando intensamente a subjetividade e a cidadania enquanto norteadoras do Acompanhamento Terapêutico. No entanto há outra forma de entender o AT que é o baseado na Teoria Cognitivo Comportamental, onde se percebe um foco no comportamento, na modificação deste enquanto processo necessário de saúde.

Logo, nesta teoria encontramos que:

> O Acompanhamento terapêutico (AT) é uma modalidade de intervenção psicossocial realizada em uma situação clínica, cujo objetivo é o desenvolvimento

> de habilidades comportamentais básicas em pessoas que possuem prejuízos em uma ou demais áreas do comportamento humano decorrentes da presença de transtornos mentais, orgânicos e em situação de vulnerabilidade (LONDERO; PENS, 2010, p. 3).

Ao ler essa ilustração percebemos que quando utilizamos desta linha teórica enquanto pano de fundo para os atendimentos estamos dizendo de um saber que é do profissional enquanto definidor a priori do que é necessário modificar, estabelecer ou corrigir no seu paciente. Esta ideia de comportamento disfuncional o qual deve ser modificado leva em questão aspectos mais comportamentais do que subjetivos. Ainda que esta modalidade se proponha a ser uma intervenção psicossocial, ela não visa modificar/alterar o sistema social e cultural em que o sujeito vive, focando direta e unicamente o comportamento desajustado do sujeito usuário.

Logo, "A terapia cognitivo comportamental oferece um contexto concreto no quadro das habilidades sociais, nas quais o AT exerce uma relevante atuação como modelo e observador nas exposições programadas" (CABALLO; IRURTIA; ARIAS, 2010, p. 51). Portanto esta forma de entender o AT diz de uma intenção de modelar o sujeito às situações naturais para que consiga estar na comunidade sem provocar os "ruídos" da loucura. Estas situações programadas são experiências onde o AT define o que o usuário deva passar, com auxílio dele, para observar como se estabelecem as relações e os comportamentos entre os indivíduos, através da mais variadas Técnicas Cognitivo Comportamentais tais como: tarefas de casa, psicoeducação, treinamento de habilidades sociais, agendamento e organização das tarefas diárias, reestruturação cognitiva, entre outros.

Entretanto, a modalidade de atendimento baseada na Teoria Cognitivo Comportamental denota uma contradição no que tange ao trabalho com o Acompanhamento Terapêutico, pois utiliza suas teorizações clássicas como bem afirma Filho (2003, p. 146): "O mecanismo de adaptação dos sujeitos à sociedade é ao mesmo tempo um mecanismo de enrijecimento deles. Aquilo que aparece como um 'doente' não é a pulsão oprimida ou reprimida, mas o original buscando satisfação". Nesse sentido, a loucura se torna adaptável, o mais intenso e discutível dos "sintomas" psíquicos é engolfado por um conhecimento que diz saber dele, não do sujeito que o transforma em palavras, mas do sintoma/comportamento que vem "à frente" do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos considerar que diversos são e foram, ao longo da história, os saberes e fazeres com relação à loucura e que serviram de lugares disciplinares e de controle institucional sobre o louco. Presenciamos também que o movimento humanitário, fortalecido após a segunda guerra mundial fez com que novos dispositivos de atenção à saúde mental fossem pensados e realizados. Uma dessas formas foi o AT, com suas variadas formas de fazer, perfazendo um caminho do senso comum até o "científico".

Já com relação ao trabalho efetuado e embasado na Teoria Cognitivo Comportamental entendemos que o AT, nessa perspectiva teórica, torna-se meramente uma 'técnica' que faz com que perca o que tem de mais fundamental que é o relacional, a experiência e a intensidade dos fatos vividos na comunidade, focando especialmente o indivíduo em situações programadas universal e teoricamente. Em contrapartida a esta abordagem téorico-metodológica, consideramos ser crucial com relação ao AT que se opere em um lugar de facilitação para as vivências citadinas e públicas, co-construindo um sujeito cidadão e empoderado de si e das possibilidades de relações com os outros ao seu redor.

Com isso desejamos que a partir da prática e da discussão teórica os agentes em saúde mental possam conhecer mais sobre o que é realizado e quais as intenções que tem ao propor/participar de um trabalho de AT. Diversas são as situações, singulares com certeza, que atravessam a cidade, a comunidade e a modificam através dos acompanhamentos e nosso esforço foi de apresentar algumas das intenções desta forma de fazer em saúde mental.

TRAJECTORIES OF THERAPEUTIC MONITORING: THE CITY AND MADNESS.

Abstract: This production aims at identifying the features of the policy and clinical practice named Therapeutic Follow-Up, looking at it as a possibility of doing in Mental Health. It will be held a historical illustration of madness, in its multiple ways of being, its imprisonment and its institutions, as well as an illustration of the insane's new "constitution", supported by Psychiatric Reforms occurred in the last decades. From this, we will discuss the Therapeutic Follow-Up possibilities today. When considering clinic and policies as interposed and inherent to action in psychology, we will demonstrate and discuss how the TFU has been thought, in order to explore more "closed"models in its ways of thinking the individual. We perceive intervention methods which aim at the construction of the user s' autonomy process, in the city that they dwell in, through their living in the public space; as well as methods that are looking for adaptation and the development of skills, thinking exclusively of the user,

without questioning and/or criticizing the macro aspects that constitute the human subjectivity.

Keywords: Madness. Psychiatric Reform. Mental Health. Therapeutic Follow Up. City.

Referências

AMARANTE, Paulo D. C. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro:** Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BAPTISTA, Luis Antonio S. **A cidade dos Sábios**. São Paulo: Summus, 1999.

BAREMBLITT, Gregório. Comentários in: "O acompanhamento terapêutico e a Rua – O social como constitutivo do acompanhamento". In: A Casa. (Org.). **A rua como espaço clínico**. Acompanhamento terapêutico/Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia. São Paulo: Escuta, 1991.

BRANDALISE, Fernando; ROSA, Gabriela L. Velhas Estradas: Caminho Novo – Acompanhamento Terapêutico No Contexto Da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,** v. 1, n. 1, Jan/Abr. 2009.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005.

CABALLO, V. E.; IRURTIA, M. J.; ARIAS, V. Treino das habilidades sociais em situação natural. In: LONDERO. Igor (org). **Acompanhamento Terapêutico:** Teoria e técnica na terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental. São Paulo: Santos, 2010.

CAIAFFA, R. A. O acompanhante terapêutico e a rua. O social como constitutivo do acompanhamento terapêutico. In: A Casa(org.)**. "A rua como espaço clínico".** Acompanhamento terapêutico/Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia. São Paulo: Escuta, 1991.

CASTEL, Robert. **A ordem Psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999.

FILHO, Ciro Marcondes. **A produção social da loucura**. São Paulo: Paulus, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FRAYZE-PEREIRA, João Augusto**. O que é loucura**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

LONDERO, Igor; PACHECO, Janaína Thais Barbosa. Porque encaminhar ao acompanhamento terapêutico? Uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 11, n. 2, p. 259-267, mai./ago. 2006.

LONDERO, Igor; PENS, M. Contextualizando o acompanhamento terapêutico nas terapias cognitivas e comportamentais. In: LONDERO, Igor (org). **Acompanhamento Terapêutico: Teoria e técnica na terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Santos, 2010.

PALOMBINI, Analice de Lima. Utópicas cidades de nossas andanças: Flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. **Fractal: Revista de Psicologia,** v. 21, n. 2, p. 295-318, Maio/Ago. 2009.

PINEL, Philippe. **Tratado Médico-Filosófico –** Sobre a Alienação Mental ou a Mania. Tradução de GALLI, J. A. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.