

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Marianna Lima de Rolemberg Figueirêdo

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COM CRIANÇAS: CONTRIBUIÇÕES DE  
WINNICOTT PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Maceió  
2018

MARIANNA LIMA DE ROLEMBERG FIGUEIRÊDO

**ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COM CRIANÇAS: CONTRIBUIÇÕES DE  
WINNICOTT PARA A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Heliane de Almeida Lins Leitão

Maceió  
2018

**Catlogação na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

F475a Figueiredo, Marianna Lima de Rolemberg.  
Acompanhamento terapêutico com crianças : contribuições de Winnicott para a atenção psicossocial / Marianna Lima de Rolemberg Figueirêdo. – 2018.  
121 f.

Orientadora: Heliane de Almeida Lins Leitão.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 115-120.  
Apêndice: f. 121.

1. Psicologia infantil. 2. Criança. 2. Acolhimento terapêutico. 3. Atenção Psicossocial. 4. Provisão ambiental (Winnicott). I. Título.

CDU: 159.922.7



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

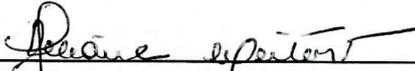
TERMO DE APROVAÇÃO

MARIANNA LIMA DE ROLEMBERG FIGUEIRÊDO

Título do Trabalho: **"Acompanhamento terapêutico com crianças: contribuições de Winnicott para a atenção psicossocial"**.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Heliane de Almeida Lins Leitão (PPGP/UFAL)

Examinadores:

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Susane Vasconcelos Zanotti (PPGP/UFAL)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Deise Juliana Francisco (CEDU/UFAL)

Maceió-AL, 27 de abril de 2018.

*Dedico o presente trabalho às crianças em sofrimento psíquico grave, em especial às que usufruem dos serviços (ainda precários) dos CAPSi.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a **Deus** por ter me ajudado a percorrer mais um caminho da minha trajetória profissional e ter me guiado à escolha da Psicologia.

Aos meus pais, **Liege** e **Marcos**, por todo o apoio, compreensão e incentivo às minhas escolhas e trajetória profissional.

Ao meu companheiro, **João**, pelo carinho, por ser meu suporte, meu ponto de apoio e pela presença ativa nesse percurso.

A minha irmã, **Larissa**, por acreditar no meu potencial.

Aos meus avós, **Lourdes** e **Luiz**, por serem exemplos para mim de amor e simplicidade.

Aos meus avós, **Audeci** e **José**, por intercederem por mim lá de cima.

À **Universidade Federal de Alagoas – UFAL**, pelo ensino gratuito e de qualidade, que me proporcionou mais uma conquista.

Aos **professores** e **funcionários** do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas – IP/UFAL.

À orientadora/professora **Heliane Leitão**, pelo exemplo de profissional ética, pelo seu comprometimento e confiança na pesquisa, por me instigar e abrir novas possibilidades para o meu percurso profissional.

À professora **Susane Vasconcelos**, pelas contribuições na experiência de estágio docência.

Às professoras **Paula Miura** e **Perla Kalutau**, pelas excelentes contribuições na etapa da qualificação.

Às minhas companheiras de mestrado, **Valéria** e **Anielly**, por me proporcionarem um espaço de troca, escuta e apoio quanto às nossas respectivas pesquisas; amizade preciosa que a pesquisa me deu.

À **Gabriela Moura**, por ter me incentivado ao caminho da pesquisa e pelo auxílio que me deu para isso.

Aos meus queridos amigos, **Isis** e **Davi**, pela amizade, pela troca de conhecimentos, por terem tornado a experiência de estágio docência ainda mais prazerosa, por terem sido meus amigos e alunos ao mesmo tempo.

À **Míryan**, por se fazer sempre presente na minha vida, me apoiando e auxiliando em qualquer coisa que eu precisasse.

Ao **Júnior**, pela amizade e torcida, me fazendo rir mesmo nos momentos de desespero.

Aos amigos, **Pedro**, **Vítor**, **Kahynna** e **Giulia**, pela compreensão, apoio, torcida e alegria que me trazem.

À minha amiga e colega de profissão, **Fernanda**, por caminhar ao meu lado nessa trajetória profissional.

Aos meus **familiares**, **tios**, **tias**, **primos** e **primas**, por toda a orientação e incentivo.

*“Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento [...] Mas o manicômio – nascido como defesa dos sãos contra a loucura, como proteção contra os ‘centros de infecção’ – parece finalmente estar sendo considerado como o lugar do qual o doente mental deve ser defendido e salvo” (Franco Basaglia)*

## RESUMO

Este trabalho busca analisar a clínica do Acompanhamento Terapêutico (AT) com crianças no contexto da atenção psicossocial, a partir de conceitos da teoria psicanalítica de Donald Winnicott. A saúde mental, como objeto de estudo e intervenção da medicina, psicologia e psicanálise, assim como questão político-social, tem sido vista e revista através de diversos ângulos ao longo dos tempos. A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde mental no Brasil, que possuía tendências à exclusão, se transformou numa proposta sustentada nos princípios antimanicomiais e focada, principalmente, na atenção e reabilitação psicossocial. Um dos mais importantes resultados deste movimento foi a criação de serviços substitutivos, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Porém, a assistência a crianças e adolescentes que sofrem com transtorno mental continua precária e escassa, em comparação com os serviços oferecidos ao público adulto, apesar de efetivos avanços com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). O AT surge nesse contexto, como uma modalidade de intervenção que tem por objetivo promover a reinserção psicossocial de sujeitos em sofrimento mental. O AT enquadra-se na clínica do 'fora', para além dos muros institucionais, aproveitando qualquer lugar como espaço de tratamento. Nessa clínica, a cidade, e não mais os asilos, passa a ser o espaço de experiência e acompanhamento da loucura, acontecendo na cidade, na interface estabelecida na relação entre o acompanhante, o acompanhado e o espaço público. Através de pesquisa bibliográfica, o presente estudo visa analisar a clínica do AT com crianças, buscando conceituar e descrever esta proposta de prática no campo da saúde mental, examinando sua relação com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial. Pretende, ainda, articular a prática do AT a conceitos da teoria de Winnicott, discutindo suas possibilidades como estratégia clínica no tratamento oferecido a crianças nos CAPSi. Os resultados evidenciam a relação histórica do AT com o movimento da Reforma Psiquiátrica e com a proposta de ressocialização na atenção psicossocial. Constata-se a ausência de estudos sobre o AT em contextos de CAPSi, enquanto vários trabalhos o inserem na escola, relacionado à educação inclusiva. Discute-se que as possibilidades do AT no tratamento oferecido nos CAPSi remetem à sua inserção no ambiente escolar, no qual o profissional precisa transitar entre as posturas pedagógica e terapêutica, considerando o caráter interdisciplinar e intersetorial desta prática. Os conceitos winnicottianos de *holding* e espaço potencial oferecem possibilidades de fundamentação teórica à prática do AT. A função do acompanhante se caracteriza pelo *holding* através do apoio e acolhimento, por meio de uma atitude empática que favorece a autonomia do acompanhado. Por outro lado, o acompanhante chama gradativamente o acompanhado à realidade através de uma relação de confiança e mediação com o ambiente. Apoiado na teoria de Winnicott, o estudo pretende contribuir com a fundamentação do planejamento e execução desta prática na atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** acompanhamento terapêutico; crianças; atenção psicossocial; Winnicott.

## ABSTRACT

This study seeks to analyze the Therapeutic Accompaniment (TA) clinic with children in the context of psychosocial care, based on the concepts from Donald Winnicott's psychoanalytic theory. Mental health, as an object of study and intervention of medicine, psychology and psychoanalysis, as well as a social-political question, has been seen and reviewed from various angles throughout the ages. Since the Psychiatric Reform movement, the mental health policy in Brazil, which had tendencies towards exclusion, became a proposal based on anti-psychic principles and focused mainly on psychosocial care and rehabilitation. One of the most important results of this movement was the creation of substitutive services, especially the Psychosocial Attention Centers (CAPS). However, the care provided to children and adolescents who suffer from mental disorders continues to be precarious and scarce, compared to the services offered to adults, despite effective advances in the creation of the Child and Adolescent Psychosocial Care Centers (CAPSi). The TA is created in this context, as a modality of intervention that aims to promote the psychosocial reinsertion of those in mental suffering. The TA fits into the 'outer' clinic, beyond the institutional walls, taking advantage of any place as a treatment space. In this clinic, the city, and no longer the asylums, becomes a space of experience and accompaniment of madness, happening in the city, in the interface established from the relationship between the assisted, the assistant and the public space. Through a bibliographic research, this study aims to analyze the clinical practice of TA with children, seeking to conceptualize and describe this proposal of practice in the field of mental health, examining its relation with the principles of Psychiatric Reform and psychosocial attention. It also intends to articulate the TA practice with concepts from Winnicott's theory, discussing its possibilities as a clinical strategy in the treatment offered to children at CAPSi. The results show the historical relation of TA to the Psychiatric Reform movement and to the proposal of resocialization in psychosocial care. It is verified that there is a lack of studies on TA in CAPSi contexts, while several studies place it in school, related to inclusive education. It is argued that the possibilities of TA regarding the treatment offered by CAPSi refer to its insertion in the school environment, in which the professional needs to move between the pedagogical and therapeutic postures, considering the interdisciplinary and intersectoral character of this practice. The winnicottian concepts of holding and potential space offer possibilities of theoretical foundation to the practice of TA. The function of the assistant is characterized by the holding through the support and reception, through an empathic attitude that favors the autonomy of the assisted. On the other hand, the assistant gradually calls the assisted to reality through a relationship of trust and mediation with the environment. Based on Winnicott's theory, the study intends to contribute with the foundation of the planning and execution of this practice in psychosocial attention.

**Keywords:** therapeutic accompaniment; children; psychosocial attention; Winnicott.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. PERCURSO METODOLÓGICO .....	15
2. QUAL A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO? .....	17
2.1 O que é o Acompanhamento Terapêutico .....	17
2.2 Um breve histórico do Acompanhamento Terapêutico .....	30
2.3 O Acompanhamento Terapêutico no campo da saúde mental .....	36
2.4 Acompanhamento Terapêutico com crianças .....	39
3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL .....	44
3.1 Breve histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira .....	44
3.2 O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) como serviço substitutivo.....	55
3.3 O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial infantojuvenil .....	63
4. CONTRIBUIÇÕES DE WINNICOTT À CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO .....	74
4.1 A função de “ <i>holding</i> ” no Acompanhamento Terapêutico .....	78
4.2 A relação terapêutica como espaço potencial .....	88
4.3 Possibilidades do AT como estratégia clínica na atenção psicossocial infantil.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS .....	115
APÊNDICE .....	121

## INTRODUÇÃO

A pesquisa aqui desenvolvida é norteadada pela problemática de como a clínica do Acompanhamento Terapêutico com crianças, no contexto da atenção psicossocial infantil, pode ser pensada a partir de conceitos da teoria psicanalítica de Donald Winnicott.

Para iniciar, se faz necessário contextualizar o tema ao debate historicamente construído acerca da saúde mental e suas implicações para a assistência e tratamento da loucura. A loucura e suas concepções encontram-se nas variáveis de cada cultura, assim como se relacionam às origens históricas da psiquiatria. Tais concepções apresentam grande influência nos parâmetros de atuação profissional da clínica psiquiátrica, na qual se encontram importantes modificações históricas. Desse modo, a saúde mental, como objeto de trabalho da medicina, psicologia, psicanálise, ou, ainda, como questão político-social, tem sido vista e revista através de diversos ângulos ao longo dos tempos, tendo sido oferecidos aos sujeitos denominados loucos, vários lugares, tais como leprosários, asilos, manicômios, comunidades terapêuticas, hospitais-dia, entre outros (AMARANTE; LANCETTI, 2006; BERGER; CARROZZO; et al, 1997).

Nas últimas décadas, a assistência em saúde mental no Brasil, que possuía tendências à exclusão e ao descaso, se transformou em uma proposta política sustentada nos princípios antimanicomiais, principalmente na reabilitação psicossocial. A Reforma Psiquiátrica, grande propulsora dessas mudanças, se baseia na desconstrução de discursos e práticas psiquiátricos, reivindicando mudanças a respeito da atenção, gestão e práticas de saúde. A preocupação está associada ao método de assistência psiquiátrica da época, o qual se encontrava em situação degradante (GUERRA, 2004; LUIZ; BRUNIALTI; CHAUI-BERLINCK, 2015).

A reabilitação psicossocial, um dos principais focos da reforma, proporcionará ao sujeito a reconstrução do exercício pleno dos seus direitos como cidadão tanto em sua residência, quanto no local de trabalho e em sua rede social. É no contexto da proposição dessa clínica e do surgimento de novas estratégias de atenção e tratamento visando a reabilitação psicossocial que se pode falar em Acompanhamento Terapêutico (BERGER; CARROZZO; et al, 1997; GUERRA, 2004).

O Acompanhamento Terapêutico pode ser abordado de diversas maneiras, pois são muitos os olhares de pacientes, profissionais e familiares acerca dessa prática. De modo geral, o Acompanhamento Terapêutico está associado a um cuidado no sentido de se dispor a acompanhar o outro, no caso, o paciente, nos diversos contextos em que esse sujeito está inserido (MAUER; RESNIZKY, 2008).

Portanto, o Acompanhamento Terapêutico enquadra-se como um dispositivo de ação terapêutica que abarca o sujeito em sofrimento psíquico e suas dimensões psicológica, social, histórica, biológica e cultural. Uma clínica preocupada em romper o isolamento dos sujeitos ditos loucos, que acontece fora dos equipamentos tradicionais de tratamento, através da interface do acompanhante, do acompanhado e da cidade, ou seja, uma clínica na cidade. A reabilitação psicossocial se mostra, então, como um dos principais objetivos do Acompanhamento Terapêutico, ao propor ao sujeito caminhos para que ele possa produzir valor e sentido ao recuperar sua posição de cidadão (SANTOS, 2014; BERGER; CARROZZO; et al, 1997).

A aplicação do Acompanhamento Terapêutico produz a ideia de uma disponibilidade móvel do acompanhante. O decidir acompanhar o outro, dispor a escuta, questionar quanto ao que o paciente está precisando ou não naquele momento. A cidade é a matéria dessa clínica, por isso, conhecer a cidade, transitando por ela e explorando-a, é uma experiência que pode fundar um lugar melhor para esse sujeito. Essa clínica só pode ser compreendida numa busca de transformação onde seja possível o convívio entre modos distintos de estar no mundo; ou seja, ao não ser possível manter atitudes padronizadas, o Acompanhamento Terapêutico tem como função criar, a partir do que é vivenciado a céu aberto, inventando e lidando com o que é inusitado (MAUER; RESNIZKY, 2008; PALOMBINI, et al, 2008).

Assim sendo, a proposta do Acompanhamento Terapêutico pode ser pensada em conformidade com os princípios da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, principalmente no que diz respeito à reabilitação psicossocial, pois o movimento da reforma psiquiátrica tem implicado em um trabalho que foca o campo fora do hospital, se inserindo em um contexto comunitário que visa a formação de vínculos sociais. Nesse sentido, a reabilitação psicossocial no atual contexto da reforma psiquiátrica se encontra cada vez mais debatida dentre as estratégias inclusivas de dispositivos voltados à inserção social desses usuários, no qual se

busca a possibilidade de circulação sociocultural e político-econômica (GUERRA, 2004).

Diante disso, quais seriam as possibilidades da prática do Acompanhamento Terapêutico no contexto do cuidado e atenção à saúde mental infantil? Atualmente, a assistência a crianças e adolescentes que sofrem com transtorno mental encontra-se em escassez, havendo maior incidência de atendimento ao público adulto (RONCHI; AVELLAR, 2010). No Brasil, os cuidados em saúde mental ao público infantojuvenil nunca foram postos como prioridade, falando-se pouco em promoção de saúde mental e prevenção, apesar da criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) como dispositivo da Reforma Psiquiátrica (ASSIS, et al, 2009). As práticas de exclusão as quais essas crianças e jovens estão sujeitos ocorrem de forma ampla e variada. A partir da dificuldade da ressocialização, cabe refletir se o Acompanhamento Terapêutico possui potencialidades ao ser pensado como estratégia de atenção psicossocial oferecida a crianças nos CAPSi.

A psicanálise, como um eixo teórico, orienta as ações dos diferentes saberes envolvidos no campo clínico, político e social. Os princípios da Reforma Psiquiátrica incluem, no âmbito de tratamento, não só o corpo discursivo e biológico, mas, também, os eixos familiar e social, o que demonstra a importância da psicanálise como fio condutor dessa temática e da presente pesquisa (PALOMBINI, et al, 2008). A psicanálise tem sido a principal referência na clínica do Acompanhamento Terapêutico, encontrando sustentação teórica, em grande maioria, no pensamento de Lacan ou Winnicott. Nesse sentido, constata-se a possibilidade de articulação entre a clínica do Acompanhamento Terapêutico com crianças e conceitos da teoria psicanalítica de Donald Winnicott, pois esta teoria tem sido considerada relevante para fundamentar a clínica ampliada e a atenção psicossocial. Tal articulação tem sido apontada por vários autores, porém, sem muita amplitude ou diálogo entre eles, havendo necessidade de aprofundamento do tema.

Portanto, o objetivo do presente estudo é analisar a clínica do Acompanhamento Terapêutico com crianças a partir de conceitos da teoria de Winnicott, tomando como base as ideias apresentadas na bibliografia sobre o tema. Resta, entretanto, a necessidade de focalizar as especificidades dessa prática no contexto da clínica infantil. Assim, a presente pesquisa busca empreender esta discussão, e, a partir disso, pensar essa clínica juntamente aos princípios da

Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial, discutindo suas potencialidades como estratégia clínica no tratamento oferecido a crianças nos CAPSi.

A presente pesquisa também visa contribuir com a produção científica acerca do Acompanhamento Terapêutico com crianças, pois há uma escassez de material bibliográfico sobre sua prática com esse público. A produção de trabalhos sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico com crianças, comparada aos diversos trabalhos com pessoas adultas, ainda é pequena. Este estudo pretende contribuir com o debate sobre o tema, com repercussões para as práticas na atenção psicossocial, especialmente as realizadas nos CAPSi. Tomar a psicanálise de Winnicott como referencial teórico para analisar criticamente a proposta do Acompanhamento Terapêutico também se constitui numa contribuição importante, no sentido de buscar fundamentar teoricamente o planejamento e execução desta prática.

Para chegar aos resultados dessa pesquisa, foi utilizado como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica, a qual implica uma busca sistemática por soluções para o problema eleito, atenta ao objeto de estudo por uma aproximação dada a partir de fontes bibliográficas. Trata-se, assim, de um estudo teórico elaborado a partir da análise descritiva e crítica de documentos escritos, seguindo uma sequência ordenada de procedimentos que serão explanados detalhadamente mais adiante no próximo capítulo (LIMA; MIOTO, 2007).

Portanto, no primeiro capítulo desse trabalho encontra-se o percurso metodológico, no qual serão explanados os procedimentos metodológicos realizados para alcançar os objetivos dessa pesquisa. No segundo capítulo teremos o resultado da revisão de literatura realizada acerca da prática clínica do Acompanhamento Terapêutico, na qual se buscou conceituá-la, descrevê-la e contextualizá-la historicamente, focando, posteriormente, na clínica com crianças e no campo da saúde mental infantil.

No segundo capítulo retratamos brevemente a história do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil até o surgimento dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, ou seja, de uma nova assistência em saúde mental. Os princípios da atenção psicossocial também são abordados, focando, principalmente, na assistência a crianças, a partir do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Apresentamos também a proposta do Acompanhamento Terapêutico como

uma ferramenta clínica da atenção psicossocial em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

No terceiro e último capítulo, a clínica do Acompanhamento Terapêutico será articulada com conceitos da teoria psicanalítica de Winnicott, a partir das contribuições encontradas na revisão de literatura, porém, buscando seu aprofundamento a partir de textos do próprio Winnicott. Os conceitos analisados são o de *holding* e de espaço potencial, seguindo o viés da prática clínica e da função do acompanhante terapêutico – que se assemelha à função materna. Ao final, analisamos, a partir da teoria de Winnicott, as possibilidades do Acompanhamento Terapêutico como estratégia clínica no tratamento oferecido a crianças nos CAPSi, na qual destacamos a prática exercida no contexto escolar, a partir do momento que a escola dá um lugar social, um lugar de sujeito, à criança em sofrimento psíquico grave.

## 1. PERCURSO METODOLÓGICO

Como dito anteriormente, o procedimento metodológico utilizado nesse estudo foi a pesquisa bibliográfica, ou seja, um estudo teórico elaborado a partir da análise descritiva e crítica de documentos escritos, seguindo uma sequência ordenada de procedimentos (LIMA; MIOTO, 2007). Inicialmente foi realizado o procedimento de busca, envolvendo dois momentos: o levantamento bibliográfico e a seleção do material relevante ao tema estudado. O levantamento bibliográfico foi feito a partir dos seguintes bancos de dados: Banco de Teses e Dissertações–CAPES; ScientificElectronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (PEPSIC) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: acompanhamento+terapêutico; reabilitação+psicossocial; atenção+psicossocial; atenção+psicossocial+infantojuvenil; saúde+mental+criança.

O material encontrado nessa fase de busca foi submetido a um processo de seleção de textos relevantes ao tema estudado e a serem submetidos à etapa de análise. Essa seleção foi realizada a partir dos seguintes critérios: (1) trabalhos que tivessem disponibilidade do texto completo; (2) descritor ‘Acompanhamento Terapêutico’ situado no título; (3) trabalhos que correspondessem e/ou contribuíssem ao objetivo da presente pesquisa, apresentando descrição e/ou análise da prática do Acompanhamento Terapêutico; (4) trabalhos que associassem a prática do Acompanhamento Terapêutico com a atenção psicossocial, reabilitação psicossocial e/ou reforma psiquiátrica.

Nessa primeira seleção tivemos o quantitativo de 178 trabalhos encontrados, porém houve certa quantidade de trabalhos duplicados, ou seja, trabalhos encontrados em ambos os bancos de dados – ScientificElectronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (PEPSIC). Sendo assim, após a eliminação destes, o total foi de 168. Logo após, iniciou-se a fase de levantamento das informações contidas na bibliografia encontrada, no qual foi utilizado o instrumento “roteiro para leitura”, que, de acordo com Lima e Mioto (2007), permite pinçar, das obras encontradas, os conceitos e as considerações relevantes para o entendimento do objeto de estudo. O instrumento está exemplificado na tabela do Apêndice, com a seguinte estrutura:

- a) **Identificação das Obras:** referência bibliográfica completa e localização das obras (bancos de dados eletrônicos etc.).

- b) **Caracterização das Obras:** tema central; objetivo do estudo; conceitos utilizados; e referencial teórico.
- c) **Contribuições da Obra para o Estudo Proposto:** registros de reflexões e questionamentos provocados durante a leitura.

Os itens dessa estrutura foram realizados através da leitura dos títulos, resumos e palavras-chave dos trabalhos encontrados.

Posteriormente, foi realizada uma análise desse material para, em seguida, realizar uma nova seleção com o intuito de gerar maior aproximação aos objetivos da pesquisa: analisar a clínica do Acompanhamento Terapêutico com crianças a partir de conceitos da teoria de Donald Winnicott. Nessa etapa, os seguintes critérios foram estabelecidos: (1) trabalhos que discutam a clínica do Acompanhamento Terapêutico com crianças; (2) trabalhos que associem a clínica do Acompanhamento Terapêutico com a atenção psicossocial nos CAPS; (3) trabalhos que articulem a clínica do Acompanhamento Terapêutico com a perspectiva psicanalítica. Após avaliação do material, foram selecionados 76 trabalhos para análise, sendo 07 livros, 27 dissertações, 07 teses e 35 artigos.

A etapa seguinte consistiu na construção de sínteses a partir da leitura integral dos materiais selecionados. Ao final, encontra-se a etapa “síntese integradora” que se caracteriza por uma reflexão fundamentada no material de estudo da pesquisa, partindo-se da caracterização do objeto de estudo e dos materiais pesquisados (LIMA; MIOTO, 2007).

## 2. QUAL A CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO?

### 2.1 O que é o Acompanhamento Terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico (AT)<sup>1</sup> pode ser abordado de diversos modos, pois são muitos os olhares de pacientes, profissionais e familiares acerca dessa prática. De acordo com o Dicionário Aurélio (2010), a palavra *acompanhar* diz respeito à “[...] ir em companhia de; seguir [...] a mesma direção de”. Enquanto o termo *terapêutico* apresenta um estigma médico referente a medicamentos e tratamentos de enfermidades, porém “o dicionário alude a este termo como aquilo que ‘cuida de algo ou alguém’” (MAUER; RESNIZKY, 2008, p. 22). Desse modo, o AT está associado a um cuidado no sentido de se dispor a acompanhar o outro, no caso, o paciente, nos diversos contextos em que esse sujeito está inserido. Esse estar junto ao sujeito em sofrimento psíquico acaba adquirindo uma finalidade terapêutica, visando, principalmente, à inserção social (MAUER; RESNIZKY, 2008; DUARTE, 2015).

Coelho (2007) afirma que não há como pensar em uma única definição para o trabalho do AT, o que se deve ao fato dessa prática não ser de posse de nenhuma corrente de pensamento, assim como por ser um trabalho de várias possibilidades de aplicação. “[...] uma definição única de AT tende a empobrecer as várias compreensões dessa técnica” (COELHO, 2007, p. 59). Assim, a variedade de compreensões e aplicações do AT por diferentes abordagens teóricas é extensa, o que torna a prática, segundo Nogueira (2007), pouco delimitada e vaga no que diz respeito à sua orientação clínica. Por isso, a importância da prática ser exercida juntamente a uma orientação teórica, sendo a deste trabalho, especificamente, a teoria psicanalítica de Donald Winnicott. Desse modo, elencaremos a seguir as diversas definições encontradas em nossa pesquisa bibliográfica acerca dessa prática.

Santos (2014) define o AT como um dispositivo de ação terapêutica que abarca o sujeito em sofrimento psíquico e suas dimensões psicológica, social, histórica, biológica e cultural. Caracteriza-se como uma ferramenta em que o sujeito pode se desenvolver caso encontre condições favoráveis em seu meio, dessa forma

---

<sup>1</sup> A abreviação “AT” (maiúscula) será utilizada para se referir a Acompanhamento Terapêutico e “at” (minúscula) para acompanhante terapêutico, distinção utilizada por Barreto (2000).

o acompanhante deve exercer funções ambientais que possam impulsionar o desenvolvimento psíquico do sujeito.

Para Silveira et al (2014) a clínica do AT pode se definir “[...] como uma modalidade de atendimento terapêutico incorporada à saúde mental, que tem por objetivo promover a reinserção psicossocial das pessoas em grande sofrimento mental.” (SILVEIRA et al, 2014, p. 28). Assim, o AT entrega condições ao sujeito para que o mesmo tenha uma melhor qualidade de vida, ou seja, o sujeito é potencializado para circular no espaço urbano, criando estratégias e autonomia que possibilitem sua reinserção social.

Silva e Silva (2006, p. 211) caracterizam a prática do AT como “[...] uma atividade que não fica restrita ao espaço físico de uma determinada instituição – hospital, consultório ou escola, por exemplo. Suas possibilidades de intervenção são tão variadas quanto as suas definições e as histórias que abordam o seu ‘nascimento’”, ponto este que veremos no próximo subtópico intitulado “Um Breve Histórico do Acompanhamento Terapêutico”.

O AT é compreendido por Pitiá (2013, p. 74) como uma “[...] prática que lida com as singularidades dos sujeitos, repercutidas na insuficiência das disciplinas em lidarem com o problema isoladamente. Ou seja, ela reverbera a insuficiência dos enfoques fragmentários”.

Reis Neto, Pinto e Oliveira (2011, p. 31) conceituam a prática como “[...] destinada àqueles pacientes acometidos por transtornos mentais ou por sofrimento psíquico que, por razões variadas, requerem mais (ou menos) do que oferecem os espaços tradicionalmente destinados ao seu tratamento, ou seja: clínicas, hospitais psiquiátricos e consultórios”. A prática é caracterizada por um tratamento que se faz em movimento; um atendimento que passa por lugares sem se fixar.

Para Pitiá e Furegato (2009), o AT se caracteriza como um tipo de atendimento clínico onde são praticadas saídas pela cidade, ou em simplesmente estar ao lado do sujeito que se encontra em dificuldades psicossociais. O intuito é de montar um guia terapêutico que possa articular o sujeito novamente na circulação social.

Gruska e Dimenstein (2015) conceituam o AT como um dispositivo clínico que intervém nos vínculos e relações construídos entre o paciente e seu meio social, ou seja, uma forma de cuidado articulada à prevenção, ao manejo terapêutico e à promoção de saúde.

Para Coelho (2007), o AT pode se caracterizar como uma prática que auxilia esse sujeito a atuar historicamente no palco cotidiano e da cidade, possibilitando um senso de pertencimento ao meio e oferecendo novos referenciais. “É possível compreender que essa é uma clínica de interfaces, não lhe sendo destinado nenhum lugar específico de atuação, tal como acontece na terapêutica clínica tradicional” (COELHO, 2007, p. 60). O AT investe na circulação social do sujeito, articulando-o com o seu meio social, que, por si só, já pode ser considerada terapêutica, “[...] pois serve para situar o sujeito em uma posição histórica ativa” (COELHO, 2007, p. 60).

Carniel (2008, p. 29) define o AT como uma “[...] modalidade terapêutica usada em meio ao processo de reabilitação psicossocial, resgatando vínculos sociais, sua cidadania e sua circulação em espaços físicos e sociais, que façam sentido para o portador, independente de sua patologia”.

Para Yaegashi (2013) o AT é caracterizado como uma clínica que acontece no cotidiano, em diversos espaços e contextos. Busca-se, assim, o resgate e promoção da circulação do sujeito pelo seu meio social. “É uma atividade clínica em movimento, que auxilia o acompanhado a sair de sua situação de dificuldade para poder recriar algo de novo na sua condição” (YAEGASHI, 2013, p. 28).

Segundo Nogueira (2007), o que caracteriza o trabalho do AT é o fato de ser uma clínica que ocorre no cotidiano do paciente; os encontros são mais frequentes, comparado a um processo psicoterápico; e o fato de o at estar sempre ligado a uma equipe.

Duarte (2015, p. 15) aponta a prática terapêutica do AT como

[...] uma prática de Saúde Mental que colabora com o sujeito em dificuldade de se relacionar, onde quer que ele esteja, nos diversos espaços urbanos de convivência social. É um trabalho que pode ocorrer em espaços identificados com o lazer e a diversão, não sendo somente considerado um passeio. É um trabalho psíquico, subjetivo, exaustivo em alguns momentos e invisível aos olhos de quem não conhece a maneira de atuar.

A autora aponta que o AT pode ser definido como uma prática que surgiu “[...] em decorrência de conquistas da modernidade, foi demarcado e ampliado no decorrer do tempo, moldado por características próprias, configurando uma clínica

em movimento” (DUARTE, 2015, p. 13). Segundo a autora, as intervenções do AT podem colocar em movimento o sujeito que mantinha uma postura de isolamento. Nesse sentido, estar junto do sujeito em sofrimento psíquico adquire uma finalidade terapêutica, visando à inserção social.

Segundo Silva (2013, p. 11), o AT pode ser caracterizado por “[...] sair/estar na rua com o paciente, acompanhando/compartilhando experiências e vivências com a intenção de ampliar as suas possibilidades”. Para a autora, o sujeito acompanhado geralmente é aquele que em algum momento perdeu o contato com o social, que foi retirado ou que se retirou dos espaços de circulação.

Santos (2013, p. 16) faz uma definição pessoal da prática do AT, na qual aponta que

O AT é uma proposta de tratamento que, essencialmente, utiliza o cotidiano dos pacientes como seu local de trabalho, buscando constituir junto a eles uma presença que tome as atividades do dia a dia um operador clínico. Para o at não há consideração prévia das atividades que a dupla formada com o paciente possa compartilhar, daí criando-se uma abertura potencial ao encontro mediado em espaços próprios ao paciente. Tal mediação pode se dar pela palavra, por uma televisão, por um projeto de emprego, um café na padaria, um passeio pelo bairro, um silêncio que aproxima e o que mais estiver ao alcance ou puder ser criado pela dupla.

A partir dessas definições, é evidente que essa clínica possibilita múltiplos territórios, conflitos e imprevistos. O AT se enquadra, então, como uma clínica do fora, no espaço das ruas, nas casas dos pacientes, aproveitando qualquer lugar como espaço de tratamento, no qual consiste o trabalho de estar junto ao paciente, superando limitações e desenvolvendo potencialidades (PALOMBINI, 2006; RIBEIRO, 2009).

Assim, o espaço público é considerado pelo AT como uma extensão do campo de tratamento desses indivíduos. Desse modo, o at acaba propiciando ao sujeito em sofrimento psíquico um lugar ético essencial, para que o mesmo possa se reinserir na sociedade, auxiliando o acompanhado a refazer suas tramas, “[...] sua história de vida, seus hábitos, suas redes sociais, seus sonhos e desejos, seus projetos de vida” (PITIÁ, 2013, p. 75). É através desse movimento que se gera o ato de

acompanhar, promovendo, assim, uma articulação entre o ato e seu significado para que a ação possa se tornar terapêutica (SANTOS, 2014).

A reabilitação psicossocial se enquadra como um dos principais objetivos do AT, e propõe ao sujeito caminhos para que ele possa produzir valor e sentido ao recuperar sua posição de cidadão. Desse modo, o sujeito tem a possibilidade de circular em seu meio social, favorecendo experiências positivas para o seu bem estar como sujeito e cidadão, e utilizando sua capacidade criativa, lidando melhor com a alteridade (SANTOS, 2014; COELHO, 2007).

Segundo Ribeiro (2009, p. 80), “O acompanhante enfoca aquilo que é vivido nos acompanhamentos, querendo que algo seja experimentado, apostando que uma maior autonomia e circulação no mundo podem influenciar uma movimentação psíquica.”. Ou seja, o AT busca essa autonomia a partir da circulação nos espaços urbanos. É evidente que essa prática acaba adotando a rua como dispositivo clínico, “[...] nos diferentes percursos pela cidade, muito mais do que se orientar ou ambientar-se, trata-se de usar o próprio tecido urbano como espaço de novas produções de sentido, fazendo com que as próprias intervenções desse espaço possam adquirir uma função terapêutica” (SILVA; SILVA, 2006, p. 219).

No AT não há um lugar próprio, predeterminado. Assim, o encontro sempre apresenta uma novidade, o que se diferencia do encontro com o médico, com o terapeuta ou analista. O at se desloca para ir ao encontro do acompanhado, o que não existe no caso desses profissionais anteriormente citados. O ponto de partida do AT está naquilo que acontece, ou seja, no encontro e suas conseqüências (PORTO, 2013).

A potência do trabalho do AT, segundo Reis Neto, Pinto e Oliveira (2011, p. 36), depende em parte da falta de saber do at, pois

[...] as circunstâncias de seu trabalho colocam o AT em uma posição de aparente simetria com os sujeitos que acompanha. Em sua circulação pela cidade, poderão estar no cinema, no restaurante, no show, na praia, etc., quando o AT terá que ser terapêutico sendo o mais ele mesmo possível.

Seu trabalho demanda uma grande presença corporal, justamente por transitar pelos espaços externos. O caráter clínico dessa prática está justamente no

manejo de sua escuta e do vínculo que se dá através da circulação com o acompanhado; nisso podemos encontrar o potencial da ação clínica do AT (REIS NETO; PINTO; OLIVEIRA, 2011).

Gruska e Dimenstein (2015) afirmam que a eficácia terapêutica do AT encontra-se na capacidade de auxiliar os sujeitos em sofrimento psíquico na experimentação de estratégias próprias de ação, que se adaptem as suas particularidades, ampliando, assim, as suas relações sociais.

Adentremos aqui, nas funções do at, que englobam, segundo Mauer e Resnizky (2008, p. 31): conter o paciente; oferecer-se como referente; ajudar a “reinvestir”; registrar e ajudar a desenvolver a capacidade criativa do paciente; contribuir com um olhar ampliado do mundo objetivo do paciente; habilitar um espaço para pensar; orientar no espaço social; e intervir na trama familiar.

A primeira função de conter o paciente é fundamental em qualquer momento do processo do AT, pois o at se oferece como suporte, auxiliando o paciente “[...] em sua impossibilidade de se auto-limitar” (MAUER; RESNIZKY, 2008, p. 31). Amparar o paciente em seu desamparo, angústia e medos, assim como nos momentos de equilíbrio também abrange essa função. A função de oferecer-se como referente se mostra a partir do momento em que o at inclui-se como terceiro, posicionando-se como um organizador psíquico, ou seja, sendo um modelo de identificação, porém, tomando o cuidado de não ser o único modelo ao qual o paciente deve aderir. O at mostra ao paciente modos distintos de agir e reagir na vida cotidiana, propondo uma quebra com os modelos estereotipados de vinculação que o levaram a adoecer, auxiliando o paciente a aprender a esperar e a postergar; tudo isso é considerado terapêutico (MAUER; RESNIZKY, 2008).

O at também intervém em situações em que o paciente ainda não é capaz de decidir por conta própria, assumindo, assim, funções que o Ego do paciente, comprometido e debilitado, não pode desempenhar; ou seja, a função de ajudar e “reinvestir”. Registrar e ajudar a desenvolver a capacidade criativa do paciente é uma função que o at terá a partir da investigação, fomentando o desenvolvimento das áreas mais organizadas de sua personalidade. Canalizar as inquietudes do paciente pode liberar a capacidade criativa que está inibida e a estruturação da personalidade, ajudando o indivíduo a se reencontrar com a realidade (MAUER; RESNIZKY, 2008).

Contribuir com um olhar ampliado do mundo objetivo do paciente servirá como indicador diagnóstico e prognóstico, colaborando para uma melhor avaliação das alternativas no momento de se traçar uma estratégia clínica. O at também se inclui nas atividades terapêuticas do sujeito, habilitando um espaço para pensar, sem formular interpretações inconscientes, mas tendo papel de “intérprete”, criando esse espaço discursivo. O indivíduo em sofrimento psíquico muitas vezes se encontra perdido em um meio social que não conhece; orientá-lo nesse espaço é função do at, diminuindo a distância entre sujeito e meio social, facilitando o reencontro. Por fim, dentre as funções do at, encontra-se a intervenção na trama familiar, a qual contribui para minimizar o impacto de certas interferências da família na vida do paciente (MAUER; RESNIZKY, 2008).

Porém, para Maia (2006), as funções do at são identificadas pelas necessidades de cada sujeito acompanhado, no momento e na fase em que se encontra. Na prática do AT a demanda de cada dia surgirá a partir do encontro entre acompanhante e acompanhado; ao se encontrarem ambos são indagados pelas inúmeras possibilidades apresentadas pela cidade (SANTOS, 2013).

De acordo com Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2009, p. 208), o at pode desempenhar diversos papéis na relação com o sujeito acompanhado, tais como

[...] desde secretário, babá, governanta, “enfermeiro”, “assistente social”, “terapeuta ocupacional”, dama de companhia, anjo da guarda, indo até onde for possível manter a aliança terapêutica. Esta multiplicidade de máscaras revela-se perfeitamente compatível com as peculiaridades do trabalho habitual do At e com as vicissitudes de sua imagem e identidade.

A clínica do AT apresenta como uma das suas principais particularidades o enquadre diferenciado da clínica tradicional, pois é uma clínica que ocorre no cotidiano da cidade, ou seja, o consultório se apresenta, nesse caso, nos espaços públicos. As técnicas dessa prática podem ser criadas de acordo com cada acompanhamento, se afastando da ideia de um conjunto de regras a ser seguido rigorosamente. O único elemento que pode ser considerado fixo dessa prática é o contrato terapêutico, que diz respeito à definição de um enquadre terapêutico a partir de um conjunto de regras que determinam o funcionamento do trabalho, tais como

horários das sessões, honorários, regras de convivência, entre outros (COELHO, 2007; RIBEIRO, 2009).

A principal característica do AT está relacionada ao tratamento alternativo dos sujeitos que foram isolados socialmente por medidas de tratamento tradicional. Ao buscar a intervenção em espaços públicos como a rua, a casa do acompanhado, o seu local de trabalho, o at acaba criando possibilidades substitutivas à internação. Esse deslocamento apresenta grande importância, pois permite ao acompanhado “[...] sentir-se novamente integrando um mundo social, através da convivência com a equipe de AT, com familiares e seus pares, exercendo seu direito à cidadania ou ainda expressando a loucura de modo protegido sem restrição de espaço [...]” (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009, p. 208). A vivência do cotidiano, fora do ambiente asilar, pode ser por si só terapêutica para esses sujeitos, pois o cotidiano pode oferecer alternativas mais criativas a uma vivência que foi em algum momento castigada pelo isolamento das instituições (COELHO, 2007; ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009).

Nos encontros é necessário haver uma disponibilidade por ambas as partes – do at e do acompanhante –, pois ao correr o risco de não dar certo, de não dar em nada ou o contrário disso, surge uma abertura para o inesperado, o desconhecido (SILVA, 2013). Segundo Pitiá e Furegato (2009, p. 74), os atendimentos em AT se caracterizam por ocorrer

[...] uma, duas ou mais vezes por semana e duram entre uma a três horas. Nesse espaço de tempo, o acompanhante terapêutico (at) e a pessoa acompanhada realizam atividades que promovam o alcance dos objetivos terapêuticos, para restabelecimento da conexão da pessoa com o mundo circundante, demandada pelas suas necessidades de inclusão no espaço social. Assim, ir ao supermercado, ir ao banco, ir à padaria, à lanchonete, procurar um emprego, e assim por diante, são exemplos de ações cotidianas realizáveis neste projeto que mobiliza o resgate de ações que foram bloqueadas pela dificuldade instalada na pessoa, para as quais ela necessita de ajuda.

Diante disso, surgem alguns questionamentos quanto a alguns obstáculos que possam surgir no decorrer do trabalho do AT. Em casos onde o paciente rejeita o acompanhante é necessário que se trabalhe a necessidade da indicação

terapêutica, pois o sujeito age dessa forma por não ter consciência da doença, acreditando que esse profissional pode ser dispensado. Nesses casos não é recomendável realizar interrupções repentinas e nem que se insista em permanecer com o mesmo profissional AT. Em situações de delírios ou alucinações o acompanhante não deve agir em posição de autoridade/saber maior, e sim assumir postura de escuta, para que não perca a distância entre ele e seu paciente, garantindo um bom vínculo (MAUER; RESNIZKY, 2008).

Pensar o significado dessas ações exige do at uma maturidade profissional para apreender a complexidade da realização de atividades que aparentemente são simples, diante da proteção do *setting* terapêutico – que se constitui na relação entre at e acompanhado. Nesse sentido, se faz necessário uma intervenção terapêutica que convide o sujeito a sustentar a sua diferença, sem o mesmo se exclua do meio social. O trabalho clínico do AT deve “[...] conduzir o tratamento de forma tal que o sujeito siga o caminho que lhe seja próprio [...]” (PITIÁ; FUREGATO, 2009, p. 75).

Assim, o “fora” da prática do AT inaugura um “espaço”, ou uma “clínica” que compreende diversas posições teóricas, que se utiliza de espaços e situações diversas, rompendo com os enquadres tradicionais do *setting* (ALVARENGA, 2006). Para Nogueira (2007), o *setting*, na prática do AT, não é estático, mas ambulante. Assim, segundo Gruska e Dimenstein (2015), no AT, o *setting* se afasta dos enquadres tradicionais; ele se dá na própria relação entre at e acompanhado através da circulação pela cidade. “Logo, constitui-se como uma estratégia terapêutica nômade a qual, orientada à indução de aberturas emancipatórias para a vida, aponta para a recuperação da autoestima, a integração comunitária e o empoderamento social e político de seus usuários” (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015, p. 111).

Rocha (2015, p. 77, grifo do autor) aponta que “atuando a céu aberto, longe de um *setting* pré-estabelecido, o at encontra, no *fora*, o seu lugar por excelência, configurando-se como um atendimento que passa por lugares diversos sem se fixar [...]”. O *setting*, no contexto do AT, é o próprio espaço público, um *setting* que organiza um encontro: data, local, duração e planejamento das saídas (SANTOS, 2013). Trata-se de uma clínica em movimento, em circulação, ou seja, acompanhante e acompanhado podem escolher os caminhos que serão percorridos na cidade, abrindo, assim, espaço para a transferência (HERMANN, 2008).

E por que o trabalho do AT é terapêutico? Segundo a autora, o terapêutico encontra-se na escuta singular, que busca o fortalecimento, o restabelecimento e a

ressignificação dos laços sociais e afetivos do sujeito. A rotina, no AT, não deve ser tomada como algo banal e repetitivo. O que deve ser sustentado é a relação com o que é largado e deixado durante o caminho, para que se possam criar campos de significação dentro de uma cultura (ROCHA, 2015).

Porém, ao ser colocado como a “clínica de rua”, o AT pode colocar os acompanhantes em um problema com relação às saídas, pois muitos acompanhamentos têm seu início entre quatro paredes, seja no hospital ou na própria casa do sujeito – pois o sujeito, muitas vezes, não consegue sair da própria casa ou do próprio quarto –, e apenas em um momento posterior há a ampliação desse espaço para as ruas. Segundo Cabral (2005, p. 2), “da mesma forma que o fato de estarmos entre quatro paredes com uma poltrona e um divã não assegura que, de fato, uma análise irá ocorrer, podemos dizer que o trabalho do AT não se caracteriza pelo espaço em que se desenvolve”. Ou seja, mesmo dentro desses ambientes fechados, é possível realizar e vivenciar as dificuldades e impasses da prática do AT (CABRAL, 2005; FAIZIBAIOFF, 2016).

Os ats, ao poder utilizar todo e qualquer espaço social como campo de intervenção, costumam ocupar a cidade acompanhando o sujeito, seja em sua casa ou circulando pelos parques, lojas e ruas. Essa circulação permite a procura de pontos de ancoragem, “[...] de conexão para que o acompanhado possa articular uma rede de relações capaz de sustentar sua circulação e auxiliá-lo em sua ressignificação social” (CABRAL, 2005, p. 5). Porém, as cidades nem sempre são acolhedoras a circulação da diferença, havendo muitos pontos de exclusão ao sujeito dito louco (CABRAL, 2005).

Uma das principais tarefas do AT é a de reconectar o sujeito com suas potências, auxiliando-o a se reconhecer, a libertar-se dos códigos da loucura depositados sobre ele, assim como auxiliando a família e a sociedade a o reconhecerem como sujeito único. Na clínica do AT isso se dá no próprio ato do trabalho, de acompanhar, pois o espaço social é utilizado. Não se trata, assim, de normatizar o sujeito, mas de auxiliá-lo a construir outro lugar transitável para si (CABRAL, 2005).

O at promove movimentos pela cidade, um andar sem destino, sem lugar fixo, aberto ao novo, ao singular. Faizibaioff (2016, p. 56) aponta que fazendo o AT,

[...] compreendeu como diversas atividades básicas do nosso dia a dia – tais quais acordar num horário pré-programado, deslocar-se no tempo e no espaço com precisão e flexibilidade, preparar um prato qualquer para o almoço, ou mesmo atravessar a rua – só são possíveis porque muita coisa já aconteceu em nossa história, isso é, houve encontros humanos que foram bons e repetidos o suficiente para que pudéssemos apropriarmo-nos de cada pedacinho da realidade de forma razoavelmente confortável. Mas atravessar a rua, algo tão simples, pode se tornar um impasse quando estamos na posição de ats, ao lado de pessoas cuja vivência destes mesmos bons e repetidos encontros fora solapada por inúmeras experiências de ruptura e descontinuidade.

Segundo Faizibaioff (2016), muitas vezes os profissionais ats vivenciam um desconforto por sentir que não estão conseguindo “fazer muita coisa” ou “cuidar” do paciente. Porém, a tarefa do at estaria em lidar com suas próprias vivências de não saber, de impotência e de desesperança, pois, ao lidar com sujeitos portadores de sofrimento psíquico grave, os pequenos avanços são conquistados com um grau de empenho inversamente proporcional à facilidade que são perdidos. Desse modo, Coelho (2007) aponta a importância de abordar a expectativa de cura, que surge em qualquer tratamento psicoterápico, repensando-a, a partir do momento em que, pensando em termos psíquicos estruturais, a estrutura de um sujeito portador de sofrimento psíquico grave é complexa o suficiente para se apostar na necessidade de uma cura total. O que pode ser feito para o bem estar desse sujeito é acompanhá-lo na construção de meios para uma vida criativa, acompanhá-lo em sua dor. O compromisso se encontra no bem estar do indivíduo e não na remissão de sintomas.

Ao se propor o desenvolvimento da prática do AT, o profissional deve estar disposto a ir ao encontro do outro, escutar o que o outro tem a dizer, questioná-lo, verificando, assim, suas necessidades e quais as possibilidades de desenvolver um acompanhamento que seja, de fato, terapêutico, encontrando canais criativos no qual a loucura possa se expressar (DUARTE, 2015). Nessa linha, Leal (2015) afirma que o AT exige uma disponibilidade afetiva para se vincular ao sujeito, ou seja, o profissional deve estar apto a criar novos laços, buscando a ressocialização, o que somente é possível através da empatia, do respeito e da responsabilidade em relação ao sujeito.

Assim, é evidente que o AT se enquadra como uma modalidade clínica relevante, a partir do momento que se configura como um dispositivo que privilegia a força criativa transformadora que habita o sujeito em desenvolvimento. O desafio do at encontra-se em assumir o desafio de fazer com que a loucura circule na sociedade, nos espaços públicos, sem esse propósito de tutela ou de adequação social (MACEDO, 2011; SANTOS, 2013).

De acordo com Carvalho (2004), ao compreender a potência terapêutica do AT como prática e do que o at tem a oferecer aos seus pacientes, torna-se perceptível que são quase ilimitados os tipos de sofrimento apresentados pelo paciente que podem receber ajuda desse profissional:

Além dos pacientes psicóticos e neuróticos graves, os mais vistos são as crianças com algum tipo de problema (autismo, síndrome de Down). Também podem se beneficiar do Acompanhamento Terapêutico: os idosos, os deprimidos, os idosos deprimidos [...] os drogaditos, pessoas que sofreram limitações graves físicas, como AVCs ou desastres ou mesmo que perderam a mobilidade (CARVALHO, 2004, p. 27).

Segundo Alvarenga (2006), isso vai de encontro com a ideia de que o AT é uma prática voltada para casos psicóticos. Para a autora os casos encontram-se cada vez mais diversificados:

[...] deficiência mental, drogadição, alcoolismo, depressão pós-parto, casos de acidentados que necessitavam de um apoio domiciliar especializado, recuperações cirúrgicas, terceira idade e também casos em que há uma recusa e/ou contra-indicação de um trabalho terapêutico no consultório (ALVARENGA, 2006, p. 52).

Quanto à formação profissional do at, de acordo com Faizibaioff (2016), podemos encontrar ats com diferentes formações: psicólogos, psicanalistas, enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras, entre outros. A fundamentação teórica desses profissionais também pode ser distinta, na qual podemos encontrar como

abordagens utilizadas a psicanálise, a fenomenologia, a linha comportamental, a psicologia analítica, entre outras. Segundo Alvarenga (2006), o importante é que o at seja um profissional que esteja inserido na área da saúde, que apresente nível superior completo e experiência clínica. A indicação do trabalho do AT geralmente é feita por um psiquiatra ou psicólogo, para a construção de um projeto terapêutico.

É evidente que o AT não está ligado a uma profissão em particular, mas é importante a qualificação para o exercício dessa prática. Ultimamente, é perceptível um aumento gradativo de bibliografia e eventos sobre o AT, possibilitando aos profissionais uma melhor formação. Assim, o AT vem se constituindo não só como uma modalidade clínica, mas também como um campo de pesquisa, apesar ainda da carência de publicações. É evidente, também, que os cursos para formação de ats vêm se ampliando gradualmente em todo o Brasil. Porém, em São Paulo é onde podemos encontrar cursos mais reconhecidos e conceituados na área (YATEGASHI, 2013; FAIZIBAIOFF, 2016).

Nesse sentido, as supervisões são primordiais para esses profissionais, sendo considerado um lugar de aprendizado, um ponto de ancoragem das angústias dos ats. Portanto, as supervisões são indispensáveis para essa prática, e, além disso, para sustentar essa atuação, é indispensável também a análise/psicoterapia pessoal, assim como na prática clínica tradicional (MACEDO, 2011).

Para finalizar, Santos (2013) em sua pesquisa traz indagações a respeito da prática do AT: seria ela uma função ou uma profissão? No Brasil, diferentemente da prática do AT na Argentina, a prática não é regulamentada como profissão. O AT não se enquadra como uma profissão regulamentada, nem como uma especialidade dos psicólogos, sendo realizado não só por eles, mas também por terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, como já dito anteriormente. Desse modo, o autor aponta que há uma falta de parâmetros que regularize essa prática, pois ela é justamente uma prática terapêutica e não uma profissão. Enquanto Faizibaioff (2016) traz que a possibilidade de normatização institucional é cercada por grandes discussões entre os ats na atualidade. Pois, por um lado, a falta de regulamentação contribui para a abertura do campo a diferentes áreas do saber, a espaços de atuação e a diversidade da formação, por outro, ainda não existe uma mentalidade governamental que tenha interesse em incluir o AT dentre os profissionais de saúde já regulamentados.

## 2.2 Um breve histórico do Acompanhamento Terapêutico

Segundo Silveira et al (2014), Santos (2014) e Barreto (2000), a clínica do AT surge em Buenos Aires, Argentina, no início da década de 70. Porém, para Carniel (2008), o mesmo teve origem na década de 50 na Europa e nos Estados Unidos.

No Brasil, o AT chegou devido à imigração de vários psicanalistas argentinos, em decorrência da situação política argentina. Assim, o processo argentino influenciou o movimento antipsiquiátrico que ocorria no Brasil, e o AT chega a São Paulo em 1981 através de uma psicanalista argentina do Instituto “A Casa”, uma importante referência no cenário do AT no Brasil tanto com relação à prática clínica quanto à produção de conhecimento (SILVEIRA et al, 2014; SANTOS, 2014; BARRETO, 2000; LEAL, 2015).

Entretanto, segundo Carvalho (2004), duas tradições diferentes fazem parte da origem do AT: o “amigo qualificado” e o “auxiliar psiquiátrico”. Mauer e Resnizky (2008) apontam que o psiquiatra argentino Eduardo Kalina iniciou a utilização do termo “amigo qualificado” no contexto da clínica particular. Enquanto o termo “auxiliar psiquiátrico”, na época, foi utilizado no contexto institucional, onde muitos psicanalistas, inseridos em hospitais psiquiátricos, criaram novas atividades que tinham como foco circular com seus pacientes em outros espaços, fora da instituição. Essa função era vista também como um auxílio ao médico psiquiatra (BARRETO; 2000; CARVALHO, 2004; SANTOS, 2014; BAZHUNI, 2010).

Porém, essas diferentes tradições indicam uma divergência acerca da origem do AT. Enquanto Mauer e Resnizky (2008) apontam que o surgimento do AT na Argentina esteve mais voltado à prática da clínica particular e que apenas recentemente as instituições iniciaram a inclusão de acompanhantes terapêuticos em seus serviços, Barreto (2000), Carvalho (2004) e Santos (2014), afirmam que a prática do AT se liga historicamente às atividades realizadas pelo “auxiliar psiquiátrico” em contextos hospitalares.

Essa questão, além disso, mostra que essa divergência também se relaciona com a influência – ou não – do movimento da Reforma Psiquiátrica para o surgimento do AT. De acordo com Nogueira (2007) há uma série de indagações sobre a origem do AT, por isso, atualmente, a prática apresenta diferentes versões e/ou tradições; “será mesmo que o AT surge a partir da reforma psiquiátrica? [...]

surgiu no Brasil no Rio de Janeiro, na Argentina em Buenos Aires ou em Córdoba?” (NOGUEIRA, 2007, p. 16). Enquanto alguns autores, como Mauer e Resnizky (2008), trazem a origem do AT a partir da clínica tradicional particular, outros, como Barreto (2000), Carvalho (2004), Santos (2014), Marinho (2009), Nogueira (2007), Hermann (2008), Macedo (2011) e Alvarenga (2006), abordam o surgimento do AT intrínseco ao movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir das ideias do movimento antipsiquiátrico inglês, da psicologia democrática italiana e da psicoterapia institucional francesa, movimentos que constituíram a Reforma Psiquiátrica, a partir da crítica à psiquiatrização da loucura. Nogueira (2007, p. 18) aponta a forte relação do surgimento do AT com a Reforma Psiquiátrica ao afirmar que

Movimentos como *antipsiquiatria* liderada por Laing e Cooper na Inglaterra, a *psiquiatria democrática* representada por Basaglia na Itália e a *psicoterapia institucional* representada por Oury e Guattari na França, tornaram-se, no século XX, formas de se contestar o tratamento psiquiátrico proposto naquela época, o que abriu espaço a novas construções de tratamento como as comunidades terapêuticas, o hospital-dia, e posteriormente o AT (NOGUEIRA, 2007, p. 18, grifo do autor).

Para Yaegashi (2013), o AT surge no contexto das comunidades terapêuticas, surgindo “[...] juntamente com o movimento de criação e experimentação de novas formas de lidar com a loucura fora dos muros das instituições como foram as primeiras experiências ocorridas na Reforma Psiquiátrica” (YAEGASHI, 2013, p. 24). Hermann (2008) afirma que o AT é fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica por se caracterizar pela aproximação da loucura a novos métodos de tratamento, “[...] o AT, as duas raízes e os seus avanços teórico-clínicos não se deslocam do referido movimento de substituição dos manicômios, uma vez que não é possível afirmar que a invenção do AT esteja deslocada da Reforma Psiquiátrica” (HERMANN, 2008, p. 3). É perceptível, então, para o autor, que o AT apresenta como especificidade o acompanhamento do sujeito dito louco em sua errância pelos espaços públicos, pela cidade, com um objetivo terapêutico de inserir esse sujeito socialmente.

A mudança desses termos, “amigo qualificado” e “auxiliar psiquiátrico”, para “acompanhante terapêutico” é considerada importante. Para Silveira et al, (2014), o termo “amigo qualificado”, especificamente, enfatizava um componente amistoso do

vínculo, gerando dúvida entre o conceito de amigo e terapeuta. Por isso, houve a mudança de denominação para um termo que destaca o caráter profissional e terapêutico. Segundo Carvalho (2004, p. 29), “[...] mais do que uma simples mudança de nomenclatura, refletiu mudanças nos profissionais e um incremento da complexidade da função”.

A mudança de nomenclatura está intimamente associada à função do at, pois o profissional que antes era visto mais como um guarda-costas, passou a ser visto como um possível agente de intervenção, funcionando como ego auxiliar. É perceptível, assim, que a mudança de nomenclatura foi de extrema importância, pois essa prática está além do acompanhar, ela se concretiza através de uma terapêutica (CABRAL, 2005; LEAL, 2015).

O AT, a princípio amigo qualificado foi criado para atender uma demanda que “ficava fora dos tratamentos institucionais oferecidos”. Pode-se pensar que as atividades atribuídas a ele na época, representavam “modos de atuação” que estavam “fora” do que usualmente era realizado (saídas, compartilhar cotidiano...) pelos profissionais da equipe como psicólogo, psiquiatras e psicanalistas que representam a ciência da saúde. A criação do AT parece despontar como fruto deste movimento circunscrito na modernidade que quer delimitar, ordenar que acaba por constituir especialidades. Constitui-se uma especialidade: para circular, sair às ruas, compartilhar o cotidiano, tem-se o AT. Entretanto, essa especialidade vai se hibridizando (ganhando funções e conceitos novos) e tomando feições que remontam os saberes que estiveram implicados em sua origem e em suas transformações (ALVARENGA, 2006, p. 68).

Essa divergência permaneceu também na chegada do AT ao Brasil, pois, segundo Pitiá e Furegato (2009, p. 73), a prática, ao chegar ao país, seguiu dois caminhos: “Porto Alegre, depois Rio de Janeiro, com a figura dos auxiliares psiquiátricos, e São Paulo, com os chamamos ‘amigos qualificados’, sob influência direta da Argentina”. Bazhuni (2010, p. 12, grifo do autor) traz a seguinte série de acontecimentos quanto à mudança de nomenclatura da prática no Brasil, a partir da tradição do “auxiliar psiquiátrico”:

[...] o *atendente psiquiátrico* na Clínica Pinel de Porto Alegre, em meados dos anos 60; a transposição desse trabalho para a Clínica

Villa Pinheiros, no Rio de Janeiro, *auxiliar psiquiátrico*, entre 1969 e 1976; ainda *auxiliar psiquiátrico* no trabalho fora das comunidades terapêuticas, junto a consultórios de psiquiatria, entre a década de 70 e início dos anos 80; e, a partir de meados dos anos 80, a consolidação do nome *acompanhante terapêutico*, por força do movimento dos próprios acompanhantes, no sentido de destacar a qualidade terapêutica própria a sua função e dotá-la de maior autonomia em relação à postura dos psiquiatras que lhe demandavam o acompanhamento [...]

Para compreendermos melhor a chegada do AT ao Brasil, se faz importante compreender o contexto em que o país se encontrava. Silva e Silva (2006) afirmam que, a partir do golpe militar de 1964, houve um grande investimento no modelo manicomial. A estratégia utilizada era a de ampliar a construção das clínicas psiquiátricas, beneficiando o setor privado – pois ocorreu um forte desinvestimento do governo federal na saúde pública –, que contava com o suporte econômico da previdência oficial. Na época, um mal-estar presente no âmbito manicomial começou a se espalhar. Muitos profissionais passaram a manifestar seu desconforto, assim como os usuários dos serviços, iniciando uma mudança de visão dessas instituições, passando a serem vistas como lugares de manutenção e/ou promoção da doença.

Em 1986, houve a “8ª Conferência Nacional de Saúde”, na qual foram criadas novas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), “[...] que seria pautado pela *universalidade, integralidade e democratização* da saúde” (SILVA; SILVA, 2006, p. 215, grifo do autor). Logo, o surgimento do AT estaria intimamente relacionado às críticas das estruturas manicomiais que foram expressas através dos movimentos antimanicomiais e da reforma psiquiátrica. Silva e Silva (2006, p. 215) afirmam que essa aproximação se dá a partir do momento em que o AT “[...] acaba apostando na produção de novos modos de subjetivação a partir desse encontro das diferenças”.

Assim, para Silva e Silva (2006, p. 216), as forças que acarretaram no surgimento da prática do AT no âmbito da saúde mental foram: “[...] a produção dos psicofármacos no final da década de 1940; a experiência do hospital-dia e das comunidades terapêuticas a partir dos anos 50 e o início das discussões em torno da reforma psiquiátrica que culminam com a criação do Movimento de Luta Antimanicomial”. O AT sempre buscou romper com a psiquiatria clássica em que o sujeito dito louco permanecia isolado e controlado dentro do hospital.

É no contexto da mudança da perspectiva de cuidado em saúde mental que vão surgir condições para que o AT possa se desenvolver nesse âmbito. O surgimento dos psicofármacos influenciou na substituição gradual da camisa-de-força pelo controle químico do comportamento considerado “desviante”, apontando um novo direcionamento no tratamento das “doenças mentais”. O cuidado, que anteriormente estava associado a programas mecânicos e visíveis como a contenção física, a camisa-de-força, as amarras, os eletrochoques, entre outros, passa para um cuidado voltado ao controle,

[...] ou seja, o sujeito tomado por louco, doente e perigoso “consegue sair” da estrutura manicomial desde que leve consigo, no mínimo, o suporte químico dessas mesmas estruturas, representado pelos psicofármacos, e seja acompanhado nessa circulação por um “agente terapêutico”, o acompanhante, o auxiliar, o atendente (SILVA; SILVA, 2006, p. 213).

Inicialmente, nas primeiras experiências do AT no Brasil, mais especificamente, na Clínica Pinel em Porto Alegre, o AT exercia função de por em prática o plano terapêutico estabelecido individualmente aos pacientes, dentro e fora da comunidade terapêutica, a partir do controle da ingestão de medicamentos e a vigilância do comportamento fora da instituição manicomial. O serviço era utilizado principalmente em pacientes com alto grau de agressividade e/ou em risco de morte. Além disso, seu trabalho estava voltado a sujeitos em sofrimento psíquico grave que não tinham respostas para a terapêutica tradicional. Nesse contexto, pode-se perceber que o espaço urbano era lugar de errância – mas, uma errância controlada de maneira física e química (SILVA; SILVA, 2006; NETO; AMARANTE, 2013; SILVEIRA et al, 2014).

Nesse contexto inicial o AT era praticado por leigos com relação à área de saúde mental (ALVARENGA, 2006). Esse vínculo seria utilizado “[...] de maneira a cuidar deste no que se referisse a higiene, alimentação, administração de medicação, intermediação em situações de agressividade ou mesmo favorecendo determinadas intervenções ou ações propostas pela equipe do hospital” (BAZHUNI, 2010, p. 15).

O trabalho do at tinha como principal objetivo evitar a internação psiquiátrica, porém, esse trabalho passou a ser convocado também para situações fora de crise. Desse modo, o interesse não estava mais em o que o AT poderia evitar, mas pelo o que seria capaz de produzir. Assim, atualmente, o at geralmente é realizado nas saídas da internação, no retorno ao meio social (convivência), e em momentos de crise – sendo solicitado por profissionais de saúde ou pela família (BAZHUNI, 2010). Ou seja, a partir do momento em que as experiências à céu aberto com o AT foram se consolidando, se transformando em referência no tratamento da crise psíquica, o mercado de trabalho para o profissional AT se qualificou e ampliou. O perfil desse profissional se expandiu e vem sendo construído a partir de características próprias ao longo do tempo, apesar de que o AT como modalidade de atendimento ainda não está regulamentado profissionalmente, sendo múltiplos os saberes e práticas que o constituem (SILVEIRA et al, 2014).

Assim, atualmente, segundo Bazhuni (2010), a partir da década de 90 o AT iniciou um movimento de apropriação da experiência clínica por cada linha teórica, em busca da possibilidade de teorização do AT. A prática hoje é realizada frequentemente por estudantes de psicologia ou por terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos, entre outros profissionais que compõe uma equipe multidisciplinar – qualquer profissional da equipe que consiga estabelecer um vínculo com o paciente (BAZHUNI, 2010). Os cursos de formação em AT oferecidos são “[...] em nível de Curso de Extensão por escolas das diversas abordagens teóricas que a psicologia comporta, por equipes de ats que se organizam como organizações não governamentais ou até mesmo por profissionais que oferecem o curso em seu consultório [...]” (BAZHUNI, 2010, p. 16).

Como já dito nessa pesquisa, o AT é realizado por diferentes perspectivas teóricas e campos de atuação, sendo evidente a sua riqueza como intervenção clínica. Assim, o AT é praticado de diferentes formas e teorizações, que são produto de um determinado momento histórico, contexto social e cultural, de uma específica concepção sobre saúde mental (BAZHUNI, 2010).

### 2.3 O Acompanhamento Terapêutico no campo da saúde mental

O movimento da Reforma Psiquiátrica tem implicado em um trabalho que foca em um campo fora do hospital, ou seja, saindo desse meio e se inserindo em um contexto de vínculos sociais em comunidades locais. Desse modo, de acordo com Palombini (2006) e Silva e Silva (2006), o acompanhamento terapêutico na rede pública teve seu surgimento apenas no contexto de uma política de saúde mental baseada na construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico/manicômios, ou seja, a partir da Reforma Psiquiátrica, quando a cidade passa a ser o espaço de experiência e acompanhamento da loucura e não mais os asilos. A implementação da mesma colocou em análise o funcionamento da rede. Nesse contexto, o profissional AT surge na rede de saúde mental acompanhando o sujeito com o objetivo de reinseri-lo socialmente na vida cotidiana, influenciando diretamente a construção de redes com capacidade de superar os hospitais psiquiátricos/manicômios. Porém, se difundir em um espaço aberto para esse tipo de atuação, torna-se um desafio para o âmbito de saúde mental (PALOMBINI, 2006; PALOMBINI et al, 2008; SILVEIRA et al, 2014).

Historicamente, para Silva e Silva (2006), o surgimento dos psicofármacos influenciou na substituição gradual da camisa-de-força pelo controle químico do comportamento considerado “desviante”, apontando um novo direcionamento no tratamento das “doenças mentais”. O cuidado, que anteriormente estava associado a programas mecânicos e visíveis como a contenção física, a camisa-de-força, as amarras, os eletrochoques, entre outros, passa para um cuidado voltado ao controle,

[...] ou seja, o sujeito tomado por louco, doente e perigoso “consegue sair” da estrutura manicomial desde que leve consigo, no mínimo, o suporte químico dessas mesmas estruturas, representado pelos psicofármacos, e seja acompanhado nessa circulação por um “agente terapêutico”, o acompanhante, o auxiliar, o atendente (SILVA; SILVA, 2006, p. 213).

Nesse contexto, pode-se perceber que não é à toa que, inicialmente, a função do at estava associada ao controle da ingestão de medicamentos e a vigilância do comportamento fora da instituição manicomial. Ou seja, o espaço urbano era lugar

de errância – mas, uma errância controlada de maneira física e química (SILVA; SILVA, 2006).

Porém, o AT busca hoje o estabelecimento de novas formas de atenção à saúde mental, contrária aos de uma sociedade disciplinar, “O Acompanhamento Terapêutico constitui-se, então, em paradigma da direção clínico-política em que uma dada concepção da reforma psiquiátrica pretende mover-se.” (PALOMBINI, 2006, p. 124). Feita a céu aberto, a clínica não se enquadra mais nos parâmetros manicomais, se aproximando de decisões coletivas e construções autônomas, possibilitando, assim, os múltiplos territórios, os conflitos e os imprevistos (PALOMBINI, 2006).

Em sua prática, o AT está inserido em uma equipe, através da qual o mesmo recebe um apoio por meio de supervisões – realizadas individualmente ou em grupo –, um espaço para discussão dos casos, aconselhamento e troca de informações (SILVEIRA et al, 2014). Porém, há modos distintos de discriminar o trabalho do AT nas equipes de saúde mental, seguindo algumas direções, sendo elas

1) A que privilegiava o encaminhamento, para o acompanhamento, dos casos perante os quais a equipe sentia-se impotente [...] nesses casos, o AT representava, para a equipe ‘a última cartada’ [...] o at via-se, muitas vezes, sozinho nessa empreitada, estando lançada sobre si toda a responsabilidade pelo curso de um tratamento a que a equipe parecia não dar mais crédito. 2) A que decidia os encaminhamentos com base em um prognóstico favorável, ou seja, onde o acompanhamento somava-se a um conjunto de procedimentos terapêuticos já em curso e ao qual o usuário vinha respondendo de forma positiva. O acompanhante era, então, um facilitador ou potencializador do processo terapêutico, cumprindo, geralmente, uma função pontual nesse processo (PALOMBINI et al, 2008, p. 79).

Assim, é evidente que a clínica do AT, por transitar no espaço intermediário entre instituição e espaços públicos, permite uma aproximação a indivíduos que se mostravam inacessíveis a qualquer outra proposta tradicional de tratamento. A população atendida do âmbito de saúde mental, frequentemente, não conta com suporte familiar ou social, sendo, muitas vezes, o único laço mantido com a própria instituição de saúde. O AT se faz uma proposta pertinente a esses casos por permitir

alcançar o sujeito em seu mundo interno (PALOMBINI et al, 2008). Assim, os passeios pelas regiões, a céu aberto, possibilitam ao acompanhante outra visão e experiência com o acompanhado, diferente do que é vivenciado no serviço. Essa diferença é levada pelo profissional AT a toda a equipe do serviço, exigindo um reposicionamento de estratégias com relação ao caso (PALOMBINI, 2006).

A clínica do AT enriquece o espaço terapêutico na medida em que lança o cotidiano no contexto do tratamento, identificando talentos, habilidades e estratégias de sobrevivência do paciente; conhecendo sua rotina, vivências, que são completamente ignoradas no contexto institucional. A partir do momento que o profissional at chega à equipe de saúde com uma série de informações sobre o paciente, a equipe acaba se reposicionando em relação ao caso, abandonando estratégias e até inserindo outros profissionais de outras áreas, transformando suas ações. Porém, segundo Palombini et al (2008, p. 83),

O AT não constitui um campo de saber específico, mas uma prática, para a qual confluem múltiplos saberes. Não é uma profissão regulamentada. Embora venha sendo incorporado com sucesso ao campo profissional da psicologia como uma modalidade terapêutica própria, seu exercício não pode ser circunscrito a esse campo [...] os conhecimentos produzidos no seu campo e pela psicanálise são ferramentas cruciais para imprimir uma direção clínica ao trabalho, dando expressão à sua potência terapêutica.

O que a prática clínica do AT busca é responder as necessidades de ordem social e assistencial, sendo uma prática que vem se constituindo como uma política pública de inclusão nas equipes de saúde mental. É nesse sentido que o AT se constitui como uma grande ferramenta ao processo da reforma psiquiátrica, buscando um alcance entre o sujeito e o social. O trabalho do profissional at é feito, nesse sentido, a partir dos pontos oferecidos pelo acompanhado, buscando situar o sujeito, fazê-lo construir um lugar para si, e fazendo-o sentir parte do fluxo da vida. Ao sair à rua com o acompanhado há uma nova cidade que se emerge, onde tudo se altera, os papéis desempenhados nessas situações são diversos e inusitados. A própria cidade pode sofrer transformações, pois esses encontros têm potência para perturbar a cultura vigente, modificando a ideologia a respeito da loucura (PALOMBINI et al, 2008).

Desse modo, a relação entre sujeito e instituição passa por transformações, pois, segundo Palombini et al (2008, p. 115)

[...] os usuários dos serviços [...] encontravam-se enclausurados na instituição Manicômio, que transcende as paredes dos hospitais psiquiátricos e alcança a rua, constituindo o silencioso – por vezes não tão silencioso assim – do discurso cultural. Tanto aquele que há muito tempo chamava o hospício de casa quanto o que freqüentava um serviço aberto sem nunca ter se submetido à internação sofriam profundamente os efeitos de uma alienação extrínseca à sua condição psíquica.

Os requerimentos de instituições e Centros de Saúde Mental para a presença de um profissional AT em seu meio vem aumentando cada vez mais, evidenciando o valor e eficácia desse dispositivo. Assim, o trabalho na rede pública em saúde mental vem se desenvolvendo no sentido de criar e instituir dispositivos de cuidado, como o AT, pois há uma necessidade de introduzir no serviço público dispositivos inovadores de cuidado que estejam em consonância com a Reforma Psiquiátrica. O at, nesse contexto, é mais um profissional que integra a equipe de saúde, sem ser superior ou inferior a outro profissional, contribuindo para a inserção do sujeito e criando vias de subjetivação para os mesmos (CABRAL, 2005; MAUER; RESNIZKY, 2008).

## **2.4 Acompanhamento Terapêutico com crianças**

Para melhor compreensão da clínica do AT na infância, é necessário situar, historicamente, o conceito de infância, no qual, inicialmente, as crianças não eram reconhecidas, mas sim rejeitadas. Até o século XIX não havia distinção entre criança e adulto, e, assim, conseqüentemente, os problemas de sofrimento psíquico nessa idade não existiam. Não havia aceitação a fragilidade das crianças, “expor a criança ao abandono, cedê-la em qualidade de escrava, desfazer-se dela, eram modos comuns de mal-trato e abuso.” (MAUER; RESNIZKY, 2008, p. 93). O fato de a

mortalidade infantil ser elevada justificava a falta de aproximação afetiva com a criança (MAUER; RESNIZKY, 2008; PARRA, 2009).

Os primeiros cuidados com a infância surgiram apenas a partir do século XVII, sendo essa noção de cuidado associada à necessidade de oferecer meios para que a criança pudesse ser alguém de destaque no futuro. Assim, a Revolução Industrial iniciou a realização de investimentos na educação e treinamento de crianças, a partir da necessidade de gerar forças de trabalho produtivo. Para alcançar esse objetivo, houve a multiplicação de instituições educacionais disciplinares que eram a favor de uma educação que aproximava precocemente as crianças do mundo dos adultos. As chances de uma criança portadora de sofrimento psíquico grave se beneficiar desse tipo de educação são mínimas, pois a mesma ainda não se encontra preparada emocionalmente para lidar com esse tipo de exigência educacional. Algumas instituições educacionais parecem, até hoje, ainda não perceber que sua função está além de um lugar para aprendizagem, sendo também um lugar de vivência. Desse modo, é perceptível que a questão da saúde mental de crianças é algo relativamente novo, historicamente (COELHO, 2007; MAUER; RESNIZKY, 2008; PARRA, 2009).

A pedagogia e a medicina assumiram papel fundamental para cobrir as demandas dessa nova sociedade que se construía. Freud, ao final do século XIX, aparece com uma nova maneira de pensar a infância, a partir do descobrimento da sexualidade infantil. A partir disso, segundo Mauer e Resnizky (2008, p. 94), “[...] a infância ficou marcada por um século generoso em reivindicações, mas que alterou a ecologia da função parental.”. Ou seja, o adulto, ao ceder seu lugar a criança, deixou a criança exposta ao desamparo traumático. A fragilidade e a necessidade de dependência da criança foram abordadas com Freud, onde o mesmo enfatiza a dependência para a sua estruturação psíquica (MAUER; RESNIZKY, 2008).

Desde então, a infância vem sendo pensada de outra maneira, onde a mesma passa a progressivamente ser reconhecida, ou seja, passando a haver uma preocupação com a criança, principalmente, as crianças portadoras de sofrimento psíquico grave. Conseqüentemente surge um aumento no número de instituições privadas que promovem acompanhamento médico e pedagógico a essas crianças, auxiliando-as em suas dificuldades de se adaptar aos padrões sociais. Porém, o cenário da atenção ao público infantojuvenil proporcionada pelos serviços públicos

de saúde mental releva uma situação precária, pois o tratamento, proporcionado pelo Estado, encontra-se ausente e inadequado, o que será abordado mais adiante. O AT surge nesse contexto como um dispositivo que proporciona a inserção social da criança portadora de sofrimento psíquico grave.

Historicamente, a função do at começa a surgir em 1968, quando Marinho (2009) aponta que foi fundada a Comunidade Enface, em Diadema, São Paulo, na qual era realizado atendimento a crianças com transtorno global do desenvolvimento. A instituição possuía, inicialmente, em seu quadro de funcionários a função de *assistente recreacionista*, “o que definia esses profissionais eram suas capacidades internas, psíquicas, de vivenciar as relações afetivas com as crianças, não somente com o intuito de brincar, escovar dentes e vesti-las, porém fazer essas atividades tornarem-se terapêuticas” (MARINHO, 2009, p. 3). Mas, de acordo com Parra (2009), apenas em 1969 a psicanalista francesa Maud Mannoni, junto com outros psicanalistas, criou a *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne*, na França, com o objetivo de oferecer uma alternativa ao modelo asilar a crianças que foram afastadas do convívio social.

Parra (2009, p. 47) afirma que na escola “[...] era oferecido às crianças ateliês de cerâmica, pintura, teatro, marionetes, expressão corporal, mímica, contos de fadas, canções populares, música, etc. e, em alguns casos, moradia [...]”. Porém, a escola apresentava uma estrutura diferente das tradicionais, pois as crianças que residiam lá tinham acesso livre para participar de atividades fora da instituição, sendo acompanhadas por estagiários. Esse método possibilita a todos conviverem com a criança de forma espontânea e criativa, “e é nessa convivência que emerge a possibilidade de a criança ter outro lugar na sociedade, pois até então este lugar estava diretamente associado ao seu diagnóstico” (PARRA, 2009, p. 51). Nesse contexto, é possível pensar no surgimento do AT com crianças, a partir do momento em que elementos do método de Mannoni podem ser encontrados na prática do AT.

Para Nascimento (2015) o AT com crianças segue praticamente as mesmas características do trabalho realizado com adultos, no sentido da circulação social, “[...] não se trata de saídas para que a criança tenha tempo e espaço de diversão [...] a circulação pela cidade vai sendo construída conforme os interesses que despertam no estabelecimento do laço do desejo entre uma criança e o social” (NASCIMENTO, 2015, p. 18). O desejo precisa ser resgatado de uma palavra dita de forma distraída ou introvertida, para que assim se tenha um ponto de partida.

Desse modo, o at precisa compreender que a direção da sua atuação com crianças é a suposição do sujeito.

Porém, para Parra (2009) é importante pensar nas especificidades do atendimento ao público infantil. Diferentemente dos adultos, a criança ainda é um ser em desenvolvimento, ou seja, sua personalidade ainda se encontra em processo de estruturação. Por isso, o foco do trabalho deve estar na inserção social e não na ressocialização, como é o objetivo do trabalho com adultos. “No caso específico de crianças que apresentam indícios de grave sofrimento psíquico, houve de alguma forma uma interrupção em seu desenvolvimento, e as intervenções terapêuticas são aplicadas no sentido de promover essa constituição que, por algum motivo, foi bloqueada” (PARRA, 2009, p. 78).

O AT ocorre tanto no espaço privado quanto no público, e é nessa passagem, entre o privado e o público, que a intervenção do at tenta estabelecer, para a criança, uma borda que separe esses espaços, “isso é fundamental não para uma adaptação imitativa, mas para que a criança possa se situar dentro das regras da convivência social, de acordo com suas possibilidades [...]” (NASCIMENTO, 2015, p. 19). Assim, a clínica do AT, a partir de suas múltiplas modalidades, acaba proporcionando à criança um alívio psíquico, desafiando seus próprios limites de atuação, onde suportar a angústia e a desorientação que avanços e retrocessos produzem nas crianças, torna-se um grande desafio (MAUER; RESNIZKY, 2008).

Porém, em sua prática, acredita-se que o AT com crianças está voltado, na grande maioria dos casos, à inclusão escolar, a partir do momento em que o espaço escolar acabou, historicamente, designando um lugar social à criança. As instituições escolares passaram a corresponder essa demanda, acolhendo alunos ditos “portadores de necessidades especiais”, inserindo o at em sala de aula. Assim, os alunos são matriculados em classes de ensino regular com a condição de que se tenha um estagiário ou profissional que exerça a função de incluir a criança na escola (COELHO, 2007; PARRA, 2009). O AT associado à inclusão escolar será abordado com mais amplitude mais à frente.

Diante dessa discussão, se faz importante pensar o contexto da atenção oferecida a essas crianças, a partir de uma retomada ao tema da Reforma Psiquiátrica brasileira, que acabou ocasionando o surgimento dos serviços substitutivos como o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil), onde o AT pode surgir como importante dispositivo, proporcionando a possibilidade de

incluir socialmente essas crianças. Além disso, a Reforma Psiquiátrica encontra-se intimamente associada ao AT, como já dito anteriormente, pois o mesmo nasceu no contexto de retomada da liberdade desse sujeito dito louco, em sua reabilitação psicossocial. Por isso, o que faremos a seguir será tratar tais questões de maneira detalhada, algo essencial para compreender a relação entre esses temas.

### **3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL**

#### **3.1 Breve histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira**

Segundo Hermann (2008), houve um período de constatação das precárias condições de vida dos sujeitos ditos loucos, no qual eram verificados mecanismos que cronificavam a loucura nas instituições asilares. O contexto asilar, de acordo com Carniel (2008), era composto por espaços – manicômios e hospitais psiquiátricos – em que acontecia a exclusão social, pois essa era a condição para a realização do tratamento moral, sendo considerado como instrumento terapêutico. Ou seja, quem chegava a essas instituições, provavelmente nunca mais sairia. Essa situação permaneceu durante muitos anos em manicômios e hospitais psiquiátricos de todo o mundo, e talvez permaneça até a atualidade. Para melhor compreensão desse contexto manicomial, traremos agora como se organizava internamente um manicômio, de acordo com Carniel (2008, p. 21),

[...] a organização interna do hospício foi dividida desta forma: pelo sexo (homens de um lado mulheres de outro), de primeira e segunda classes (pobres, sendo vários no mesmo quarto e ricos com quarto individual), e higiene (sujos e limpos). Os enfermeiros também cuidavam da vigília, que era feita sempre com falta de trato e com muita violência, chegando até à morte de alguns pacientes. A falta de estrutura e de capacitação do enfermeiro e de outros funcionários para trabalhar com o doente gerava situação de descontrole total.

Desse modo, é evidente que esse modelo de atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico grave, não possuía finalidade médica. Eram apenas instituições destinadas a abrigar esses sujeitos, por serem considerados indesejáveis pela sociedade, “a preocupação é eliminar um estorvo, cuidar da segurança dos sãos sem dar muita importância à doença e ao usuário” (CARNIEL, 2008, p. 22). Se pensarmos em estrutura física, até a arquitetura do hospital era inadequada, pois se demonstrava bastante semelhante a um presídio. Pouco importava o que havia de terapêutico nesse trabalho (CARNIEL, 2008).

Assim, segundo Yaegashi (2013), na época, o trabalho em saúde mental estava totalmente voltado a esses ambientes carcerários e à segregação social. Assim, a assistência em saúde mental oferecida ao sujeito, na época, era voltada a

[...] punição e vigilância. Sem atendimento digno, era tratado, muitas vezes, com violência. Todas as suas potencialidades eram reduzidas devido à ausência de estímulos até se tornarem incapazes de retornar a viver em sociedade. O principal foco de atenção da psiquiatria era a doença, não considerando o paciente como sujeito ativo do seu tratamento, não envolvendo sua família e não valorizando a sua vida cotidiana, cultura, história e qualidade de vida (YAEGASHI, 2013, p. 19).

Assim, é evidente que, historicamente, o saber acerca da loucura, até o final do século XIX, tinha como base o conhecimento sobre a doença e não sobre o sujeito doente. “O guia de processo terapêutico era o quadro sintomatológico e a intervenção era marcada pela alienação social do sujeito referenciada para o contexto hospitalar” (PITIÁ; FUREGATO, 2009, p. 69). Nesse contexto, o homem era visto apenas como um terreno onde a doença se instalava. As instituições asilares se caracterizavam como grandes estruturas físicas, fechadas, com intuito de abrigar todos os sujeitos que se enquadram nos princípios da exclusão e do confinamento – loucos, pobres, velhos, inválidos, mendigos, entre outros. As relações estabelecidas lá eram de dominação e submissão, gerando um grande sofrimento, principalmente, nos sujeitos internos (PITIÁ; FUREGATO, 2009).

Portanto, a história da medicina acaba sendo marcada por um momento decisivo com relação ao cuidado. A doença que anteriormente estava ligada a metafísica do pecado, passava a se concretizar em uma referência orgânica, cabível de ser mensurada e controlada. Assim, as doenças mentais passam a ter como causa uma lesão orgânica invisível. O conhecimento médico era o que definia o homem saudável através de comportamentos adequados e produtivos. Desse modo, a prática terapêutica era voltada a reeducação (COELHO, 2007).

A psiquiatria se encontra em uma necessidade incansável de exercer o seu poder de segmentação e controle social, pontos tão necessitados pela sociedade. Seu papel está em compreender aspectos da doença mental em um ponto de vista moral. Assim, o cuidado que é posto à psiquiatria é um poder contestado, a partir do

momento em que esse cuidado está associado à necessidade de se criar meios de proteger a sociedade do sujeito dito louco. Do ponto de vista psiquiátrico, o sujeito portador de sofrimento psíquico grave não pode ser outra coisa senão o “louco”. Não há um lugar reservado para esse sujeito na sociedade, além dos cuidados e da não integração (COELHO, 2007).

A relação que as culturas estabelecem com a loucura está interligada à forma como esta é entendida dentro de cada contexto e época sociais, ou seja, a cultura dá respostas ao problema da loucura, e essas respostas se diferenciam, pois

A fala, na loucura, que hoje denominamos de “delirante”, já fora tomada com um estatuto de verdade divina, na Grécia Antiga, reconhecida e valorizada socialmente; posteriormente, foi tomada como algo na ordem da desrazão e sem valor, no auge do Iluminismo, e então silenciada; até chegarmos às abordagens atuais, que buscam possibilitar as condições para uma maior participação do louco nos espaços sociais (COSTA, 2011, p. 12).

Assim, a loucura passou a ser varrida do cenário social, no qual os sujeitos ditos loucos passaram a ser enclausurados e abertos ao conhecimento médico, permitindo assim, a constituição da doença mental como objeto da psiquiatria. Portanto, pode-se perceber que foi o asilo que deu à psiquiatria o campo que delimita sua prática (COSTA, 2011).

A instituição psiquiátrica surgiu como uma tentativa de resgate desse sujeito, promovendo um afastamento dos espaços urbanos e enfraquecendo a possibilidade de construção de enlaçamento social. Desse modo, o processo de institucionalização não só corresponde à dimensão física, como as paredes e grades do hospital, mas também aos valores que são impostos pela cultura manicomial (COSTA, 2011).

Dessa forma, desde a instalação da República até 1920, a psiquiatria, no Brasil, se destacava pela ampliação desse modelo asilar, a partir da implantação de colônias e manicômios – espaços de tratamento e exclusão. A reformulação dessas instituições de tratamento surge a partir do momento em que a cidade passa a fazer parte da assistência em saúde mental, fora dos muros institucionais, do espaço

asilar. Assim, o objetivo não se encontra mais apenas no indivíduo, mas também na sociedade, no meio social em que esse sujeito está inserido (PALOMBINI, 2007).

Em 1927 houve a aprovação de lei pelo Congresso Nacional, no qual a assistência aos alienados passa a se reorganizar, “a designação da loucura passa a ser atribuição exclusiva dos médicos psiquiatras, sendo previstos, para o seu tratamento, além dos espaços de internamento [...] também ‘serviços abertos’, ambulatórios e dispensários psiquiátricos” (PALOMBINI, 2007, p. 93). Desse período em diante a psiquiatria não abandonou o espaço asilar e acabou fortalecendo cada vez mais a idealização do comportamento social. Assim, a população asilar não parou de crescer. A partir dos anos 30 houve o surgimento do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconsulsoterapia e das lobotomias. Na década de 50 surgiram os neurolépticos, o que intensificou o processo de psiquiatrização, “[...] gerando muitas vezes um uso indiscriminado dos medicamentos, quando não a sua utilização repressiva no interior dos manicômios, produtora de docilidade à custa do embotamento subjetivo e deterioro físico de seus internos” (PALOMBINI, 2007, p. 95).

Após a Segunda Guerra Mundial iniciaram discussões sobre as condições desumanas presentes nos manicômios, e, inclusive, sobre as propostas de tratamento e intervenção à doença mental. Durante a guerra, a psiquiatria necessitou de adaptações para lidar com situações emergenciais, pois a equipe terapêutica se via na exigência de reintegrar o mais rápido possível os soldados às batalhas. Essas primeiras críticas às instituições asilares culminaram no início do movimento da reforma psiquiátrica que ocorre até os dias atuais (PALOMBINI, 2007; CABRAL, 2005).

Apenas a partir de 1970 que as denúncias foram iniciadas, no qual, junto com órgãos oficiais, iniciaram a elaboração de novas propostas com o intuito de manter o sujeito em sofrimento psíquico grave em seu meio social. Assim, em 1972, o governo brasileiro deu início a novos rumos para a assistência psiquiátrica no país, “[...] contra o macro-hospital, ações dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos visando sua reintegração social” (PALOMBINI, 2007, p. 108). Essas novas medidas levaram a assistência psiquiátrica brasileira para outro caminho, para a perspectiva preventista, tornando-se uma questão primordial para as políticas de saúde no Brasil (PALOMBINI, 2007).

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira foi marcado pela “crise da DINSAM” – Divisão Nacional em Saúde Mental –, órgão responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental do Ministério da Saúde. Em 1978 houve uma greve dos funcionários de unidades da DINSAM, e denúncias de irregularidades começaram a ser feitas. Esses fatos repercutiram e aos poucos foi recebendo apoio de vários movimentos entre os anos de 1978 e 1980, iniciando, assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir, principalmente, do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo reivindicado “[...] melhorias na assistência à população e humanização dos serviços quanto à luta por direitos trabalhistas e melhores condições de trabalho e salário [...]” (PALOMBINI, 2007, p. 110). O Movimento Sanitarista também reivindicou por mudanças a respeito de atenção, gestão e práticas de saúde, ou seja, um pensamento crítico acerca da natureza e a função social das práticas médicas. (PALOMBINI, 2007; ALVARENGA, 2006; CARNIEL, 2008; LUIZ; BRUNIALTI; CHAUI-BERLINCK, 2015).

A partir desse momento, iniciou uma jornada de congressos, encontros, debates e conferências acerca do modelo assistencial em saúde mental.

O marco da desinstitucionalização aconteceu na década de 80, quando foram realizados a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru. Esse último ficou conhecido pela frase: Por uma Sociedade sem Manicômios, início da luta antimanicomial (CARNIEL, 2008, p. 24).

Após o período da ditadura militar, os movimentos sociais ganharam força no Brasil e buscaram efetivação das mudanças. Esse contexto colaborou para que a concepção de saúde mental passasse a incluir, como um dos seus determinantes, a participação ativa da população em suas próprias mudanças. Assim, o movimento deixa de ser caracterizado e composto apenas por trabalhadores de saúde mental para ser dos cidadãos (trabalhadores, usuários, familiares e demais interessados). O lema do movimento, “por uma sociedade sem manicômios”, demonstra a proposta de eliminação do manicômio e de construção de uma rede substitutiva, em que o sujeito em sofrimento psíquico grave possa vir a ter espaço na sociedade (PALOMBINI, 2007; LUIZ; BRUNIALTI; CHAUI-BERLINCK, 2015).

Assim, é evidente que o movimento da Reforma Psiquiátrica iniciou após mais de duzentos anos da origem da psiquiatria, reconhecendo a ineficiência do primeiro modelo de atenção ao promover a saída do ambiente hospitalar em direção aos espaços urbanos. No Brasil, o movimento iniciou quarenta anos depois dos movimentos ocorridos na América do Norte e Europa (COSTA, 2011; YAEGASHI, 2013).

Uma das balizas da Reforma Psiquiátrica é a demanda de autonomia do sujeito, que ele consiga escolher de maneira singular, o que se enquadra como oposto a prática do tratamento que se dá a partir do enclausuramento. No Brasil, o movimento da reforma surgiu em um período marcado pelo descaso e pela escassez de investimentos na área de saúde mental, criando assim, condições históricas à crítica do modelo da psiquiatria clássica. Segundo Costa (2011, p. 20),

A proposta inicial era a de humanizar a atenção dentro do asilo; posteriormente, a mesma se radicalizou, pois as reivindicações passaram a clamar não mais pela reformulação do atendimento dentro do hospício, mas a defender a queda dos muros do hospital como condição necessária à transformação nos modos de abordar o problema da loucura.

Porém, as mudanças significativas surgiram apenas com a promulgação da Lei 10.216 (BRASIL, 2001) que objetiva assistência em saúde mental, dispendo proteção e direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental a partir de serviços substitutivos com o objetivo de, principalmente, não reproduzir as bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico. Dessa forma, iniciou-se um processo de substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental. É evidente, desse modo, que essas mudanças são marcadas, principalmente, pela responsabilização do Ministério da Saúde nestes movimentos, através de leis, portarias e regulamentações (LUIZ; BRUNIALTI; CHAUI-BERLINCK, 2015; PITIÁ; FUREGATO, 2009).

Inicia-se assim, segundo Palombini (2007) e Costa (2011), a construção dessa rede substitutiva, na qual podemos incluir os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas,

Centros de Convivência, oficinas de geração de renda e cooperativas de trabalho, oficinas de criação, leitos em hospitais gerais etc.

Essa política, malgrado as conjunturas que lhe são ora mais, ora menos adversas, tem-se sustentado do esforço de cada um dos que por ela militam, sejam gestores, trabalhadores ou usuários dos serviços de saúde mental, que vêm como inaceitáveis as condições de isolamento em que foi concebida nos seus primórdios, e perdeu durante séculos, uma terapêutica da loucura (PALOMBINI, 2007, p. 131).

Na década de 80, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (o CAPS Luiz Cerqueira), em São Paulo, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), ou seja, serviços alternativos ao modelo manicomial, tendo o primeiro os objetivos de, segundo Carniel (2008, p. 25), “[...] oferecer atendimento da área de abrangência do CAPS, realizar acompanhamento clínico e de reinserção social, por meio do trabalho, lazer, exercitar os direitos civis e fortalecer os laços familiares e comunitários”. Assim, o CAPS surge como uma grande aposta da política de saúde mental brasileira, seguindo os parâmetros propostos pela Reforma Psiquiátrica, com o propósito de evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e ofertar atendimento intensivo para os portadores de saúde mental. Além disso, o CAPS visa estimular o sujeito em projetos terapêuticos, auxiliando-o em sua busca por autonomia e no resgate das suas potencialidades, voltando, assim, a serem integrados na sociedade (CARNIEL, 2008; SANTOS, 2014).

A reestruturação da atenção em saúde mental a partir de promoções e reabilitação psicossocial constitui uma clínica ampliada a partir da implementação desses serviços substitutivos. A construção para uma clínica que considera a singularidade de cada sujeito tem como peça chave a estruturação de um plano terapêutico individual, no qual são consideradas as potencialidades e limitações de cada sujeito; podendo ser utilizado como metáfora um cais, um lugar de acolhimento, ancoragem, proporcionando o ir e vir (PALOMBINI et al, 2008).

Portanto, segundo Neto e Amarante (2013), a partir da proposta de Guattari, a atenção psicossocial encontra-se como um projeto ético-estético-político, no qual se busca a autonomia do sujeito em sofrimento psíquico, desenvolvendo sua cidadania,

sua participação política, integrando-o ao território. Assim, a atenção psicossocial se caracteriza como “[...] uma diretriz da reforma psiquiátrica brasileira e assume um papel preponderante no campo assistencial por nortear a construção de novas práticas e serviços em saúde mental” (NETO; AMARANTE, 2013, p. 965).

O início da inserção do modelo de atenção psicossocial no Brasil ocorreu a partir da plantação dos CAPS e NAPS, no qual a busca está voltada ao cuidado à loucura fora do âmbito asilar, integrando, para isso, diversos setores tais como da saúde, assistência social, educação, etc (NETO; AMARANTE, 2013). Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001, apud Neto e Amarante, 2013, p. 966), abordam a atenção psicossocial descrevendo-a através da seguinte matriz:

- 1) a integralidade das ações de cuidado no território, 2) horizontalização das relações profissionais e intrainstitucionais, 3) a construção de uma ética da autonomia e da singularização do indivíduo em sofrimento psíquico e 4) a implicação subjetiva desse indivíduo no cuidado territorializado.

De acordo com Pitiá e Furegato (2009, p. 68), a assistência em saúde mental tem como proposta a atenção descentralizada, interdisciplinar e intersetorial, vinculando “[...] o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e produção de vida, gerando transformações nas concepções e práticas de saúde mental, na organização dos serviços, na formação e na capacitação dos profissionais da área”. Os serviços e estratégias de promoção e proteção da saúde mental necessitam ser coordenados entre si e, também, articulados com outros serviços – segurança, educação, habitação e emprego.

Sendo assim, o movimento antipsiquiátrico defende a liberdade do sujeito dito louco de viver a sua loucura sem que isso seja sinônimo de depravação. O sujeito dito louco precisa ser aceito planamente e seu discurso necessita ser qualificado. Porém, sua condição humana é completamente desqualificada, assim como seu modo de agir e de compreender a realidade. O discurso do paciente acaba sendo invalidado pelas relações de poder do hospital. O conhecimento teórico deve servir ao clínico para orientar sua experiência clínica, mas o único conhecimento determinante é o que o paciente trás sobre seu sofrimento. Esse gesto de

valorização do que as pessoas dizem sobre si, é evidente que não é o médico que detém o poder de cura, mas o próprio sujeito (COELHO, 2007).

No decorrer do processo da Reforma Psiquiátrica, iniciaram as mudanças de paradigmas e das práticas em saúde mental, como consequências das estratégias de efetivação das políticas de desospitalização, a partir da implementação de uma rede assistencial em saúde mental. Assim, as decisões e ações terapêuticas deixam de ser exclusivas do médico e passam a ser responsabilidades de todos os profissionais que compõe a rede assistencial – enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc. Surge a necessidade de articular vários setores – equipe multiprofissional – e de criar alternativas de inserção dos sujeitos em sofrimento psíquico em seu meio social, possibilitando repensar a maneira como a loucura transita na sociedade. O sujeito em sofrimento psíquico passa a ter a possibilidade de passar por avaliações e atendimentos através de uma atenção mais singular e ética. Assim, é importante pensar que a democracia na saúde não está no tratar todos os sujeitos igualmente, mas em levar em consideração as especificidades e necessidades de cada um, particularmente (PITIÁ; FUREGATO, 2009; PITIÁ, 2013; DUARTE, 2015).

Porém, segundo Cabral (2005), tornou-se evidente que não bastava desospitalizar através de mudanças organizacionais, mas era preciso uma transformação nas formas de relação com a loucura, ponto que domina o processo de desinstitucionalização, que, de acordo com Roteli (2001 apud Cabral, 2005, p. 10)

[...] se funda na necessidade de reverter o modelo da atenção dispensado ao doente mental e que apresentava em primeiro passo a necessidade de começar a desmontar a relação problema/solução, até então utilizada para tratar da loucura. Como forma de renúncia à perseguição da normalidade plenamente estabelecida, desinstitucionalizar implica, então, desmontar a solução institucional existente no paradigma médico para remontar o problema da relação com a diferença que o louco apresenta. Para tanto, torna-se imprescindível envolver todos os atores no sistema de ação organizacional, com a perspectiva de transformar as relações de poder entre as estruturas de atendimento e os pacientes através dos próprios trabalhadores para depois envolver outros atores sociais.

A Reforma Psiquiátrica surgiu como um movimento que visa substituir os manicômios, a partir do momento em que, na época, eram observadas condições inumanas de tratamento e contenção. Porém, o processo de desinstitucionalização da loucura ainda está em curso e gerando grandes conflitos, pois apresenta dois lados: o discurso daqueles que acreditam que o hospital psiquiátrico deve ser mantido, mas de maneira mais humanizada e modernizada; e o discurso daqueles que lutam pelo fim dos manicômios, abolindo totalmente essa estrutura e investindo na rede substitutiva. Aqueles que acreditam que as instituições psiquiátricas devem ser mantidas, afirmam que o movimento da reforma é irresponsável, pois acaba “jogando” esses sujeitos nas ruas, a partir do momento que os serviços substitutivos não conseguem absorver o contingente de pacientes, nem oferecer tratamento apropriado (BAZHUNI, 2010; CABRAL, 2005).

No entanto, o argumento do movimento da reforma deixa claro que a proposta está para além da desospitalização, de discutir uma reestruturação da atenção em saúde mental, criticando fortemente o modelo da psiquiatria clássica que é ineficaz e segregador. Nesse processo de desinstitucionalização é que podemos encontrar a modalidade de intervenção de Acompanhamento Terapêutico, se caracterizando como uma importante ferramenta da Reforma Psiquiátrica, possibilitando ao sujeito dito louco a possibilidade de ocupar o espaço urbano. No contexto da reforma psiquiátrica, a cidade acabou por dominar o *setting* do tratamento de pessoas em sofrimento psíquico grave, colocando, assim, a clínica em questão (BAZHUNI, 2010; CABRAL, 2005; PALOMBINI, 2007).

Assim, a implementação da Reforma Psiquiátrica tornou o campo de saúde mental multiprofissional e heterogêneo, impulsionando um entrelaçado entre os diversos saberes e práticas, no qual podemos encontrar a psicanálise, que surge nesse contexto com a tentativa de colocar em questão a dominância da perspectiva hospitalocêntrica; ou seja, uma clínica que visa o sujeito. Portanto, a Reforma Psiquiátrica ao incluir, no âmbito de tratamento, não só o corpo discursivo e biológico, como o familiar e o social, acaba demonstrando a importância da psicanálise como fio condutor dessa investigação, um eixo teórico que orienta as ações dos diferentes saberes envolvidos no campo clínico, político e social (ROCHA, 2015; PALOMBINI et al, 2008).

O modelo de atenção psicossocial, segundo Pitiá e Furegato (2009), apresenta como estratégia o processo de reabilitação psicossocial, uma estratégia

global, múltipla, de solidariedade e ética, que busca auxiliar os sujeitos a lidarem com sua doença em meio ao seu cotidiano, seu meio social, aumentando seu nível de autonomia. Segundo Fiorati e Saeki (2006), as técnicas tradicionais de reabilitação levam o indivíduo a aceitar e reproduzir uma realidade que não é dele, mas que é imposta a ele como o que é aceitável para a sociedade. Por isso, há uma necessidade de quebrar com essa concepção que faz com que o sujeito busque uma autonomia apoiada numa normalidade produtiva.

Assim, o processo de reabilitação psicossocial busca restaurar ao máximo a autonomia do indivíduo no exercício de suas funções sociais. Os profissionais da saúde mental deixam de se ocupar apenas da doença e das prescrições medicamentosas, para se ocupar de sujeitos. “Passam a ocupar-se também do cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer e da organização de atividades conjuntas” (PITIÁ, FUREGATO, 2009, p. 68). Os profissionais realizam seu trabalho focando nas potencialidades do indivíduo, oferecendo suportes sociais adaptados à singularidade de cada sujeito (PITIÁ, FUREGATO, 2009).

Segundo Yaegashi (2013) os serviços de saúde mental que se baseiam na reabilitação psicossocial estão se diversificando cada vez mais nos procedimentos terapêuticos oferecidos aos sujeitos em sofrimento psíquico, sendo construídos projetos terapêuticos que incluem atividades que permitem singularizar esse cuidado, levando-o para além das instituições, tal como a prática do AT.

A construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que resgate a palavra e a participação social desses sujeitos torna-se um desafio, a partir do momento que a construção dessa rede não garante, por si só, a transformação de modos tradicionais de lidar com a loucura, “[...] uma vez que não se trata apenas de reformar a assistência através da criação social e administrativa de novas e necessárias formas de tratar o chamado ‘louco’, mas de contestar radicalmente a nossa relação com ele, enraizada em nossa cultura” (RINALDI, 2000, apud COSTA, 2011, p. 38).

É evidente que há uma imensa dificuldade de inserção no meio social, e, conseqüentemente, dos laços sociais, de pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave, e que, historicamente, vem sendo respondida com a prática asilar. Porém, apesar de todo o processo da Reforma Psiquiátrica, ainda há a necessidade de serem desconstruídas concepções manicomiais, que, muitas vezes, ainda

permanecem instaladas nas mentalidades dos próprios profissionais, influenciando a qualidade do atendimento prestado a esses sujeitos (COSTA, 2011; PITIÁ; FUREGATO, 2009).

Carniel (2008) vai nos trazer que a sociedade permanece vendo o sujeito em sofrimento psíquico de maneira preconceituosa e discriminada. Segundo a autora, isso acontece por ainda vivermos um momento em que o capital é mais valorizado que as relações afetivas. “No Brasil, preconceito e discriminação são partes de um processo histórico sociocultural, fruto da origem colonial, tão presentes no cotidiano brasileiro, e de forma tão arraigada, que lutar contra eles é quase como lutar contra nossos costumes, crenças, o jeito de ser” (CARNIEL, 2008, p. 17).

Portanto, é cabível pensar que o processo da Reforma Psiquiátrica ainda não encerrou, pois a retomada da lógica manicomial continua presente. A Reforma Psiquiátrica brasileira se apresenta ainda como um movimento em constante transformação, no qual se busca a viabilização da passagem do modelo assistencial da psiquiatria clássica para um modelo de atenção psicossocial, envolvendo campos associados à cultura, política, gestão, formação, clínica etc. (MACEDO, 2011; PALOMBINI, 2007).

### **3.2 O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) como serviço substitutivo**

Como abordado no item anterior, o serviço do CAPS surgiu a partir dos pressupostos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira, que buscaram novas formas de entendimento e de atendimento à loucura. Pode-se falar em um processo de questionamento, no qual propostas vêm sendo elaboradas para a transformação do modelo asilar. Esse processo necessita não apenas desenvolver serviços substitutivos, mas, além disso, fazer com que ocorram mudanças no paradigma de ações em saúde mental, transformando as representações que a loucura apresenta socialmente. Assim, atualmente, a rede de assistência em saúde mental assume um caráter contrário ao modelo hospitalocêntrico. Apenas uma organização em rede é capaz de abranger a complexidade da inclusão de pessoas

socialmente excluídas devido a sua condição (VASCONCELOS; MACHADO; MENDONÇA FILHO, 2013; MARQUES, 2013; NETO; AMARANTE, 2013). Os CAPSs ordenam essa rede, pois

[...] a rede deve se constituir a partir dos CAPSs, que ocuparão assim um lugar central [...] os CAPSs têm um papel paradoxal, pois devem fazer com que a rede se expanda para além do seu raio de atuação e, ao mesmo tempo, devem atrair para si a demanda de uma determinada área geográfica (MARQUES, 2013, p. 33).

O louco, devido a sua suposta incapacidade, não tem voz, e, conseqüentemente, precisa ser cuidado. A proposta do CAPS desde o seu surgimento é “[...] a ideia de que há um sujeito a ser tratado e não uma doença, colocando-o como protagonista (o sujeito) de seu tratamento, que é pessoa, particular e intransferível.” (RIBEIRO, 2009, p. 78). Desse modo, os CAPS surgiram com a noção de que existe um sujeito – paciente psiquiátrico – a ser tratado, pois ele não se reduz à doença, refletindo, assim, que a psiquiatria clássica está associada apenas a exclusão e cronificação. Ou seja, a ideia de sujeito está voltada a uma implicação política, tendo em vista que o louco é um sujeito, cidadão, que possui direitos. Nesse sentido, a ação psicossocial dos serviços substitutivos aponta para o limite entre o individual (clínica) e o coletivo (política) (RIBEIRO, 2009; MARQUES, 2013).

A Portaria nº 336/02, do Ministério da Saúde, aponta o CAPS como regulador da porta de entrada na saúde mental e de coordenador do cuidado na rede ao sujeito com transtorno mental severo e persistente. A proposta terapêutica está baseada em um modelo de não internação, no qual o cuidado é promovido a partir da atenção diária sem retirar o usuário de seu território. Assim, o Ministério da Saúde determina os serviços que devem ser prestados aos usuários do serviço, tais como o atendimento individual e grupal, atendimento por oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias que insiram o usuário em seu meio social, comunitário e familiar. A atenção e cuidado oferecidos no CAPS busca evitar as internações por acreditar que o modelo asilar de isolamento contribui para o agravamento da doença e leva a cronificação. Assim, os CAPS garantem um cuidado de base territorial, organizando as redes municipais de

atenção em saúde mental (BRASIL, 2002; CABRAL, 2005; VASCONCELOS; MACHADO; MENDONÇA FILHO; 2013).

Desse modo, os CAPS atendem pessoas com diagnóstico de neuroses graves ou psicoses, enfatizando o atendimento personalizado e proporcionando uma posição ativa do paciente ao seu tratamento. Os serviços oferecidos abrangem consultas, oficinas, atendimento aos familiares e hospital-dia. A equipe é composta por psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e técnicos de enfermagem. O plano terapêutico de cada sujeito é desenvolvido e atualizado através de reuniões com a equipe terapêutica que ocorrem semanalmente (CABRAL, 2005; RIBEIRO, 2009). Portanto, podemos perceber que é responsabilidade do CAPS:

a) prestar atendimento em regime de atenção diária, evitando internações em instituições fechadas; b) promover inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvem educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; c) organizar a rede de serviços de saúde extra-hospitalares do território com destaque para a importância da estratégia de intersetorialidade; d) regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; e) dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica; f) acolher e prestar cuidados às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004).

É evidente, desse modo, que o modelo CAPS deve sustentar propostas de tratamentos e suas singularidades, que se identifiquem com o território/região que ocupa, assim como uma postura ética bem definida pautada nos parâmetros da reforma psiquiátrica, ou seja, criar dispositivos para que o sujeito possa se territorializar. Assim, os CAPS propõem o desenvolvimento de um projeto terapêutico individualizado, tendo como objetivos o tratamento e a reabilitação psicossocial. Seu trabalho deve estar em harmonia com questões sociais presentes no cotidiano desses sujeitos (RIBEIRO, 2009; NETO; AMARANTE, 2013).

De acordo com Ribeiro (2009), o CAPS demanda uma disposição ao outro, ou seja, uma disponibilidade de escuta, reflexão, crítica e criação, uma condição de

escuta permanente e de questionamento de como o usuário se torna ator principal do seu tratamento. A clínica exercida no CAPS é de alta complexidade em suas dimensões éticas, pois há “[...] a possibilidade de sustentar a constituição do espaço de tratamento como um lugar no qual um sujeito singular pode vir a existir.” (RIBEIRO, 2009, p. 80). Portanto, Santos (2014, p. 150) aponta que o CAPS se enquadra em um modelo de atendimento que permanece em constante evolução e sua ambiência refere-se

[...] a todo ambiente terapêutico que é criado a partir da convivência entre usuários e técnicos, o que extrapola meramente as atividades propostas. Assim, entende-se que tudo que acontece num CAPS pode ser interpretado como terapêutico, sejam as atividades específicas ou o simples transitar por lá, já que é um meio acolhedor, um ambiente terapêutico, habitado, ocupado e marcado por todos aqueles que ali convivem, tanto os usuários como funcionários.

Portanto, segundo Ribeiro (2009) e Santos (2014), pode-se dizer que tudo o que ocorre no CAPS é considerado terapêutico, independente das atividades desenvolvidas, ou em apenas estar lá, inserido num ambiente terapêutico e acolhedor. Porém, diante disso, Neto e Amarante (2013) trazem o seguinte questionamento: o CAPS tem realmente funcionado dessa forma? Os autores pontuam que apesar da proposta que encontramos prevista em leis, ainda há predominância do modelo biomédico dentro dos CAPS, assim como uma não responsabilização pelo usuário dentro da rede. Tais questões permitem a produção de novas cronicidades aos usuários. É evidente, assim, que o modelo manicomial ainda não foi totalmente superado.

[...] no funcionamento de muitos CAPS, observa-se um modo de funcionamento centrado no trabalho individualizado de diferentes técnicos, com pouca inserção no território [...] em alguns casos, as atividades e as oficinas se tornam tarefas rotineiras em que não se permite a criação de novas estratégias de cuidado, tornando-se dispositivos de ocupação do tempo (NETO; AMARANTE, 2013).

O fenômeno de institucionalização do usuário produzida nos CAPS é abordado por Neto e Amarante (2013) e por Carniel (2008), no qual o tema é caracterizado como polêmico, pois remete à produção de novas cronicidades que são expressas na retenção de usuários, em modos de gestão resistentes em operar fora dos serviços e nas portas de saída e circulação na rede.

[...] novas instituições surgidas, com o intuito de ressocializar os portadores de transtornos mentais [...] como CAPS [...] necessitam de apoio e incentivo que tornem possível tal transformação. Já são notados indícios de sucateamento nesses espaços, o que pode, se não tomadas providências cabíveis, degenerá-los à condição de novos “depósito de loucos”, ou à grande reprodução do antigo hospital psiquiátrico tradicional (CARNIEL, 2008, p. 92).

Assim, apesar de ser um dispositivo com propostas ideais para os sujeitos em sofrimento psíquico grave, o CAPS ainda se encontra em graves dificuldades para oferecer esse cuidado proposto. Apesar de promoverem melhoria na rede, ainda não conseguem contemplar a intersetorialidade. Passa a ser observada a necessidade de construir novos dispositivos para lidar com essas questões. Assim, de acordo com Ribeiro (2009), surge a possibilidade do trabalho com o AT na rede assistencial em saúde mental, pois se torna evidente que o que sustenta o trabalho no CAPS se aproxima com o que sustenta a clínica do Acompanhamento Terapêutico.

Desse modo, fica evidente que a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, mostrou avanços no que diz respeito a propostas assistenciais dos serviços públicos de saúde mental no atendimento ao público adulto. Porém, em relação ao público infantojuvenil, como já dito anteriormente, a situação é oposta, pois “o que se presencia é uma dívida histórica [...] referente a uma não responsabilização estatal, durante um longo período, pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico [...]” (ROCHA, 2015, p. 30). É evidente, no Brasil, a negligência do Estado em relação à assistência à saúde mental de crianças, pois fala-se pouco em promoção de saúde mental e prevenção. Sendo assim, o público infantojuvenil em sofrimento psíquico se encontra em risco, pois o tratamento se mostra ausente e inadequado, ocorrendo, conseqüentemente, o rompimento de seus laços sociais

(ROCHA, 2015; ASSIS, et al, 2009; PARRA, 2009). Esse panorama se deve a uma série de fatores, tais quais:

[...] a diversidade das questões relacionadas à saúde mental na infância e na adolescência, que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento até o uso abusivo de substâncias; o fato de ser ainda recente a sistematização do conhecimento acerca da frequência, dos prejuízos funcionais, e, também, das conseqüências, na vida adulta, associadas ao sofrimento psíquico na infância e na adolescência; a inexistência, até recentemente, de uma comprovação da eficácia dos tratamentos propostos a esse público específico; e, ainda, a própria particularidade do cuidado que se requer, já que a atenção a crianças e adolescentes envolve a participação, em conjunto, de vários setores autônomos em relação à saúde mental – como saúde geral, educação, assistência social e justiça (ROCHA, 2015, p. 31).

Todos esses fatores acarretaram na falta de diretrizes públicas e éticas para a implantação de uma rede assistencial que correspondesse às necessidades específicas da infância e da adolescência. No país, parte da assistência e cuidados em saúde mental está “[...] voltado para o controle da infância e adolescência internada ou abrigada, especialmente através da prescrição medicamentosa ou da institucionalização” (ASSIS, et al, 2009, 357). As práticas de exclusão as quais essas crianças e jovens estão sujeitos ocorrem de forma ampla e variada, pois os mesmos estão fora da escola e do mercado de trabalho, frequentemente vivendo em situação de abandono familiar. A internação e reinternação desses usuários é frequente, pois quando os mesmos voltam ao meio familiar ou para abrigos, a situação de exclusão não se modifica. Assim, historicamente, a atenção ao público infantojuvenil permaneceu a cargo dos setores educacional e jurídico, pois o foco parecia estar associado a questões ligadas a infância e a adolescência em perigo ou perigosas. Essas crianças e adolescentes acabam sendo tomadas como desviantes dos padrões ideais estabelecidos pela sociedade (ROCHA, 2015; SILVA et al, 2008).

Assim, durante muito tempo, não houve preocupação em pensar propostas para um programa assistencial específico para esse público. Essa assistência encontra-se cada vez mais voltada a criação de dispositivos pedagógicos, que apresentam como objetivo o controle dessas condutas desviantes.

Consequentemente, esse modelo de assistência leva a uma forte tendência à institucionalização e à medicalização, o oposto dos pressupostos da reforma psiquiátrica (ROCHA, 2015).

No início do século XX se propagou a importância da assistência a esse público, mas, ao mesmo tempo, também houve a formação de medidas baseadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, expandindo, assim, as instituições fechadas e com forte componente tutelar voltadas a esse público, os “abrigos para deficientes”, que, para a autora, “[...] não passavam de verdadeiros asilos à margem do sistema formal de saúde mental” (ROCHA, 2015, p. 34). Essas instituições permaneceram, por muito tempo, como única opção de atendimento destinada a esse público. Consequentemente surge um quadro de desassistência, abandono e exclusão (ROCHA, 2015; PARRA, 2009).

Com influência do movimento da Reforma Psiquiátrica, surge uma urgência para mudar o rumo dessa história, pois havia necessidade de consolidar um novo modelo de assistência a crianças e adolescentes, criando estratégias para incluí-los em seu meio social, com suas diferenças. Assim, houve a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado pela lei nº. 8.069 em 13 de julho de 1990, que legisla sobre o que foi determinado na Constituição Federal sobre a infância e adolescência e seus direitos a proteção integral, direitos fundamentais, direito a educação, além de assegurar “[...] atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990). Após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os esforços para a implementação e consolidação de uma rede de atenção à infância e à adolescência tiveram resultados mais significativos, embora ainda exista a necessidade de avanço. Rocha (2015, p. 34) destaca a *Portaria MS 336/02* que aponta

[...] orientações políticas destinadas, especificamente, à assistência em saúde mental infantil e juvenil, definindo, dentre outros, as atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi, que devem ter, como uma de suas prioridades de ação, a desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados.

Desse modo, atualmente, esses dispositivos representam um dos mais importantes pilares para a atenção e assistência à saúde mental infantojuvenil. Se faz necessária, assim, a criação de uma nova perspectiva que incorporasse o cuidado integral e integrado de crianças e adolescentes, a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do ECA, que apresentem um caráter intersetorial e inclusivo,

[...] por meio da construção e do fortalecimento de espaços coletivos que assegurem a interlocução com a educação, com os conselhos tutelares, com o juizado, com a promotoria, com os conselhos municipais de saúde, dentre outros, que sejam de base territorial; e que estejam de acordo com a realidade sociocultural de cada município (ROCHA, 2015, p. 35).

Diante disso, cabe refletir se o AT possui potencialidades ao ser pensado como estratégia de atenção psicossocial oferecida a crianças e adolescentes nos CAPSi, o que será abordado mais adiante. A construção de dispositivos, como o AT, possibilita que essas crianças e adolescentes sejam vistos como sujeitos, pois ao se abrir espaço para a escuta, ocorre um reconhecimento do sofrimento psíquico da criança ou do adolescente. Porém, essa prática não é freqüente nesse campo, que é cada vez mais caracterizado por uma leitura moral em que o outro é quem fala sobre um sujeito, ou seja, não é oferecida uma escuta (ROCHA, 2015).

Nesse sentido, é importante considerar algumas especificidades inerentes ao público infantojuvenil. Essas especificidades encontram-se na presença da família, que, com esse público, se torna necessária, pois legalmente e psicologicamente a criança é dependente dos pais ou representantes. A partir do momento em que é oferecido aos responsáveis pela criança um espaço para falar dela, e, conseqüentemente, de si mesmos, “[...] o sintoma que a criança carrega pode acabar por desvelar uma verdade até então encoberta, que retorna aos pais ou representantes, livrando-a do sintoma que lhe é, até certo ponto, alheio” (ROCHA, 2015, p. 37). Dessa forma, os responsáveis pela criança devem ser envolvidos no processo de atenção e assistência, situando esses responsáveis como sujeitos da demanda também, pois muitas vezes, o motivo que os leva a procurar esses serviços é o sofrimento desses pais e representantes, e não os da própria criança (ROCHA, 2015).

Além dessa especificidade, há também a necessidade de intervir junto a outras instituições, como, por exemplo, a escola. É extremamente importante que o trabalho seja realizado em parceria com outros equipamentos em que as crianças circulam: a cultura, a educação, o esporte, entre outros. As ações devem ser pensadas em conjunto com outros saberes, como, a pediatria e a pedagogia; auxiliando, assim, na criação de estratégias inclusivas (ROCHA, 2015). A importância do trabalho em conjunto entre rede assistencial e instituições, como a escola, será abordada mais adiante.

### **3.3 O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial infantojuvenil**

O trabalho do AT produz efeitos próximos ao início de uma mudança cultural, fazendo com que a população perceba que aquela pessoa dita como “louca” possa ser vista como capaz de outras produções, incluindo-a de novas maneiras na comunidade. Essas transformações beneficiam não apenas os usuários acompanhados, mas também seus acompanhantes e a comunidade em que estão inseridos (PALOMBINI et al, 2008).

Assim, o AT, ao buscar a intervenção em espaços públicos como a rua, a casa do acompanhado, ou seu local de trabalho, acaba criando possibilidades substitutivas à internação. Esse deslocamento apresenta grande importância, pois permite ao acompanhado “[...] sentir-se novamente integrando um mundo social, através da convivência com a equipe de AT, com familiares e seus pares, exercendo seu direito à cidadania ou ainda expressando a loucura de modo protegido sem restrição de espaço [...]” (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009, p. 208).

Nesse sentido, se faz importante pensar no AT como colaborador direto dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, pois o mesmo considera o espaço público como uma extensão do campo de tratamento desses indivíduos, propiciando ao sujeito em sofrimento psíquico um lugar ético essencial, para que o mesmo possa se reinserir na sociedade. Assim, o AT visa a desconstrução das práticas tradicionais

de tratamento, substituindo-as por uma rede de serviços que propõe a circulação dos ditos “loucos” na cidade (SANTOS, 2014; PALOMBINI et al, 2008).

Assim, a rede substitutiva pode usufruir do AT, pois o mesmo circula de um equipamento a outro “[...] promovendo o fluxo (oxigenação) das instituições, servindo de ponte entre o usuário, os demais serviços e espaços da cidade, auxiliando-o sempre que possível no processo de ressignificação social” (CABRAL, 2005, p. 3). Portanto, o AT incorpora processos desinstitucionalizantes à clausura da loucura e abre possibilidades aos sujeitos que já eram considerados perdidos pela sociedade (CABRAL, 2005).

Desse modo, ao visar a desospitalização e a reinserção social do sujeito, segundo Palombini et al (2008), Cabral (2005) e Santos (2014), o AT se enquadra como um excelente dispositivo da Reforma Psiquiátrica,

[...] uma vez que o dispositivo promove uma ruptura com algo que já estava cristalizado e naturalizado como, por exemplo, ser psicótico [...] Através da ruptura promovida pelo dispositivo, é possível ao sujeito (ou aos sujeitos) sair do seu lugar identitário, do seu estereótipo e ocupar um outro lugar possível no mundo social, na relação com os outros (CABRAL, 2005, p. 102).

Essa posição privilegiada de utilização do espaço público permite que o AT seja, de fato, um dispositivo clínico e político de possíveis mudanças para a história da reforma psiquiátrica brasileira, principalmente no que diz respeito à tarefa difícil de conviver com a diferença. O AT pode se caracterizar, assim, como uma ferramenta essencial ao processo de desinstitucionalização indicado pelo Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial (CABRAL, 2005; MARQUES, 2013; REIS NETO; PINTO; OLIVEIRA, 2011).

Assim, é evidente que o trabalho realizado pelo AT encontra-se também alinhado à lógica da atenção psicossocial, se enquadrando como um dispositivo clínico que busca aproximar o sujeito do meio social, utilizando como espaço clínico as ruas. Desse modo, além do AT se constituir como uma modalidade clínica, também se apresenta como um articulador da rede de atenção psicossocial. É evidente que é extremamente importante um cuidado mais individualizado, que se pense em novas formas de assistência e de inserção social, evitando o modelo

manicomial. Nesse contexto, o AT surge como uma proposta que pode auxiliar em algumas dessas dificuldades, a partir de ações que busquem resgatar a cidadania através das vivências compartilhadas nas práticas cotidianas. A atuação passa a ser realizada dentro do cotidiano do sujeito, nos seus espaços de convivência. Ou seja, as ações do AT têm papel determinante no processo de promoção da saúde e de atenção psicossocial (NETO; AMARANTE, 2013; FAIZIBAIOFF, 2016).

Para Pitiá (2013), pensar a prática do AT no âmbito da atenção psicossocial é caracterizá-la especificamente como interdisciplinar. Portanto, o resgate da cidadania apresenta também extrema importância na atenção psicossocial, descentralizando a ideia de tratamento no sentido medicamentoso. A prática do AT possibilita que a ação dos profissionais de saúde aconteça também fora do *setting* institucional, sem que esse espaço seja o único para o atendimento.

[...] entende-se que a busca pela integração em rede interdisciplinar, através da ação do diálogo do at com os demais profissionais de saúde, se por um lado é um processo difícil e um desafio a ser alcançado, de outro, agrega valor ao atendimento AT, imprimindo qualidade ao papel do terapeuta at como trabalhador em saúde e possibilitando o enriquecimento das tramas sociais com o sujeito acompanhado, que pode contar com a participação do at no seu esforço em ser, muitas vezes, um porta-voz da complexidade social e singularidade do seu acompanhado (PITIÁ, 2013, p. 79).

É nesse contexto de atenção psicossocial que a prática do AT pode se inserir como “[...] um instrumento de ação terapêutica que considera o portador de transtornos mentais em seu contexto sócio-histórico-psíquico-biológico e cultural, com vistas a contribuir com o processo de inclusão das diferenças, do bizarro, das dificuldades humanas” (PITIÁ; FUREGATO, 2009, p. 71). Segundo Gruska e Dimenstein (2015), o cuidado em saúde mental está relacionado à dependência entre o aumento do grau de autonomia, o funcionamento psicossocial e a integração comunitária. Os autores consideram que o AT pode contribuir “[...] para a expansão do modelo psicossocial de cuidado e para a consolidação dos direitos e garantias dos usuários com transtornos mentais, em especial no que tange a assistência e suporte social” (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015, p. 103). Essa associação se dá a

partir da perspectiva de reabilitação que objetiva ampliar a integração social, a circulação pelo espaço público, e o sentido de pertencimento à comunidade.

Pode-se pensar, assim, que o AT se enquadra como um procedimento técnico com o objetivo de criar uma rede de tratamento para determinado caso, sendo compreendido como uma estratégia importante para a instalação de dispositivos de tratamento, construindo uma rede. Desse modo, o AT pode se alegar como uma modalidade clínico-política de atenção na rede pública de saúde mental, estando em consonância com a estrutura e função dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (BAZHUNI, 2010).

Assim, é possível também pensar que o AT se aproxima do CAPS a partir do momento em que ambos sustentam a ideia de um atendimento singularizado, considerando as necessidades de cada usuário. Versatilidade, mobilidade, improvisado e imprevistos fazem parte do dia-a-dia da prática do AT. O acompanhante funciona como referência para a construção do percurso pessoal do usuário em relação à cidade ou à vida. Porém, para viver essas experiências de autonomia é necessário que haja lugares para isso, ou seja, lugares não-institucionalizados. O AT ao sustentar o lugar de referência também sustenta o movimento singular do usuário, auxiliando-o a construção de um local próprio (RIBEIRO, 2009).

A partir do momento em que o at estabelece um vínculo e oferece uma escuta ao sujeito acompanhado, torna sua atividade terapêutica. Por isso, assim como pela sua interdisciplinaridade que “[...] é marca característica da ação terapêutica contemporânea, promotora do processo de inclusão social de sujeitos em dificuldades psicossociais” (PITIÁ; FUREGATO, 2009, p. 74), o AT articulado ao CAPS, dentro dos serviços públicos, é possível, podendo se enquadrar como uma estratégia a mais em serviços substitutivos. Atualmente, os equipamentos coletivos de saúde mental, como os CAPS, exigem atenção a seus usuários, uma escuta diferenciada e um trabalho terapêutico multiprofissional. Por isso, nesse contexto, é esperada a presença do AT (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009; REIS NETO; PINTO; OLIVEIRA, 2011; PITIÁ; FUREGATO, 2009).

Na prática, segundo Cabral (2005), a introdução do AT nos CAPS deveu-se à constatação de que alguns sujeitos não se beneficiavam das formas de tratamento instituídas e era preciso diversificar a forma de atenção para atingi-los. Nesse sentido, o AT traz o fora para dentro do serviço, “[...] abrindo brechas que o auxiliam a não se tornar totalizante para o usuário. Isso é conseguido justamente porque o

AT permite interlocuções entre a vida cotidiana do usuário, o serviço e a cidade tirando desses encontros sua potência terapêutica” (CABRAL, 2005, p. 39). Apesar da mera circulação não ser garantia de inserção social, o at vai servir de sustentação para o sujeito em suas experiências, reconhecendo que ali há um sujeito de desejo.

Como já abordamos, a interdisciplinaridade está bastante presente na prática do AT, no qual pode se integrar como estratégia clínica a mais em serviços como o CAPS. Porém, a presença de ats na rede de serviços públicos, incluindo o CAPS, é algo recente. “A união entre eles se fortalece, motivada pela falta de parcerias com instituições de formação de acompanhantes terapêuticos ou com profissionais autônomos” (YAEGASHI, 2013, p. 30). Os serviços públicos apresentam certa impossibilidade de contratação de ats, e por isso não há disponibilização da prática nesses serviços, sem perder de vista, também, que a Reforma Psiquiátrica ainda se encontra em consolidação, portanto, ainda não são reconhecidos os praticantes dessa atividade como profissionais que fazem parte da rede. O AT não é citado na legislação brasileira, apesar de já ter sido citado na Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, em que incluiu o pagamento de at entre os profissionais dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, NAPS e CAPS; porém, posteriormente, na Portaria SNAS n.º 224 de 29 de janeiro de 1992, o termo “Acompanhamento Terapêutico” some, dando espaço para linhas mais gerais de procedimentos, uma diversidade de métodos e técnicas terapêuticas (YAEGASHI, 2013; BRASIL, 2004).

A Portaria 224 também não especifica os tipos de intervenções que podem ser realizadas no CAPS, enfoca, apenas, atividades comunitárias que tenha como objetivo a integração do sujeito em sofrimento psíquico na comunidade, ou seja, sua inserção social. Desse modo, há uma contradição nesse contexto, tendo em vista que apesar de as diretrizes orientarem ações territoriais, intersetoriais, articulando serviços, a prática do AT não está incluída nos quadros da Reforma Psiquiátrica, nos serviços públicos de saúde mental. O AT na rede pública, especificamente nos CAPS, aparece mais, na literatura, como iniciativa local, através de parcerias de estágios supervisionados com instituições privadas (BRASIL, 2004; MARINHO, 2009).

Porém, alguns autores trazem que o AT vem ocupando alguns serviços da rede pública, especificamente nos CAPS, sendo vista cada vez mais uma maior presença e importância dada à prática, como, por exemplo, a criação do cargo de at

em alguns municípios. Entretanto, estruturalmente, os serviços públicos não dispõem do AT pela impossibilidade de contratação destes profissionais (ROCHA, 2015; NOGUEIRA, 2007; MARINHO, 2009). Como dito anteriormente, o at ainda não é reconhecido entre os profissionais que compõem a equipe de saúde,

[...] o que resulta na passagem temporária de estagiários acompanhantes nos serviços, afetando negativamente o trabalho do acompanhamento com o usuário, condição reforçada pela impossibilidade financeira de custeio dos honorários de acompanhantes particulares, por parte dos usuários, entre outras (MARINHO, 2009, p. 9).

Assim, é evidente que o AT, como dispositivo e articulador da rede de atenção psicossocial, ainda vivencia dificuldades em articular, manter e estar em rede (FAIZIBAIOFF, 2016). Porém, pensando em sua prática, dentro do CAPS, o at pode atuar em diferentes setores e espaços, promovendo a facilitação, a integração e a construção, junto ao usuário, do seu cotidiano e das novas redes sociais. “Esse profissional pode atuar como um dispositivo estratégico aos objetivos da atenção psicossocial da inclusão do usuário e de ressignificação de suas ações dentro de seus espaços de convivência, com desenvolvimento de autonomia e de implicação subjetiva” (NETO; AMARANTE, 2013, p. 972).

É também notória a necessidade do trabalho a partir de uma abordagem multidisciplinar, permitindo, assim, ações de saúde integradoras do sujeito/usuário, além de favorecer uma visão expandida aos profissionais envolvidos, “[...] para que estes possam trabalhar considerando a complexidade do sujeito atendido e sua biodiversidade” (PITIÁ, 2013, p. 74). Portanto, o trabalho do AT praticamente se dá através de uma equipe de profissionais, na qual diferentes especialistas trabalham em conjunto com o objetivo de atender a essas demandas. Ou seja, o território da intervenção é de uma equipe e não do at isoladamente. Nesse sentido, cabe ao at transmitir a informação para os demais colegas que compõe a equipe terapêutica. Porém, é evidente que há inúmeras críticas com relação a esse trabalho, pois o mesmo acaba não ocorrendo da forma desejada; não há comunicação entre os profissionais, nem integração entre as especialidades. Talvez o excesso de profissionais envolvidos diretamente no tratamento pode não ter o efeito esperado,

podendo levar o sujeito a uma overdose de diagnósticos e diretrizes de tratamento (PITIÁ, 2013; CABRAL, 2005).

Desse modo, quando os ats são incluídos em equipes multiprofissionais, eles descrevem dificuldade em assumir a função de articular as demandas existentes entre a família, a equipe e o paciente. Os ats também passam por dificuldades “[...] ao tentar ora aplacar, ora problematizar as demandas institucionais [...] isso quando não nos vemos capturados pela burocracia [...]” (FAIZIBAIOFF, 2016, p. 48). Nesses casos, são necessárias reuniões constantes entre os membros envolvidos na equipe para discussão dos casos, reformulação do projeto terapêutico, e para que os envolvidos possam falar sobre seus limites nessa prática (FAIZIBAIOFF, 2016).

Porém, é importante evidenciar também a importância dessa prática fazer parte de um campo aberto, incluindo vários profissionais, o que, ao mesmo tempo, é bastante benéfico para a prática, pois contribui para os casos. O AT, ao apostar no trabalho em rede, acaba intermediando a comunicação entre os demais profissionais, propondo reuniões para discussões dos casos, lidando com o problema de maneira plural, envolvendo os diversos saberes das várias especialidades que fazem parte da assistência em saúde mental (ALVARENGA, 2006; MARINHO, 2009; PITIÁ, 2013).

O contexto asilar tende a produzir nos sujeitos graves danos cognitivos em virtude “[...] do prolongado isolamento social, dos efeitos iatrogênicos dos psicofármacos consumidos, dos agravos provocados pela exposição crônica e duradoura ao ambiente asilar, da opressão física e psíquica do tratamento manicomial [...]” (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015, p. 114). Tais pontos afetam diretamente a autonomia do sujeito, como a capacidade para se locomover, de fazer compras, ou seja, atividades diárias que acabam se perdendo no espaço asilar. Como ats, busca-se trabalhar junto aos acompanhados uma série de habilidades que variam entre mais simples e mais complexas. O at proporciona um suporte temporário, permitindo a evolução progressiva das possibilidades de desenvolvimento do sujeito. Porém, junto a cada sujeito, é necessário elaborar um programa individualizado, que leve em consideração as singularidades de cada um, articulando seus interesses, recursos e limitações (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015).

O projeto terapêutico deve ter como base o cotidiano do paciente, no qual o at deve envolver-se e participar ativamente do universo familiar e social do sujeito em sofrimento psíquico, fazendo com que o mesmo se distancie da realidade

institucional. Assim, a formulação do projeto terapêutico no âmbito institucional, encontra-se entre o coletivo e o singular, pois a concepção institucional do AT como dispositivo de tratamento exige uma problematização da sua pertinência em cada caso clínico, “[...] é sob a transferência, na escuta analítica que se pode pensar em qual momento subjetivo o paciente psicótico se encontra e, daí, avaliar a pertinência de uma indicação de AT” (HERMANN, 2008, p. 160). Assim, o planejamento necessita ser bem estruturado e atento ao ambiente e recursos que serão utilizados, “As atividades propostas devem ser pertinentes à realidade do local escolhido e podem ser adaptadas a unidades de assistência fechadas [...] como nos [...] Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)” (YAEGASHI, 2013, p. 16). Entende-se, assim, que a experiência do AT em rede articula diversos saberes e serviços, a partir da singularidade de cada caso, pois é esse singular que orienta a direção e o modo da prática (SANTOS, 2013; HERMANN, 2008; YAEGASHI, 2013; PALOMBINI, 2007).

Yaegashi (2013) traz um breve relato sobre o AT realizado dentro de um CAPS, no qual

As atividades foram planejadas previamente com a paciente participante e com a equipe do CAPS II. Atuei junto à paciente por um mês, duas vezes por semana, nos mais diferentes horários de acordo com a atividade planejada. Na avaliação da paciente, a atividade de AT ajudou-a na reaproximação dos familiares e no melhor convívio com eles. Na opinião da equipe, a paciente teve um ganho significativo, apesar dos poucos encontros (YAEGASHI, 2013, p. 14).

Desse modo, nesse novo modelo de cuidado, o sujeito tem à sua disposição equipes multidisciplinares para elaboração do plano terapêutico, sendo que o próprio sujeito tem papel ativo nesse plano. Assim, a Reforma Psiquiátrica apresenta uma nova forma de dar assistência ao sujeito em sofrimento psíquico grave, eliminando a prática do internamento e propondo uma substituição desse modelo a partir da criação de uma rede de serviços de atenção psicossocial. Desse modo, é perceptível que a Reforma Psiquiátrica tem como base a reabilitação psicossocial e a reintegração desse sujeito, passando por modalidades terapêuticas não tradicionais como o AT (CARNIEL, 2008).

Segundo Pitiá (2013), a função de at, exercida por profissionais de saúde capacitados para tal prática, necessita do tripé: formação, supervisão e terapia

peçoal. A intenção das supervisões, segundo Silva (2013), é a de que a transversalidade seja potencializada, ou seja, que vários pontos de vista sejam levantados e discutidos, aumentando o grau de comunicação entre os ats e a própria equipe multidisciplinar do serviço, como o CAPS.

Quando os usuários desses serviços retornam para o convívio social, acabam enfrentando um impacto que a sociedade e a cultura produzem na sua saúde. O AT se coloca frente a essas questões, apresentando situações e oportunidades em que possa ser discutido o tema da loucura em espaços públicos, para além do CAPS. Por isso, o AT “[...] parece apresentar-se como uma estratégia clínico-política agenciadora, uma clínica do contágio, que (se) movimenta na cidade e a cidade” (VASCONCELOS; MACHADO; MENDONÇA FILHO, 2013, p. 106). Portanto, é necessário pensar que o simples fato de estar na rua, na cidade, não dá conta necessariamente da inclusão no meio social, “é diferente estar fora do hospital e estabelecer efetivamente pontos de contato na vida fora do espaço manicomial” (COSTA, 2011, p. 36). O espaço social muitas vezes demonstra ser pouco receptivo à diferença, sendo necessárias estratégias que considerem a loucura, podendo escutá-la e acompanhá-la (VASCONCELOS; MACHADO; MENDONÇA FILHO, 2013; COSTA, 2011).

Porém, ao pensar no trabalho exercido no CAPS, Vasconcelos, Machado e Mendonça Filho (2013) abordam a possibilidade de institucionalização do mesmo, ao afirmar que a institucionalidade necessária pode se transformar em institucionalização cronificada e cronificadora, reproduzindo o modelo asilar que se busca fugir. Rodrigues (2009, apud Vasconcelos, Machado e Mendonça Filho, 2013, p. 97), afirma que a desinstitucionalização implica não simplesmente na desospitalização, mas em “[...] uma transformação radical, nos âmbitos epistemológicos, teórico, cultural, jurídico e da ação cotidiana, relativas aos modos de pensar, perceber, viver, sentir a loucura e com a loucura”. Nesse contexto, os autores trazem o questionamento: como se conformar com um novo que já nasce velho? Como resistir e criar? Analisar o modo de compreender e fazer clínica faz com que seja necessário discutir estratégias de clínica na rua, em que o sujeito em sofrimento psíquico grave possa circular pelos espaços públicos, proporcionando, assim, outros modos de viver a e com a diferença.

O nascimento do que é denominado “clínica” se dá através dos hospitais psiquiátricos, dos reformatórios, ou seja, através das instituições que foram criadas

para disciplinar os sujeitos, reeducando-os, tratando-os e adestrando-os. É seguindo essa linha que maioria dos profissionais da área da saúde tenta empregar a palavra “cuidado”, “[...] articulando e subsumindo o objetivo de promover saúde à promoção do ajustamento social; de incluir ao de adaptar, normalizar, tornar igual” (VASCONCELOS; MACHADO; MENDONÇA FILHO, 2013, p. 99). Assim, os autores trazem o questionamento: como pensar e fazer uma prática clínica coerente com a ideia “por uma sociedade sem manicômios”? A estratégia do AT se enquadra como um dispositivo que funciona em rede e produz redes. “Sair, pensar saídas, inventar uma saída, experimentar uma clínica das saídas, dos escapes, um pensar-fazendo, um fazer-pensando, uma forma de conhecer encarnada, implicada, corporificada, um trabalho terapêutico que promova exposição à vida, expandido-a” (VASCONCELOS; MACHADO; MENDONÇA FILHO, 2013, p. 99). A clínica do AT retira o foco da doença e se abre para uma variedade de ambientes, de pessoas, tudo aquilo que compõe a cidade. Os dispositivos que focam nas experiências de circulação pela cidade são os melhores dispositivos de tratamento, são espaços de cuidado, de produção de vida e de autonomia (VASCONCELOS; MACHADO; MENDONÇA FILHO, 2013).

Marinho (2009) aponta que o sentido do AT pode ser pensado pela equipe que compõe o CAPS como um dispositivo de expansão dos lugares de pertencimento do sujeito. Nesse sentido, o serviço ocupa um lugar estratégico de fortalecimento e ampliação dos laços sociais, “[...] o CAPS e o AT alinham-se como *dispositivos* produtores de mudanças e experimentações, e produzem interferências na dinâmica familiar [...]” (MARINHO, 2009, p. 70, grifo do autor). De acordo com Marques (2013), o CAPS necessita, através da sua equipe, de um esforço constante em direção ao território. Ou seja, o CAPS precisa auxiliar na construção desse território, que pode ser tanto geográfico quanto existencial. Assim, o AT se caracteriza como uma ferramenta essencial ao processo de desinstitucionalização indicado pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial.

Esses espaços cotidianos podem oferecer à criança portadora de sofrimento psíquico grave, por exemplo, a busca por um referencial de existência. Essas experiências fora do ambiente asilar se configuram como um interessante meio de tratamento, se caracterizando como uma via alternativa ao processo de institucionalização (COELHO, 2007). Desse modo, Yaegashi (2013) aponta que o AT vem se mostrando um recurso eficaz, ao proporcionar ganhos importantes para o

dia-a-dia do sujeito em sofrimento psíquico. “A atividade altera benéficamente não só a rotina do paciente, mas inclui todos que o cercam, desde familiares, vizinhos, equipe de saúde e o público em geral” (YAEGASHI, 2013, p. 58). A prática do AT, se bem desenvolvida, pode vir a ser uma das mais importantes ferramentas da reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento psíquico. Porém, a indefinição e a falta de formalização do AT dificultam o exercício desse trabalho.

#### 4. CONTRIBUIÇÕES DE WINNICOTT À CLÍNICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Donald Woods Winnicott – pediatra, psiquiatra infantil e psicanalista –, realizou efetivas contribuições à psicanálise. O mesmo percebia a psicanálise como uma ciência com potencial para se desenvolver. Seus estudos focaram na relação mãe-bebê, na criatividade, nos fenômenos transicionais e na teoria do amadurecimento pessoal. Ao trabalhar com pacientes que sofriam de psicose, desenvolveu sua teoria e técnica, propondo um manejo intimamente relacionado ao ambiente. Assim, o paciente poderia vivenciar uma maternagem suficientemente boa que não foi vivenciada nos momentos iniciais de sua vida. Desse modo, Winnicott também enfatizou a importância das instituições, inclusive o espaço escolar, reconhecendo que os mesmos surgem para complementar o papel dos pais, promovendo condições para o desenvolvimento do sujeito. Por esses motivos, a psicanálise de Winnicott apresenta grande relevância para as práticas institucionais, contribuindo, principalmente, para pensar acerca da atenção psicossocial (ARAÚJO, 2007).

Porém, é possível também reconhecer formas de atuação fundamentadas na psicanálise nos âmbitos ambulatoriais e institucionais apoiadas nas sugestões de Freud (1919[1918]/1996) de modificações na técnica psicanalítica visando o atendimento das massas. O discurso de Freud promoveu uma virada no campo de trabalho com a loucura, o qual afetou a clínica, a política e, também, a atenção psicossocial (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009; COSTA, 2011).

[...] Freud segue em uma direção diferente em relação à medicina da sua época: enquanto, para esta, o sintoma é um mal a ser eliminado, e a saúde, a partir desse princípio, caracteriza-se pelo “silêncio dos órgãos”, “a perspectiva freudiana do sujeito”, por sua vez, “é positivar o ‘barulho’ do sintoma (TENÓRIO, 2001 apud COSTA, 2011, p. 37).

O surgimento da psicanálise representou a possibilidade de um direcionamento oposto ao da objetificação, a partir da utilização de métodos que dão lugar à fala do sujeito sobre seu sofrimento. Portanto, a psicanálise parece ser um

referencial importante na atenção psicossocial, incluindo-se a perspectiva winnicottiana, diante das produções acerca da loucura e as possibilidades de tratamento, contribuindo significativamente para os atendimentos da rede pública, no qual o tratamento desses sujeitos é posto como critério principal (ROCHA, 2015; ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009).

Desse modo, a psicanálise, como um eixo teórico, orienta as ações dos diferentes saberes envolvidos no campo clínico, político e social. Assim, o enfoque psicanalítico se alinha aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica por considerar que o louco é um sujeito com voz própria, ou seja, tem capacidade de falar sobre si mesmo, e que “[...] a loucura não deve ser considerada como doença e, conseqüentemente, não deve ser curada” (SANTOS, 2014, p. 148). É evidente, assim, que a psicanálise vem ocupando espaço dentre aqueles que realizam a prática do AT, pois fornece ferramentas conceituais que alimentam muitas das tentativas de reflexão teórica sobre a importância desse trabalho (PALOMBINI, et al, 2008; REIS NETO; PINTO; OLIVEIRA, 2011).

O at pode vir a utilizar a teoria psicanalítica para a orientação da sua clínica, como um saber, “não um *saber* encarnado que se torna arriscado no manejo clínico na psicose, mas como um *saber-não-saber* no que diz respeito a seu modo de se relacionar com a psicose” (NOGUEIRA, 2007, p. 78, grifo do autor). A psicanálise se coloca como ferramenta para grande parte dos ats, dando sentido à sua prática e guiando a clínica dos seus acompanhamentos. Assim, o AT, sendo orientado pela psicanálise, se afasta da posição mágica e científica e se encaminha para a interrogação da verdade do sujeito (NOGUEIRA, 2007; PALOMBINI, 2007; BAZHUNI, 2010).

Assim, a psicanálise se caracteriza como um aporte teórico que pode auxiliar a pensar nesse cuidado, a partir do entendimento do drama da liberdade e da alienação do inconsciente. No entanto, não se trata aqui de levar o modelo do consultório para espaços cotidianos, que não são clínicos; mas, sim, de construir práticas que possam auxiliar a atuação do at no campo social e psíquico (DUARTE, 2015).

Ao tomar a psicanálise como referência, surge a possibilidade de delimitar algumas questões que norteiam o trabalho clínico a partir dessa teoria, como a questão da transferência, que é compreendida por “[...] uma suposição de saber em um outro, a quem é endereçada uma fala a respeito de um sofrimento que assume

um sentido singular e, de outro, há um analista que se presta a suportar o lugar que lhe é dado na própria transferência [...]” (HERMANN, 2008, p. 131). Em psicanálise, a transferência é pensada como um fenômeno que pode surgir em qualquer relação humana, porém, cabe ao analista a tarefa de saber utilizar essa transferência. É perceptível, desse modo, que a psicanálise não criou esse fenômeno, e sim o desvendou à consciência. É a transferência o verdadeiro veículo da ação terapêutica (CABRAL, 2005; HERMANN, 2008).

Portanto, ao longo da história da psicanálise, houve uma tendência em pensar a transferência intimamente associada à existência de um certo *setting*, porém, é possível pensar na noção de transferência, a partir da psicanálise, associando-a com a prática do AT, pois “[...] a transferência é condição necessária para que haja psicanálise” (HERMANN, 2008, p. 131). Desse modo, fica claro que o AT acontece, principalmente, a partir de um vínculo, ou seja, um plano transferencial que sustenta o processamento de qualquer acontecimento. Assim, a transferência não se define por um espaço físico, como às vezes é pensada; sua existência está nas relações, não apenas entre analisando e analista, mas entre professor e aluno, entre psicanalistas e uma escola de psicanálise etc. (HERMANN, 2008; PORTO, 2013).

Para Porto (2013), o encontro que ocorre entre at e acompanhado acontece sempre na cidade, seja na privacidade de um quarto fechado ou nos espaços públicos abertos. Por conta desses elementos da cidade, a atenção do at não é necessariamente mental, como acontece na prática clínica psicanalítica tradicional através da atenção flutuante. “[...] o AT percebe as coisas variadas que são da cidade, e tudo isso ele o percebe determinado pela presença do acompanhado que está ao seu lado” (PORTO, 2013, p. 3). O autor aborda essa atenção, como uma “atenção corpo-flutuante”, no qual a matéria da cidade é predominante e a fala faz parte de uma parcela de tudo o que toca o at.

[...] o AT escuta com todas as partes de seu corpo, escuta com o ouvido e o pensamento, com o peito, a barriga, escuta andando, escuta fazendo. A AT se põe integralmente mergulhada no ambiente no qual a acompanhada está, dispondo dentro desse ambiente como uma das protagonistas de uma cena (PORTO, 2013, p. 6).

Desse modo, a narrativa no AT não é apenas verbal, mas também “pedestre”, segundo Porto (2013, p. 3), “[...] é um fazer-dizer que se enuncia no instante mesmo em que um deslocamento transcorre”. Se em psicanálise a transferência acontece a partir da escuta de suas associações livres, os ats, herdeiros dessa escuta, adotam o mesmo plano transferencial, porém em outra dimensão da fala e da escuta, “a escuta é volumétrica, tridimensional” (PORTO, 2013, p. 6). Assim, em psicanálise é garantida a possibilidade de construção de um discurso, pois se sabe que o profissional está escutando, “digo escutando e não ouvindo, pois a perspectiva é de uma escuta analítica e não de um simples ouvir confidências e calar” (CABRAL, 2005, p. 67). No caso de sujeitos em sofrimento mental grave, como os psicóticos, a escuta é dirigida para sua produção delirante, a qual não encontrava acolhimento nas outras pessoas de seu convívio. O papel do at se encontra, nesse sentido, em oferecer essa escuta, auxiliando o sujeito a transformar o delírio em uma metáfora delirante aceita socialmente. Na experiência com a clínica do AT é evidente que o at se configura como alguém que escuta o sujeito acompanhado, sem desqualificar seu discurso, sem dizer que aquilo é coisa de louco, que não existe ou que é impossível. O at passa a reconhecer o discurso desse sujeito, assim como suas produções, entregando-o o estatuto de sujeito e não mais de doente (PORTO, 2013; CABRAL, 2005).

Ao retratar a psicose, os autores Reis Neto, Pinto e Oliveira (2011) afirmam que a mesma pode restringir os vínculos sociais do sujeito, pois a partir do momento que o mesmo é compartilhado socialmente, ele deixa de se enquadrar como delírio. Por isso, o sujeito delirante se vê muitas vezes solitário e recluso. Nesses casos, o AT pode facilitar na criação de novos laços sociais, oferecendo uma escuta que auxilia na abertura da singularidade do delírio, abrindo novas possibilidades ao sujeito.

Dessa forma, o trabalho do AT está em sua escuta *in loco*, ou seja, no mesmo momento em que surgem o delírio ou a alucinação no meio social. O at não atua como um vigia, uma babá. O at, ao oferecer apoio ao sujeito acompanhado, proporciona o estabelecimento de uma série de trocas significativas entre eles; trocas que podem levar a uma modificação benéfica para o sujeito (REIS NETO; PINTO; OLIVEIRA, 2011).

Bazhuni (2010) e Palombini (2006) apontam que atualmente, na bibliografia psicanalítica encontrada sobre o AT, os pensamentos de Lacan e Winnicott

prevalecem, sendo essas as sustentações teóricas mais utilizadas nessa prática. Palombini (2007) afirma que é possível buscar na vertente teórica proposta por Winnicott, conceitos que podem operar como ferramentas que sustentam o movimento próprio à experiência do AT. Para a autora, Winnicott é visto como um dos representantes da psicanálise que demonstra originalidade clínica e teórica, no entanto, Winnicott não nega a sua filiação freudiana. Nesse sentido, constata-se a possibilidade de articulação entre a proposta do AT e conceitos da teoria psicanalítica de Donald Winnicott, a qual é apontada por vários autores, indo ao encontro dos objetivos da presente pesquisa.

Barreto (2000) se mostra um importante autor ao pensar tal articulação, pois enfatiza que as enunciações de Winnicott contribuem para o manejo clínico necessário à prática do AT. O autor foca seu trabalho em conceitos e funções do analista presentes na teoria de Winnicott, fundamentando-se teoricamente e exemplificando, a partir de casos clínicos, para melhor compreensão das articulações. Inspirado principalmente na clínica de Winnicott, o texto de Barreto (2000) aborda vários conceitos e funções do analista, utilizando-os para pensar a prática do AT. Destacam-se os conceitos winnicottianos da função de *holding* (análoga à função materna de amparo, apoio e sustentação) e a função de apresentação de objeto, a qual remete ao conceito de espaço potencial, os quais serão discutidos a seguir, em articulação com a prática do AT.

#### **4.1 A função de “*holding*” no acompanhamento terapêutico**

Como dito anteriormente, a filiação Freudiana do pensamento de Winnicott é inquestionável, mas sua criatividade clínica e teórica surge de tal forma que pode ser considerada heterodoxa, na medida em que Winnicott se contrapõe criticamente à psicanálise ortodoxa e a ideias centrais da obra teórica de Freud. Ou seja, é perceptível que “a matriz comum não impede assim a existência de profundas divergências [...]” (PLASTINO, 2007, p. 199). O pensamento Winnicottiano enriqueceu, aprofundou e articulou aspectos que não foram abordados suficientemente na teorização pós-freudiana, sendo sua obra caracterizada por

criatividade e originalidade. O trabalho de Winnicott focou em bebês, crianças, adultos e psicóticos, não só abordando o funcionamento do psiquismo e suas perturbações, como trabalhado por Freud, mas enfatizando experiências denominadas como processos emocionais primitivos ao encontrar subsídios no que diz respeito à constituição do psiquismo (PLASTINO, 2007).

Na teoria psicanalítica de Winnicott as características do cuidado materno, antes e depois do nascimento, dirigem-se para a composição do ambiente de *holding*, que inclui a preocupação materna primária da mãe, que lhe possibilita o fornecimento do suporte egóico ao bebê. A teoria do relacionamento paterno-infantil se refere majoritariamente às experiências do bebê, ou seja, à sua jornada que passa pela dependência absoluta, rumo à dependência relativa e posteriormente à independência, e, paralelamente, à jornada do princípio do prazer ao princípio da realidade, e do auto-erotismo às relações objetais. A outra parte da teoria alude ao cuidado materno, às qualidades e mudanças nas mães que satisfazem as necessidades específicas e de desenvolvimento do lactente (ABRAM, 2000; WINNICOTT, 1960).

Para Winnicott a saúde mental do indivíduo é, inicialmente, possibilitada pela mãe, na infância, a partir do momento em que esta se preocupa com a criação dos filhos, ou ainda, “a saúde mental [...] é o produto de um cuidado incessante que possibilita a continuidade do crescimento emocional.” (WINNICOTT, 1952, p. 306). Esta é constituída nas etapas iniciais da vida, ou seja, quando o bebê está sendo apresentado aos poucos à realidade externa. O relacionamento mãe-bebê, em sua fase inicial, se apresenta com grande importância dentro desta perspectiva, sendo que apenas gradualmente essa relação passa a ficar em segundo plano, quando o bebê alcança certa independência. O lugar da mãe, nesse sentido, é considerado a partir dos conceitos de mãe enquanto um ambiente não suficientemente bom – o qual impede ou distorce o desenvolvimento do bebê – e de ambiente suficientemente bom – o qual possibilita que o bebê alcance a satisfação de suas necessidades e realize seu potencial de desenvolvimento. Winnicott aponta que a mãe é biologicamente capacitada para a sua função de lidar de modo especial com as necessidades do bebê, compreendendo-se a existência de uma tendência natural à identificação da mãe com o seu bebê. Tal tendência não deve ser pensada como algo determinante, mas um potencial, uma possibilidade – pois, pode ou não se realizar –, que depende do ambiente, ou seja, das experiências de cuidado que essa

mãe teve nos momentos iniciais da sua vida terem sido favoráveis (WINNICOTT, 1952, 1956).

Nesse ponto, podemos retomar o tema central deste trabalho e pensar nas funções do AT, associando-as ao conceito de “mãe suficiente boa” e do ambiente que esta oferece ao bebê, facilitando seu desenvolvimento. Nessa perspectiva, “[...] a partir dos cuidados, da continência materna e outras funções ambientais, a criança vai adquirindo autonomia em relação ao ambiente e caminha em seu desenvolvimento individual rumo ao processo de integração e formação do eu” (FIORATI; SAEKI, 2006, p. 86). Semelhante à sustentação que a mãe suficientemente boa proporciona ao bebê, o at oferece sustentação ao “emprestar o ego” ao acompanhado. Portanto, o at reproduz algumas funções maternas para, aos poucos, possibilitar ao sujeito a posse do seu desenvolvimento rumo a uma maior autonomia (SANTOS, 2014; FIORATI; SAEKI, 2006).

A tese de Winnicott (1956) da maternagem suficientemente boa baseia-se na ideia do surgimento de um estado psicológico muito especial da mãe, denominado por ele de “preocupação materna primária”, o qual se caracteriza como a primeira de todas as fases da maternidade. Ele afirma:

Gradualmente, esse estado passa a ser o de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães o recordam depois que o ultrapassaram [...] a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (WINNICOTT, 1956, p. 401).

A mãe que desenvolve a preocupação materna primária identifica-se com seu bebê, sendo capaz de fornecer um contexto adequado para a manifestação da constituição psíquica da criança, bem como para o desdobramento das tendências inatas ao desenvolvimento, e para a experimentação do bebê dos movimentos espontâneos (WINNICOTT, 1956).

O conceito winnicottiano de *holding* surge nesse contexto para se referir não só ao segurar físico do lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de *viver com* – expressão que implica relações objetais, ou seja, quando ocorre a emergência do bebê do estágio em que o mesmo se encontrava fundido à

mãe, passando a perceber os objetos como elementos externos a ele. De acordo com Klautau (2014, p. 204), o *holding* é compreendido como:

[...] uma espécie de manejo cuja direção visa ao estabelecimento de uma provisão ambiental capaz de fornecer o suporte necessário para a integração de experiências vividas nos primórdios da vida psíquica, quando ainda não é possível fazer referência à existência de um eu estruturado.

Segundo Palombini et al (2008), o bebê ao nascer não consegue se distinguir da sua mãe, pois está sempre amparado fisicamente e psiquicamente por ela. O sujeito adquire experiência psíquica, enquanto bebê, através do corpo materno, lugar que

[...] ao aninhá-lo, empresta-lhe consistência e lhe confere uma forma, primeiros lampejos do Eu, que, no processo de separação e alienação, torna-se Um, diferenciado da Mãe. O intervalo entre uma mãe e seu bebê, que a função paterna opera, permite à criança a exploração do espaço para além do corpo que lhe deu origem e sua inclusão na cultura (PALOMBINI et al, 2008, p. 72).

O corpo só torna-se efetivamente “corpo” quando é impelido pelo desejo materno, tornando o bebê como seu objeto, mas para que esse corpo possa unificar em um eu é necessário um intervalo “[...] suspendendo o estado de completude narcísica entre mãe e filho, marcando a diferença entre este e o outro materno.” (PALOMBINI et al, 2008, p. 28). A agressividade é percebida como constitutiva do psiquismo permitindo que a separação com relação ao outro fique estabelecida. Desse modo, é perceptível que a concepção do Eu atua a partir da voz e do olhar da Mãe, assinalando um lugar de sujeito no mundo, conduzindo a criança ao reconhecimento da sua própria imagem no espelho, possibilitando, conseqüentemente, aquisição da autonomia (PALOMBINI et al, 2008).

É durante essa fase que o ego se transforma de um estado não-integrado em uma integração estruturada, onde o bebê se torna capaz de experimentar a ansiedade associada à desintegração. Sendo assim, nesse estágio, o bebê detém a capacidade de reexperimentar estados não-integrados, fato que depende da

continuidade de um cuidado materno consistente e das recordações do bebê acerca desse cuidado, que somente aos poucos vão sendo percebidas enquanto tais. Podemos entender que essa continuidade é dada “[...] pelo respeito ao ritmo do bebê; um cuidado e uma presença materna que levam em conta esta característica do recém nascido e podem modular os períodos de ausência de acordo com a capacidade do bebê de suportá-los” (BARRETO, 2000, p. 60). O progresso normal dessa fase tem como resultado o “estado unitário”, o que quer dizer que o bebê se torna uma pessoa, um indivíduo singular (WINNICOTT, 1960; BARRETO, 2000).

Para Winnicott a dependência pode ser classificada em: dependência absoluta; dependência relativa e rumo à independência, a qual se constitui como o último estágio. Na dependência absoluta o bebê não tem como perceber o cuidado materno, que, nesse estado, está associado mais a uma questão de profilaxia, ou seja, quando não há como assumir o controle sobre o que é bem ou mal feito. Na dependência relativa o bebê pode perceber a necessidade de detalhes do cuidado materno, associando-os ao impulso pessoal, que pode, mais tarde, ser reproduzido na transferência, no caso de um tratamento psicanalítico. No estado que caminha rumo à independência, o bebê desenvolve meios para viver sem o cuidado real, o que é conquistado através do acúmulo de lembranças do cuidado, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, a partir do desenvolvimento da confiança em seu meio (WINNICOTT, 1960).

A fase caracterizada pelo *holding* remete primeiramente à condição de dependência absoluta do bebê, pois a função de *holding* é tudo que, no ambiente, fornecerá a uma pessoa a experiência de continuidade e de constância, tanto física quanto psíquica. Ou seja, o modo como uma mãe segura seu bebê e os outros cuidados iniciais, estão relacionados à função de *holding*, que, exercida continuamente, irá possibilitar que o bebê adquira progressiva integração. Assim, o *holding*, incluindo o *holding* físico do bebê, também se caracteriza como uma forma de amar, sendo, possivelmente a única forma que a mãe pode demonstrar seu amor ao recém-nascido. Todas essas condições levam gradualmente ao estabelecimento das primeiras relações objetivas do bebê (relacionamento com o seio) e suas primeiras experiências de gratificação instintiva (alimentação, etc.), tendo essas como base para a manipulação e a condução geral do cuidado do bebê (BARRETO, 2000; WINNICOTT, 1960).

Porém, para Barreto (2000), quando se fala em presença, logo pensamos em uma presença mais física, mas, não se pode esquecer que também há uma presença afetiva, que tem a ver com “[...] a capacidade de uma pessoa estar em contato com as angústias do outro, através de uma atitude empática” (BARRETO, 2000, p. 61). Assim, o *holding* pode ser proporcionado tanto por objetos concretos de uma sala, por exemplo, quanto pela disponibilidade de outra pessoa que esteja atenta às nossas necessidades.

No que diz respeito à saúde mental do indivíduo, as bases de saúde são lançadas pelo cuidado materno e uma continuação da provisão fisiológica que caracteriza o estado pré-natal. Com isso, para Winnicott, falhas nessa provisão ambiental inicial se relacionam com a esquizofrenia, a psicose infantil ou à sua predisposição (WINNICOTT, 1960).

Quando ocorre a gradual separação entre mãe e bebê, a mãe tende a mudar sua atitude, pois a mesma se dá conta de que o bebê não espera mais que exista uma condição ambiental em que há quase uma compreensão mágica de suas necessidades. A mãe percebe que o bebê tem uma nova capacidade de transmitir sinais para que ela possa ser guiada para a satisfação das necessidades dele. Caracteriza-se, assim, o fim da fusão, em que a criança se tornou separada do ambiente, quando a mesma inicia a transmissão desses sinais (WINNICOTT, 1960).

No caso de mães que tiveram vários filhos, possivelmente elas começam a ficar boas na técnica utilizada para criá-los, realizando tudo no momento exato. Se a mãe, entretanto, prolonga excessivamente sua atitude de antecipar a satisfação das necessidades do bebê, não esperando pelos seus sinais, ela interfere no seu processo de desenvolvimento. Isso faz com que o bebê, que havia começado a se tornar separado de sua mãe, não possua mais meios de assumir o controle sobre todas as coisas boas que estão acontecendo. Fica faltando os pequenos sinais do bebê para induzir a mãe, tais como o choro, o protesto e até o gesto criativo, pois a mãe já satisfaz as necessidades, como se ainda estivessem em estado de fusão (WINNICOTT, 1960).

As conseqüências disso são importantes e o bebê é deixado com duas alternativas: ficar em um estado permanente de regressão, fundido à mãe ou apresentar uma rejeição completa da mãe, mesmo essa mãe sendo aparentemente boa. Portanto, na infância e no manejo dos bebês há uma distinção sutil entre a compreensão da mãe sobre as necessidades do bebê fundamentada na empatia, e

a mudança gradual para uma compreensão das necessidades da criança pequena a partir dos sinais que esta emite (WINNICOTT, 1960).

É evidente, nesse contexto do cuidado materno, e especificamente, do *holding*, que quando as coisas caminham bem o bebê não tem como saber o que está sendo provido adequadamente e o que está prevenido, porém, quando as coisas não vão bem, é quando o bebê experiencia não exatamente as falhas no cuidado materno, mas os resultados das mesmas. Como consequência, a continuidade de ser é interrompida por reações do bebê às falhas do ambiente, resultando no enfraquecimento do ego, constituindo assim uma experiência de aniquilamento semelhante ao sofrimento psicótico (WINNICOTT, 1960).

Para Winnicott (1960), o importante, no contexto do recém-nascido, é que a mãe seja capaz de prover exatamente o que o bebê necessita em termos de *holding* – principalmente o físico – e provisão do ambiente, através da sua identificação com o bebê. Com esses cuidados recebidos pela mãe, o bebê é capaz de ter uma existência pessoal, começando assim a construir o que se pode chamar de *continuidade* do ser, na qual o potencial de vida herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo. A partir do momento em que o cuidado materno não é suficientemente bom, o bebê pode não vir a existir, pois não experiencia a continuidade do ser e sua subjetividade começa a se constituir baseada nas reações às irritações do meio.

Nesse ponto podemos considerar a aproximação entre o *holding* oferecido pela mãe ao bebê e a relação estabelecida entre acompanhante terapêutico e paciente. A partir da teoria Winnicottiana, podemos afirmar que a relação do at com o paciente possibilita retomar situações que

[...] deveriam ter sido vivenciadas no momento inicial da vida, entre mãe e bebê. Nessa retomada o at tem a oportunidade de desempenhar, entre outras, a função de sustentação, oferecendo *holding* e permitindo que o paciente psicótico construa com segurança o espaço transicional entre o mundo externo e interno (SANTOS, 2014, p. 147).

Diante dessa colocação podemos pensar que uma das principais funções do AT encontra-se em estar junto ao paciente, dando amparo e apoio, o que também

caracteriza a função materna do *holding*. Estar disponível ao paciente no momento e no seu ritmo individual é fundamental na constituição do profissional AT. O *holding* deve ser propiciado por meio de um ambiente estável, de experiências de continuidade física e psíquica, para que o acompanhado possa usar esse vínculo para suprir suas necessidades básicas (PALOMBINI et al, 2008; FIORATI; SAEKI, 2006).

Segundo Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2009), Winnicott se opõe a concepção de tratamento que é apoiada na técnica ou no exercício de determinada intervenção, o “cuidar-curar”. Para ele o cuidado é exercido no meio ambiente do sujeito acompanhado, no cotidiano dele. “A experiência de necessitar de auxílio em funções elementares, de encontrar-se em absoluta dependência esperadas em uma criança, um doente e um idoso é profundamente reorganizadora, do ponto de vista psicanalítico das relações de objeto mais arcaicas” (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009, p. 211). Assim, essa dependência produz uma forma de regressão, permitindo a retomada do processo de maturação.

Essa forma de cuidar nos remete ao *holding*, ou seja, a “[...] experiência de ser amparado para andar, de receber apoio para não cair e machucar-se, de estar seguro no colo, mas que respeita a experiência individual do bebê fomentando sua futura autonomia” (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009, p. 211). Esse cuidar tem fundamental importância no tratamento de pacientes psicóticos ou *borderline*, implicando no compartilhamento de experiências individuais e sociais. Porém, esse cuidar exige um manejo “[...] que deve evitar atitudes que manipulem aquele que é cuidado, que ‘sabem o que fazer com ele’, como se, de antemão, o lugar de quem recebe cuidados fosse pré-ordenado e conhecido por aquele que cuida” (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009, p. 211).

Assim como o bebê depende do suporte egóico da mãe, o paciente no AT é dependente e necessita da presença e apoio do acompanhante. Portanto, o *holding* a ser oferecido no AT se caracteriza pelo reconhecimento do grau de dependência apresentado pelo paciente e na disponibilidade do profissional para apoiá-lo como um ego auxiliar, ao tempo em que mantém como alvo a sua crescente autonomia.

Todo profissional de saúde necessita ter a capacidade de adentrar nos pensamentos e nas esperanças do outro, através da imaginação. Portanto, para que o at consiga exercer a função de *holding* é preciso que ele também tenha vivido e internalizado essa função. Os cuidadores desenvolvem essa função com base nas

suas experiências no início da vida, através do cuidado da mãe, ou seja, da mãe suficientemente boa. Nesse contexto, se faz importante pensar também a formação desse profissional, já abordada anteriormente, onde as supervisões e a análise/psicoterapia pessoal se associam a uma preparação primordial e indispensável para assumir tais funções. Se essa disponibilidade, essencial para o cuidar, não for mantida, o AT ficará preso ao exercício extremamente técnico de sua função. Então, é evidente que essa experiência depende “[...] da fé e da esperança do at em que o processo possa atingir o bom termo; das relações internalizadas pelo acompanhante ao longo da sua história de vida e do instrumental que a teoria possa lhe dar para compreender o fenômeno que presencia” (BARRETO, 2000, p. 64). Geralmente, é difícil para o at compreender e aceitar que ele está fazendo algo mesmo ao não fazer aparentemente nada, ou seja, só em estar presente. Ou seja, reconhecer sua presença qualificada como terapêutica. Essa questão acaba remetendo também à concepção, já mencionada nesse trabalho, de que o AT deve ocorrer na rua, no espaço externo à casa do acompanhado, o que acaba, muitas vezes interferindo o trabalho, principalmente no que se refere à função de *holding*, pois, muitas vezes, os familiares não compreendem que a função também pode ser exercida dentro da casa do indivíduo e não apenas nos espaços públicos (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009; MACEDO, 2011; COELHO, 2007; BARRETO, 2000).

Assim, o AT auxilia o sujeito acompanhado a admitir ser cuidado por alguém, para que, então, ele possa voltar a ser capaz de cuidar de si mesmo. “Se o acompanhamento atinge este objetivo, não se trata meramente de um tratamento bem-sucedido, mas de ter atingido certa qualidade de cuidados ministrados capaz de facilitar o crescimento individual e viabilizar processos maturacionais” (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009, p. 213).

Com isso, em Winnicott podemos encontrar uma visão de clínica que favorece a constituição da subjetividade de maneira bastante semelhante a que ocorria na situação natural. Sua teoria e prática clínica demandam do analista um rigor técnico na composição do *setting* – construído a partir das necessidades de cada paciente. O manejo feito pelo analista possibilita que, gradativamente, o paciente possa ser apresentado a novos objetos sem se sentir atacado. O *setting* estabelecido necessita, muitas vezes, ter função de *holding*, ou seja, de sustentação física,

permitindo, assim, que esboços da subjetividade do sujeito possam emergir (MAIA, 2006).

Os pacientes precisam que estejamos com eles como pessoas reais, especificamente nos casos em que há um comprometimento do desenvolvimento emocional primitivo. A clínica do AT objetiva incentivar e/ou aumentar a autonomia do sujeito, a partir da circulação nos espaços, nos territórios. O vínculo terapêutico permite o estabelecimento de formas mais eficazes de elaboração do sofrimento do paciente, assim como a produção de relacionamentos afetivos mais significativos (SANTOS, 2014).

Segundo Barreto (2000), é importante pensar que essa experiência não ocorre apenas por haver um “corpo” junto ao paciente, mas por este ser um corpo atento, simbólico, que transporta a história do próprio vínculo. O autor pontua algumas situações nos percursos com o paciente em que a função de *holding* exerce um papel marcante. Para ele, são momentos em que

[...] simplesmente estamos ali, juntos do nosso acompanhado – caminhando ou parados – compartilhando, às vezes, uma dor ou a conclusão de alguma tarefa; talvez, o momento que a antecede, ou quando nos aproximamos do final do encontro. Situações em que percebemos que não há o que fazer ou dizer; e, o fato de estarmos ali, nossa presença, já significa bastante para nosso acompanhado (BARRETO, 2000, p. 63).

A clínica do AT se desenvolve nesse contexto, na ação do sujeito perante o seu mundo, quer seja seu quarto, sua casa ou sua comunidade. A cidade é a matéria dessa clínica, pois ela resguarda uma maior distância do corpo materno. Por isso, conhecer a cidade, transitando por ela e explorando-a, é uma experiência que pode fundar um lugar melhor para esse sujeito; é o horizonte que guia o trabalho e função do profissional AT (PALOMBINI et al, 2008).

Na psicose o tratamento requer uma adaptação às necessidades, assim como o respeito ao processo, proporcionando um ambiente facilitador. Desse modo, de acordo com Palombini et al (2007, p. 155), apoiada no pensamento de Winnicott, a função interpretativa, característica da psicanálise, dá lugar ao *holding*,

[...] isto é, a capacidade do analista de oferecer sustento ao sujeito, através de uma atitude empática [...] É importante que o analista seja capaz de sustentar o desenrolar desse momento, abstendo-se de uma atitude interpretativa para mover-se no campo da identificação com o paciente, de modo que este, em fusão com o analista, possa colher os efeitos, na regressão, dessa vivência de uma plena adaptação do ambiente as suas necessidades.

Enfim, o conceito de *holding* na clínica do AT remete à relação de empatia estabelecida pelo acompanhante, a qual o capacita a perceber as necessidades do paciente e a responder-lhe como suporte e referencial. A disponibilidade e regularidade da presença do acompanhante produz previsibilidade e confiança no ambiente, promovendo a experiência de continuidade do ser do paciente. Em termos winnicottianos, tais condições representam uma provisão ambiental terapêutica que favorece experiências de integração psíquica e aquisição de autonomia.

#### **4.2 A relação terapêutica como espaço potencial**

O conceito winnicottiano de fenômeno transicional está associado a uma dimensão do viver que não se reduz nem à realidade interna, nem à externa, ou seja, não é totalmente subjetiva nem objetiva. Mas, se caracteriza como um espaço em que ambos os mundos – interno e externo – se encontram, ou seja, um território intermediário. Winnicott utilizou diferentes termos para se referir a essa dimensão, a qual podemos compreender também como espaço potencial (ABRAM, 2000).

Winnicott (1975) aponta a existência de uma área intermediária de experimentação que contribui tanto para a realidade interna quanto para a vida externa (realidade compartilhada). Essa área existe “[...] como lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas” (WINNICOTT, 1975, p. 12). Esse estado intermediário encontra-se entre a inabilidade de um bebê e sua habilidade

em reconhecer e aceitar a realidade, ou seja, entre o que é subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido.

Na infância, essa área intermediária é necessária para o início de um relacionamento entre a criança e o mundo, e isso só é possível através de uma maternagem suficientemente boa. Nos momentos iniciais da vida, no estágio da dependência absoluta, o bebê encontra-se fundido com a mãe, levando-o a confiar e acreditar nela, internalizando a experiência de viver com ela. Posteriormente, surge a necessidade de repudiar a mãe, “[...] como sendo um não-eu, a fim de separar-se e compreender a diferença existente entre o interior e o exterior” (ABRAM, 2000, p. 264). Nesse momento, a mãe deve iniciar uma desadaptação, lembrando que apresenta suas próprias necessidades, desiludindo, assim o bebê (WINNICOTT, 1975; ABRAM, 2000).

Assim, os fenômenos transicionais estão associados à ilusão, experiência que ocorre em uma primeira fase do desenvolvimento através da capacidade da mãe em fazer adaptações às necessidades do bebê, permitindo, assim, que o mesmo tenha a ilusão de que aquilo que ele cria realmente existe. Quando a experiência de ilusão foi possibilitada por uma maternagem suficientemente boa no início da vida, a criança pode utilizar o espaço transicional com criatividade na fase em que inicia seu processo de separação da mãe. Portanto, segundo Winnicott (1975, p. 30), “Essa área intermediária de experiência [...] constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador”.

É através da empatia da mãe que o bebê torna-se capaz de internalizar e de se sentir a salvo durante sua passagem da dependência à autonomia, sendo apenas através dessa confiança que um espaço potencial começa a existir. Sendo assim, o momento em que o bebê se separa da mãe é o mesmo em que preenche o espaço transicional com o brincar criativo, com o uso dos símbolos e a experiência cultural. Portanto, o bebê emerge do seu estado subjetivo para tornar-se mais objetivo, sendo capaz de pensar simbolicamente (WINNICOTT, 1975; ABRAM, 2000). Para Winnicott (1975), a experiência do bebê no espaço transicional é constituinte da sua subjetividade e a base da sua capacidade de se relacionar criativamente com a realidade objetiva compartilhada.

Winnicott compara os fenômenos transicionais ao que acontece na análise e psicoterapia – podendo se comparar também com a prática clínica do AT –, quando

o paciente experimenta a confiança e necessita se distinguir e se separar do terapeuta, obtendo autonomia. Justamente porque a condução do trabalho analítico encontra-se também apoiada na concepção de mãe suficientemente boa, ou seja, o trabalho frequentemente exige do analista um posicionamento semelhante ao da mãe em estado de devoção no cuidado de seu bebê. Portanto, no *setting* também é estabelecido um espaço potencial a partir da presença do analista e da confiabilidade e previsibilidade ambiental fornecida. O terapeuta, a partir do brincar, pode se identificar com seu paciente, preservando ao mesmo tempo sua identidade pessoal (ABRAM, 2000).

O estabelecimento da comunicação ocorre a partir do espaço potencial construído entre terapeuta ou at e paciente. Assim, o espaço potencial se caracteriza como um campo que é fruto do encontro da necessidade com o objeto necessitado (LESCOVAR, 2004).

O conceito de espaço transicional é citado por alguns autores que abordam a prática do AT, como Palombini et al (2008), ao apontar que a possibilidade de acompanhar o sujeito torna-se uma alternativa para a construção de um espaço transicional, entre a referência institucional e o acesso aos locais públicos, pois o tratamento da psicose já não se restringe mais aos muros dos hospitais psiquiátricos, incluindo a circulação nos espaços urbanos.

Enquanto Mauer e Resnizky (2008) apontam que o conceito “fenômeno transicional” se aproxima da prática do AT a partir do momento em que o acompanhar estabelece um vínculo com o paciente, ou seja, um espaço transicional, entre a desconexão e o amparo, fundando um espaço temporal entre o que já aconteceu e o que ainda está por vir, no qual o futuro é visto como possível.

Possani (2010) afirma que o conceito de *espaço transicional*, na prática, implica ao analista brincar. O sujeito em sofrimento psíquico, geralmente, se encontra impossibilitado de brincar. Portanto, a presença e os gestos do analista devem ocorrer no sentido de permitir que o sujeito faça uso do analista, do espaço e do tempo para reconhecer o que faltou a ele como cuidado, e iniciar uma busca disso. É nesse sentido do brincar que a autora compreende o movimento realizado no AT, a partir do momento em que o corpo desse profissional é presente, disponível, sem exigências e abstrações. Assim, a busca do at está no reconhecimento, na testemunha, na constituição, na solidariedade e no silêncio.

Assim, cabe ao terapeuta uma interpretação, ou seja, um reconhecimento de um sentido que pode mostrar um destino possível ao sujeito, e, assim, o terapeuta pode realizar uma fala, uma ação ou um silêncio. É a partir da experiência empática que o terapeuta é informado sobre o sujeito e, assim, pode se posicionar para que o sujeito se movimente. Esse movimento se realiza a partir da possibilidade de a companhia ofertada servir de passagem, ou seja, fazer o sujeito passear por sua interioridade. A partir da visão de Winnicott é perceptível que esse movimento do at busca promover a criatividade, ou seja, um gesto que coloca em movimento todo o existente. O sujeito, assim, pode se movimentar pelas diversas dimensões da vida, pois detém a liberdade (POSSANI, 2010).

Desse modo, se faz importante adentrarmos na função de apresentação de objeto, pois a mesma contribuiu para a elaboração do conceito de fenômenos transicionais. A função de apresentação de objeto está relacionada a uma experiência completa, de início, meio e fim. Tal concepção surgiu com um experimento que Winnicott realizou ao longo de vinte anos, e que foi realizado a partir de consultas pediátricas com bebês (entre 5 e 13 meses) e suas mães no Paddington Green Children's Hospital em Londres. Ele plantava uma espátula no canto da mesa, de uma maneira que o bebê poderia pegá-la, se quisesse, e a vibrava. Diante do experimento, Winnicott passou a observar um padrão de interação do bebê com esse contexto, no qual ocorriam três fases:

*Primeiro estágio.* O bebê avança sua mão para a espátula, mas nesse momento descobre, inesperadamente, que a situação exige uma consideração maior. Ele está num dilema. Ou ele pousa sua mão sobre a espátula e, com olhos bem abertos, olha para mim e para a sua mãe, observa e espera, ou então, em certos casos, retira completamente o seu interesse e enterra a cara na blusa da sua mãe [...] *Segundo estágio* [...] Gradualmente ele se torna corajoso a ponto de permitir que seus sentimentos aflorem, e então a situação muda rapidamente [...] a aceitação, pela criança, da realidade de seu desejo pela espátula é anunciada por uma mudança que ocorre no interior de sua boca [...] Não se passa muito tempo até ele pôr a espátula na boca e começar a mastigá-la [...] O bebê agora parece sentir que a espátula está em sua posse [...] Ou então ele a leva em direção à minha boca e à boca de sua mãe, e fica muito contente quando *tingimos* ser alimentados por ela [...] *Estágio 3* [...] ocorre quando o bebê ou pede para descer e brincar com a espátula no chão, onde ele recomeça a mordiscá-la, ou quando ele perde o interesse por ela e parte em direção a algum outro objeto que esteja à mão (WINNICOTT, 1941, p. 114, grifo do autor).

A terceira e última fase pode ser denominada como período de separação, no qual a criança já está pronta para ir embora; por meio, inicialmente, da agressividade e depois pelo desinteresse. É evidente que na teoria winnicottiana, o que se pode levar em conta para um viver criativo, é a capacidade que um sujeito tem de usar um objeto. Isso tem a ver com a capacidade de tomar um objeto da realidade compartilhada, e transformá-lo em algo próprio. Experienciar esses três períodos, ou seja, ter a possibilidade de viver uma experiência completa, implicava, para alguns bebês, uma transformação do *self*, os sintomas desapareciam de uma forma mais demorada. Desse modo, é evidente que a passagem da dependência absoluta para a dependência relativa, ou seja, quando o bebê começa a perceber o que é do mundo interno e externo, criando o espaço potencial, acarreta no uso de um objeto (BARRETO, 2000).

Assim, segundo Barreto (2000, p. 92), “[...] poder se interessar por um objeto, ousar usá-lo e, então, separar-se dele, constituía em si uma lição de objeto”, ou seja, uma experiência que integra e constitui. O ambiente necessita respeitar e aguardar o ritmo da criança e o aparecimento de um gesto espontâneo – um movimento que parte do bebê sem ser determinado pelo ambiente. A partir desse experimento é que Winnicott apresentou um método de intervenção clínica que isenta a fala e/ou a interpretação. Winnicott (1975, p. 140) aponta que ao fazer uma interpretação, “[...] acredito que o faço principalmente no intuito de deixar o paciente conhecer os limites de minha compreensão. Trata-se de partir do princípio de que é o paciente, e apenas ele, tem as respostas”. É nesse modo de conduzir a sessão que se encontra a maneira de Winnicott compreender o processo terapêutico. Ou seja, o processo só será satisfatório se passar por esses três períodos, que se daria

[...] pela hesitação do paciente frente ao tratamento, até o momento em que se caminhou o suficiente para se estabelecer uma confiança no vínculo e se pode usar o vínculo e a figura do analista (questões transferenciais), assim como a pessoa real do analista. Isto implica que o *setting* analítico necessita vir a ser destruído pelo paciente. Caminha-se com o paciente até o ponto em que a relação do par analítico pode interromper-se, o que marcará a possibilidade do sujeito vir a exercer sua capacidade analítica em autonomia do analista (BARRETO, 2000, p. 93).

Essa experiência se assemelha ao processo da vida – nascimento, constituição do sujeito e morte –, assim, em um processo analítico, a partir do aporte winnicottiano, ocorre uma oportunidade de se experienciar o ritmo da vida. É evidente, assim, que a função de apresentação de objeto se refere à capacidade da mãe se colocar exatamente onde foi alucinada, ou seja, a capacidade do ambiente de sustentar o processo de ilusão “[...] e ir, gradualmente, fornecendo experiências que apontem para a separação eu e não-eu (desilusão); modulando esta desilusão (separação) de tal forma que não coloque o eu do bebê em dispersão (angústia de aniquilação)” (BARRETO, 2000, p. 94). A partir do momento em que a preocupação materna primária for estabelecida, esses fenômenos ocorrem naturalmente, pois a mãe protege o bebê ao dosar as experiências a partir da capacidade de assimilação do bebê (BARRETO, 2000).

Portanto, o trabalho do analista, para surtir efeito, está associado à capacidade do paciente de colocar o analista fora dos fenômenos subjetivos, como dito anteriormente, retirando-o do campo de objeto subjetivo para objeto objetivamente percebido. É importante também deixar claro que a capacidade de usar objetos não é inata, pois “constitui outro exemplo do processo de amadurecimento, como algo que depende de um meio ambiente propício” (WINNICOTT, 1975, p. 144). Porém, para usar o objeto é preciso, anteriormente, relacionar-se com ele, o que se diferencia do uso do objeto, a partir do momento em que o objeto, para ser usado, precisa ser real, ou seja, fazer parte da realidade compartilhada. Winnicott afirma: “[...] tomo a relação de Objeto como evidente e acrescento novas características que envolvem a natureza e o comportamento do objeto” (WINNICOTT, 1975, p. 142). Porém, entre a relação de objeto e o uso do objeto, no intervalo, encontra-se talvez a coisa mais difícil do desenvolvimento humano: a colocação, através do sujeito, do objeto fora da área de seu controle onipotente. O sujeito passa a perceber o objeto como fenômeno externo e não como projeções (WINNICOTT, 1975).

Essa transição, de acordo com Winnicott (1975), do relacionamento para o uso do objeto, significa que o sujeito destrói o objeto. Assim, podemos observar a seguinte sequência: “(1) O sujeito *relaciona-se* com o objeto. (2) O objeto está em processo de ser encontrado, ao invés de ter sido colocado pelo sujeito no mundo. (3) O sujeito *destrói* o objeto. (4) O objeto sobrevive à destruição. (5) O sujeito pode

usar o objeto” (WINNICOTT, 1975, p. 151). É perceptível que, devido a sobrevivência do objeto, o sujeito pode começar a viver uma vida no mundo dos objetos.

Desse modo, trazendo para a clínica, e, especificamente, a clínica do AT, em certo momento o analista/at deixa de ser objeto subjetivo, sob o controle onipotente do sujeito, para fazer parte como um elemento da realidade externa, onde sua existência é própria e independente. Porém, para isso, o analista precisa sobreviver aos ataques que o sujeito lhe dirige, “[...] que não têm outra intenção senão a de *destruir o objeto subjetivo* para que este, na medida em que sobrevive, possa *existir fora do eu* e ser usado pelo paciente” (PALOMBINI, 2007, p. 156, grifo do autor). Assim, inicialmente, o at encontra-se no lugar de objeto subjetivo, sustentando e organizando as situações vivenciadas pelo sujeito, compreendendo-as sem interpretá-las. Essa interpretação só podia acontecer quando a relação transferencial se transformasse e o sujeito “[...] suportasse colocar o objeto [...] fora de seu controle onipotente” (MAIA, 2006, p. 33). Ao longo do trabalho, o at passa a ganhar vida própria, porém, sem ser ainda um objeto totalmente distinto do sujeito acompanhado. Assim, no decorrer dos encontros, o intuito é de que o at passe a adquirir características próprias de um objeto, a partir da constância dos encontros e da relação de confiança estabelecida. O sujeito acompanhado passa, então, a ter possibilidades de se relacionar com objetos de maneira diferenciada (PALOMBINI, 2007; MAIA, 2006).

Assim, segundo Barreto (2000), é a partir da função de apresentação de objeto que o bebê desenvolverá a capacidade de se aproximar da realidade, ou seja, quando o bebê adquire recursos na “[...] percepção das dimensões de espaço e tempo [...]” (BARRETO, 2000, p. 94). Portanto, as falhas nessa função acarretariam na dificuldade e/ou incapacidade na operação dessas dimensões, levando até a um sentimento de irrealidade, em que o sujeito não sente que está no mundo.

Nesse sentido, a mãe tenta mostrar a realidade ao bebê, a partir da apresentação de objetos, aproximando-o e chamando-o para a realidade, porém, essa ação da mãe pode levar a uma resposta agressiva do bebê – já citado anteriormente quando abordamos o fato de a criança já estar pronta para ir embora do processo terapêutico; por meio, inicialmente, da agressividade e depois pelo desinteresse. O bebê passa, então, a perceber o que é da realidade compartilhada e o que é do mundo interno.

Desse modo, é possível pensar em mais uma função do at. Se, por um lado, o at oferece o *holding*, como já abordado acima, por outro lado acaba chamando o sujeito acompanhado para a realidade. A partir das formulações winnicottianas, é evidente que a identificação que ocorre entre acompanhante e acompanhado, “[...] vivida em algum momento ao ponto da indistinção entre os processos psíquicos de um a outro [...]” (PALOMBINI, 2007, p. 156), permite ao acompanhante, estar no lugar do acompanhado, pois, para ele, essa experiência propicia um sentimento de realidade.

É como se, no encontro genuíno e devotado do acompanhante com o seu acompanhado, conjugassem-se esforços para a afirmação do ser deste em sua vertente a mais espontânea (ainda que fugaz ou inacabada). A passagem por essa experiência de quase fusão incide de forma determinante na produção de efeitos que se pode esperar obter das intervenções que impõem limites e produzem frustração, marcando intervalos e diferença, fazendo então advir o desejo (PALOMBINI, 2007, p. 157).

Barreto (2000) evidenciou que acontecem reações explosivas, como a agressão física, com frequência na clínica do AT. Para o autor, parece que são situações “[...] em que nós, at's, fazemos alguma coisa – comentário, atitude ou gesto – que ultrapassa o limite do que o sujeito é capaz de suportar” (BARRETO, 2000, p. 95), ou seja, o volume de angústia acabou transbordando. Nesses casos, é necessário que o at possa reconhecer seu erro, para que o sujeito não fique no lugar de “louco”. Nesse sentido, a presença real do at e sua diferença do paciente introduzem elementos da realidade e frustração, que contribuem com o reconhecimento do objeto não-eu. Assim, é evidente que a função de apresentação de objetos depende de uma identificação do at com o sujeito acompanhado, utilizando, ao mesmo tempo, o que apreende durante o processo a favor do crescimento do sujeito – o que Winnicott chamou de devoção.

Concluindo, fica evidente que os conceitos de Winnicott, como o *holding*, o espaço potencial e a *apresentação de objeto*, são também utilizados na atuação clínica, e se “[...] apresentam através do *manejo* que o analista faz do *setting*, ou seja, de como compõe o espaço, o tempo e o uso que faz do próprio corpo para o cuidado com o paciente” (POSSANI, 2010, p. 26, grifo do autor). Portanto, torna-se

relevante levar em consideração essas elaborações conceituais desenvolvidas por Winnicott, as quais contribuem para fundamentar a prática do AT.

Além disso, como essa discussão pode ser articulada com a proposta de AT com crianças? Quais seriam as especificidades da prática do AT com crianças? A seguir, traremos uma discussão acerca das possibilidades do AT na clínica infantil, mais especificamente, na atenção psicossocial, buscando fundamentá-la no pensamento de Winnicott.

#### **4.3 Possibilidades do AT como estratégia clínica na atenção psicossocial infantil**

O AT com crianças, no contexto da rede de assistência em saúde mental infantojuvenil, é utilizado como estratégia clínica, inclusive nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), e se dá no território da criança – seja ele em casa, pelo bairro ou na escola –, apresentando como objetivo o estabelecimento da rede entre os serviços de saúde e educação dessas crianças para a sustentação do projeto terapêutico. Porém, vale ressaltar que a prática do AT exercida dentro do CAPSi, diante do resultado da presente pesquisa, não parece estar sendo efetivada, tendo em vista que nenhum trabalho foi encontrado acerca da prática nesse contexto. No entanto, é possível seguir essa linha e construir articulações através de trabalhos encontrados no contexto da rede de assistência em saúde mental ao público adulto. O espaço físico é intrínseco à prática do AT, pelo fato de estar *in loco*, ou seja, no local, na casa, na cidade, na rua, ou seja, essa é a maior potência dessa prática. No caso da infância, o território escolar acaba sendo o espaço privilegiado em que o acompanhamento acontece, por ser um local onde a loucura sempre esteve excluída (ALBANO, 2015; SERENO, 2006).

Nesse contexto, é primordial o trabalho em conjunto da rede assistencial em saúde mental com a escola, com o intuito de “[...] ativar a construção de ‘repertórios escolares’ para as crianças com graves sofrimentos psíquicos e oportunizar para os alunos e o professor a vivência de práticas pedagógicas inclusivas, ampliando a ação do professor no cotidiano escolar” (ALBANO, 2015, p. 60). Desse modo, é

evidente que o AT com crianças está voltado, na grande maioria dos casos, à inclusão escolar, pois a escola dá um lugar para a criança, um lugar social, pois quem vai à escola recebe o estatuto de criança. Além disso, “a escola é também a organização oficial responsável pelo reconhecimento da constituição do cidadão produtivo” (SERENO, 2006, p. 169). Assim, ao indicar um lugar social para a criança, também é atribuído um lugar de sujeito. Desse modo, a principal possibilidade de intervenção do AT com crianças no CAPSi se dá através da sua inserção no ambiente escolar. Porém, é necessário não perder de vista as outras dimensões da rede dessas crianças. Mesmo que o at vá à escola com a criança, não quer dizer que seu trabalho se dá exclusivamente no âmbito educacional. Porém, é importante destacar novamente que, embora seja esperada na política de saúde mental do CAPSi a inserção social da criança no ambiente escolar, não foram encontrados trabalhos sobre a prática do AT exercida no CAPSi com o intuito de efetivar essa inserção (ALBANO, 2015; COELHO, 2007; NASCIMENTO, 2015; SERENO, 2006).

Apesar de o AT com crianças poder ser realizado no contexto assistencial em saúde mental, tendo como possibilidade de atuação o contexto escolar, também há, especificamente, o AT escolar, que, de acordo com Nascimento (2015), se caracteriza como um acompanhamento no ambiente escolar, sendo esse profissional parte do quadro de funcionários da instituição ou contratado pela família como profissional particular. O AT escolar é uma prática muito recente, sendo difícil identificar ao certo há quanto tempo vem sendo realizada, ou quando e onde teve um início. Porém, é possível pensar o AT escolar também através da Reforma Psiquiátrica, pois o surgimento dos movimentos de inclusão escolar coincidiu com a luta antimanicomial, pois “[...] para os adultos, houve uma queda dos muros dos hospitais e um esforço para a integração na comunidade. E, para as crianças, a luta representou a busca pela integração escolar, contrariando as escolas especiais, segregacionistas” (NASCIMENTO, 2015, p. 24). Essa prática vem sendo difundida principalmente nas escolas particulares, sendo difícil a sua inserção na rede de ensino público. Na pesquisa realizada para este trabalho, a maioria dos estudos encontrados sobre a prática do AT com crianças se referia especificamente ao âmbito escolar. O material encontrado, entretanto, ajuda a pensar nessa possibilidade de atuação no contexto assistencial em saúde mental, já que, como dito anteriormente, não foram encontrados trabalhos sobre a prática do AT exercida no CAPSi.

Ao pensar o AT com crianças na escola como possibilidade de atuação na atenção psicossocial, se faz necessário refletir também sobre inclusão, pois a mesma protesta por igualdade de direitos e oportunidades, onde a convivência não seja segregada, independentemente da condição do sujeito. Porém, na prática ainda há muito a ser feito para esse alcance, pois o que presenciamos é uma grande quantidade de pessoas excluídas socialmente e segregadas em instituições. No ambiente escolar a situação é a mesma. A escola vem encontrando uma série de dificuldades em incluir crianças em sofrimento psíquico grave na convivência comum. Os professores e funcionários são mal orientados, “[...] sem apoio, muitas vezes conseguem apenas tolerar seus novos alunos, cabendo a estes uma participação de ‘faz-de-contas’ e pouco entrosamento com seus colegas” (FUJIHIRA, 2006, p. 102). Portanto, a inclusão, como um processo, pensa a multiplicidade do humano como potência, compreendendo, assim, as crianças em suas singularidades. Assim, no processo de inclusão ocorre a construção de um campo comum em que se pode compartilhar com os outros a partir da sua própria forma de expressar, “é ser *com os outros* e não *como os outros*” (ALBANO, 2015, p. 45, grifo do autor). (ALBANO, 2015; FUJIHIRA, 2006). Desse modo, a perspectiva inclusiva é compreendida como

[...] um modo de se estabelecer relação com a vida, a partir de um regime permanente de diferenciação, que não diz respeito apenas aos sujeitos diferentes, mas a todos os envolvidos, onde busca-se a produção de um campo comum, que se compartilha com os outros, à sua maneira, e não a anulação da diferença (ALBANO, 2015, p. 50).

Portanto, é evidente que o AT se distancia do modelo integrativo, onde o sujeito em sofrimento psíquico é levado em seu tratamento a se aproximar da norma, do padrão social, a “cura”; e se aproxima mais do campo inclusivo. A escola acaba sendo um espaço privilegiado de promoção da inclusão da criança em sofrimento psíquico, pois é no âmbito educacional que as relações são estabelecidas, o contato com a diferença nesse âmbito é inevitável. Nesse sentido, o AT acaba se aliando ao sistema escolar, oferecendo suporte para a inclusão de crianças em sofrimento psíquico na sala de aula, ou seja, passa a se caracterizar

também como um recurso auxiliar ao processo educacional (ALBANO, 2015; LEAL, 2015).

Nesse contexto, a escolarização de crianças com graves sofrimentos psíquicos, como transtornos globais do desenvolvimento, ou crianças diagnosticadas como psicóticas e autistas, em classes regulares vem sendo um constante desafio. O desenvolvimento de ações, estratégias e de dispositivos na produção de práticas inclusivas, articulando saúde e educação, é de extrema importância; e o AT se enquadra como uma delas, se caracterizando como uma modalidade que contempla as necessidades que surgiram com o processo de inclusão. Porém, é importante enfatizar que o AT não deve ser a única estratégia utilizada para efetivação da inclusão escolar da criança, sendo necessária a construção de uma rede de acolhimento que sustente essa entrada no meio escolar (SERENO, 2006; FUJIHIRA, 2006; ALBANO, 2015).

Em sua prática no contexto escolar, o at se encontra dentro e fora da sala de aula, envolvendo a criança nas propostas oferecidas pela escola, focando na relação da criança com o outro, na busca pela retomada da estruturação psíquica. Para a psicanálise, na constituição do eu, o eu necessita do Outro para se constituir, “[...] precisa reconhecer-se no outro e reconhecer o outro em sua diferença” (SERENO, 2006, p. 172). Desse modo, pode-se pensar que a escola representa um espaço de subjetivação para as crianças. Portanto, o at, ao se colocar ao lado da criança no ambiente escolar, acaba favorecendo a construção de um modo singular de habitar o território escolar – que é coletivo. Essa disponibilidade ofertada pelo at não se trata apenas de tempo, mas de um desejo de se emprestar para ajudar a criança a fabricar ferramentas que a auxiliem na compreensão do social. O at também auxilia na ampliação da compreensão de si, criando e ofertando, assim, outras vias de expressão para as angústias e frustrações (ALBANO, 2015; NASCIMENTO, 2015; SERENO, 2006).

Desse modo, é importante pensar que o lugar do at não é somente ao lado da criança, mas também junto à equipe escolar e à equipe terapêutica, com o intuito de estabelecer e apoiar uma rede de referência e acolhimento. Assim, as intervenções ocorrem com a intenção de permitir que aconteça a circulação e trocas sociais. O at deve atuar como mediador e facilitador do processo de inclusão dessa criança, buscando integrá-la ao grupo e envolvendo-a em atividades propostas pelo

professor, porém, sempre observando e respeitando seus limites (ALBANO, 2015; NASCIMENTO, 2015). Portanto, o que se busca no AT com crianças é

[...] ajudar a criança a permanecer na sala o máximo de tempo possível, convidando-a incessantemente para as atividades propostas [...] em outras palavras, envolvendo a criança em um contexto social e educacional. Assim, o acompanhante convoca a criança para a rotina e para a regra, atuando, também, sobre o ato educativo e produzindo um efeito terapêutico (NASCIMENTO, 2015, p. 42).

Desse modo, ao submeter a criança às regras, pode-se supor a existência de um sujeito. Assim, o trabalho do at “[...] se dá sobre uma criança com dificuldades de diversas ordens, principalmente simbólicas, e se orienta para a emergência, a retomada e o fortalecimento do sujeito” (NASCIMENTO, 2015, p. 50). O at deve estar em favor da criança, compreendendo seus limites, mas ao mesmo tempo tentando ultrapassá-los. As intervenções devem seguir a linha de promoção do desenvolvimento e constituição subjetiva. Portanto, a perspectiva tomada deve ser a de retomar a estruturação psíquica interrompida ou a de busca da sustentação do sujeito (NASCIMENTO, 2015). O at também pode realizar um trabalho de apoio junto ao professor, quando este precisar exercer funções mais subjetivas e simbólicas na relação com o aluno, além da função pedagógica. Desse modo:

É importante que o seu papel alcance uma desconstrução geral de crenças relacionadas à criança, para que os professores possam perceber os avanços para além dos processos de aprendizagem. Isso promove uma ampliação do olhar da escola para conquistas e intervenções que não estão vinculadas somente com o saber pedagógico (NASCIMENTO, 2015, p. 41).

Araripe (2012) afirma que o diálogo entre professor e at é fundamental para a inclusão da criança, inclusive em momentos fora da sala de aula. “A atuação do AT, portanto, não visa uma substituição da interação do aluno especial com os outros alunos e com o professor (como uma espécie de aula particular dentro da sala), mas sim ser um sujeito adicional para interagir” (ARARIPE, 2012, p. 85). Desse modo, as

parcerias (entre at e professor/família) apresentam importância, pois contribui para a elaboração das propostas curriculares que possam envolver a criança nas atividades pedagógicas e favoreçam pontos de interação. Por isso, segundo Coelho (2007), fornecer um amparo técnico e afetivo aos envolvidos – professores e outros profissionais da equipe educacional – é fundamental, pois esses profissionais podem apresentar dificuldade em lidar com a diferença e a estranheza que o fenômeno da loucura causa, e os mesmos podem tomar atitudes não adequadas ao processo de inclusão da criança, ficando assim evidente a importância do at também nesse sentido.

O meio escolar pode proporcionar ao at uma observação de como a criança se relaciona e brinca com os colegas, como se relaciona com os adultos/profissionais da instituição, como percebe os conteúdos pedagógicos, as regras da escola e como reage às frustrações. É sugerido que o at, nesse meio, passe algumas semanas circulando pelos espaços da escola, entrando em contato com funcionários e observando/participando da rotina da criança na escola e fora dela; assim, pode-se pensar na elaboração do projeto terapêutico para aquela criança. O fazer do at nesse contexto pode vir a ajudar a criança em sofrimento psíquico a ter melhores condições de igualdade, participando das situações escolares juntamente com os demais alunos (ALBANO, 2015; LEAL, 2015).

O at pode se apresentar como uma presença ativa na escola, “[...] ocupando lugar de intérprete e tradutor das diversas linguagens (da criança, da escola, da família), ou oferecendo-se como um ‘espelho’ onde a criança pode se reconhecer” (NASCIMENTO, 2015, p. 50). Ou seja, o at se coloca como testemunha do cotidiano escolar da criança, promovendo, assim o reconhecimento de suas produções e conquistas. Assim:

[...] se a criança expressa um eventual desejo de transitar ou permanecer em um determinado local no espaço escolar, o acompanhante escuta, atribui sentido, supõe (‘antecipa’) e sustenta esse desejo. Essa ‘sustentação do desejo’ é fundamental na relação estabelecida entre o Acompanhante e a criança (NASCIMENTO, 2015, p. 52).

Para a criança em sofrimento psíquico é necessário muito mais que o acesso ao espaço físico da sala de aula, a interação com o outro, em uma relação de respeito e aceitação das diferenças, é primordial. Ao indicar um lugar social para a criança, há uma aposta imaginária do adulto nas suas possibilidades, assim, a criança pode ou não responder a esse investimento. “[...] o acompanhante trabalha em um lugar do ‘entre’: *entre* a criança e as outras crianças, *entre* a criança e a professora, *entre* a criança e a escola e, em alguns casos, *entre* a criança e família” (NASCIMENTO, 2015, p. 42, grifo do autor). O AT pode oferecer, assim, um suporte para que as crianças em sofrimento psíquico grave possam construir suas estratégias de enfrentamento e estruturarem seus próprios recursos nesse processo (LEAL, 2015; NASCIMENTO, 2015).

Desse modo, Albano (2015, p. 62) aponta as seguintes funções do at no âmbito escolar:

[...] mediador das relações da criança com a professora, com as outras crianças e a escola como um todo; intérprete das diferentes linguagens para a criança; ser uma referência, oferecer-se como um “espelho” no qual a criança possa se reconhecer, podendo operar na constituição do eu e no advento do sujeito, da linguagem, do discurso social. Outra dimensão ressaltada é o caráter de invisibilidade das ações do at na escola, uma postura que busca remeter ao outro o manejo da situação, isto é, recorrer à professora numa situação de crise, convocá-la como autoridade ou no lugar de quem decide as coisas na escola, convocar a criança acompanhada para uma conversa em que o at é requisitado a falar dela etc.

O olhar para a criança deve ser de compreensão das suas potencialidades e possibilidades de pertencer a um grupo social. Essas questões norteiam a atuação profissional com crianças em sofrimento psíquico. A singularidade na forma de cada criança viver o processo de escolarização é levada em consideração, “[...] o tempo de permanência possível na sala de aula ou na escola para cada um, a circulação e preferência por alguns espaços e seus interesses delineavam as diferentes trajetórias que cada criança teria na escola, sendo isso favorecido pela presença de um at junto à criança” (ALBANO, 2015, p. 61). O at apresenta o papel de incentivar o convívio entre a criança e seu meio social, sempre buscando a interação entre a

criança e todos os outros, para que ela possa, assim, ocupar um lugar em que a mesma possa ser tratada como indivíduo singular (NASCIMENTO, 2015; ALBANO, 2015; PARRA, 2009).

Portanto, segundo Coelho (2007), Nascimento (2015), Leal (2015) e Araripe (2012), o at deve estar preparado para transitar entre as posturas pedagógica e terapêutica, pois esta prática é guiada por um caráter interdisciplinar e intersetorial, objetivando uma melhoria da qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico. Porém, isso leva também a uma falta de definição da sua função, justamente por seus objetivos transitarem entre o pedagógico e o terapêutico. Portanto, o at deve estar atento para não ocupar lugares que são demandados pela instituição, pois “o acompanhante pode ser visto como aquele que resolve o problema de aprendizagem ou de comportamento do aluno” (NASCIMENTO, 2015, p. 43), papel que não lhe cabe. Além disso, é evidente que a prática do AT ainda não tem sido valorizada, pois, muitas vezes, o at é visto como um cuidador ou um professor auxiliar. Araripe (2012, p. 12) relata em sua dissertação que em uma de suas experiências como at no meio escolar:

[...] me deparei diversas vezes com essas questões, pautadas pela indefinição de discursos sobre a inclusão e sobre o papel do acompanhante terapêutico nessa teia de relações e discussões emergente. O problema se iniciava pela imprecisão do termo. Eu era chamada de acompanhante terapêutica pelos meus colegas da psicologia, pela psicóloga que me supervisionava e pela diretora da escola; já os professores e coordenadores me chamavam de estagiária de inclusão.

Assim, segundo Parra (2009), apesar de o AT estar se tornando um procedimento cada vez mais adotado nas escolas, é evidente que há uma divergência sobre a função do AT no contexto escolar, pois “para a equipe terapêutica [...] a inserção do at seria uma ferramenta a mais no processo de inclusão da criança. No entanto, para a escola, parece que o at assume uma posição de saber e poder tal, que desvirtua essa proposta” (PARRA, 2009, p. 122, grifo do autor). Portanto, é importante desconstruir o discurso da escola de que o at e a equipe terapêutica vão ensinar a lidar com a criança, dizendo o que fazer para ela aprender. Parra (2009) coloca: “explicávamos que, assim como eles, não

tínhamos resposta, que aprenderíamos juntos a maneira ideal de lidar com ela e que a meta principal com a inserção de Mônica na escola era o convívio com as outras crianças, era sua inclusão social” (PARRA, 2009, p. 103).

Leal (2015) aponta as principais dificuldades enfrentadas pelo at no contexto escolar, sendo elas: a postura da família frente à diferença; a postura negligente do professor frente ao aluno em sofrimento psíquico; a (des)articulação do poder público na oferta de serviço de AT. Quanto a este último, há uma falta de investimento, desorganização do sistema e uma indecisão quanto aos caminhos de ação, assim como o não reconhecimento do direito da criança em sofrimento psíquico.

Quanto à postura do professor, é importante não se esquecer de voltar um olhar para a criança, sem reduzi-la à sua condição, pois “[...] a forma como os educadores vêem a deficiência aparece ainda de maneira estanque [...]” (ARARIPE, 2012, p. 34). Esse tipo de visão, segundo a autora, pode dificultar o processo de inclusão, pois o olhar é deslocado do sujeito e suas potencialidades para a deficiência. O AT, ao criar condições de superação das deficiências da criança, pode servir de mediador do processo de potencialização das capacidades da criança (ARARIPE, 2012).

Outra dificuldade do trabalho do AT no âmbito escolar é o manejo necessário entre o desejo da criança e a demanda do sistema escola, no qual Nascimento (2015, p. 117) evidencia que

Em alguns momentos, a escola se situa nas suas regras e naquilo que considera importante para a criança. Porém, a imposição pode se tornar um elemento invasivo para a criança e impossibilitar o avanço no seu processo. O acompanhante precisa manejar essa relação, entendendo a importância de dar atenção a singularidade da criança mas, ao mesmo tempo, compreendendo a dinâmica do sistema escolar. Essa ação está associada ao manejo entre uma perspectiva clínica e uma perspectiva educacional.

Além disso, crianças com sofrimento psíquico grave enfrentam uma série de dificuldades que, na teoria, não deveriam existir. Dificuldades estas intimamente associadas à exclusão social e à falta de estrutura das escolas para receberem esses alunos. Há uma falha no sistema educacional, e a mesma se reflete no

professor, pois é esse profissional que lida diretamente com a necessidade do aluno. Assim, se faz necessária uma formação profissional especializada para a realização da escola inclusiva (PARRA, 2009).

Outra dificuldade é pontuada por Parra (2009), ao afirmar que no processo do AT existe uma expectativa grande com relação à evolução da criança, tanto por parte da escola quanto dos familiares. Portanto, o at deve tomar cuidado para também não ficar contaminado pela ânsia de que a criança apresente avanços. Muitas vezes essa expectativa não é atendida, gerando um sentimento no profissional de incapacidade e de que o trabalho não está sendo satisfatório.

Sobre os efeitos terapêuticos do AT com a criança, Nascimento (2015) afirma que ao observá-los, percebeu efeitos principalmente no que diz respeito à linguagem, ao laço social, ao brincar e ao aprender. Esses efeitos possibilitaram a retomada da estruturação do sujeito. Assim, Araripe (2012) afirma que o AT quando realizado em parceria com outras crianças, professor e família, facilita o processo de inclusão da criança, tanto no sentido dos conteúdos escolares como na interação social.

De modo geral, o AT apresenta como objetivo o estabelecimento de um vínculo afetivo com o acompanhado, com o intuito de reinseri-lo na comunidade. Assim, o AT, no contexto escolar, busca fortalecer as parcerias entre o aluno incluído, outros alunos e o professor, gerenciando os conflitos que surgem dessas interações. O at busca a reintegração da criança em seu universo social, ou seja, na escola (ARARIPE, 2012).

Diante disso, se faz possível pensar na atuação do AT no contexto escolar, como possibilidade na atenção psicossocial infantil, a partir dos conceitos winnicottianos discutidos acima – *holding* e espaço potencial. Nascimento (2015, p. 83) pontua em sua pesquisa que durante um acompanhamento assumiu, muitas vezes, funções maternas, relatando em seu estudo de caso com Tiago que

Tiago parecia se misturar comigo, tomava de empréstimo meus desejos e meu corpo. De início, andava “grudado” comigo, agarrado em minha roupa. Colocava a mão entre minhas pernas, como se o corpo fosse dele. A minha ausência era difícil de ser sustentada. Ele se movimentava para me buscar e ficava incomodado quando eu estava com outras crianças da sua turma. Em algumas situações, chamou-me de “mãe”. Outras vezes, chegou a me chamar pelo seu

apelido familiar. Minhas intervenções, orientadas pelas psicólogas e supervisoras da escola, levaram em consideração essa relação inicial, na qual Tiago estava muito “colado” a mim. E observamos que, a partir do processo de alienação, outras intervenções puderam acontecer durante o acompanhamento.

No relato acima, Tiago se mostra numa relação fusional e de grande dependência do acompanhante, demandando dela uma atitude de presença ativa e solícita. Esse relato nos faz pensar no conceito de Winnicott, como a função materna de *holding*, que, como abordado anteriormente, é uma série de experiências de cuidado que favorecem no bebê – ou qualquer sujeito em desenvolvimento – a possibilidade de vivenciar agudas experiências instintivas integradoras com o ambiente. Ao se estabelecer o *holding*, o sujeito em desenvolvimento integra diversos núcleos sensoriais ainda não integrados à sua maneira e ao seu ritmo. Na clínica esse *holding* se dá através do fornecimento ao sujeito de experiências de continuidade, físicas e psíquicas, que são por si só integradoras. Assim, quando se fala em experiências de continuidade, “[...] fala-se da presença de uma pessoa que além de estar fisicamente com a pessoa portadora de sofrimento psíquico grave, está presente de maneira afetiva, estando em contato com as angústias desse outro em sofrimento, através de uma atitude empática” (COELHO, 2007, p. 84). Portanto, o acolhimento oferecido a essa criança implica não só na capacidade do profissional em apresentar conhecimento, mas também afeto, aspecto terapêutico fundamental para o encontro entre dois indivíduos e para a constituição psíquica de qualquer criança.

Sendo assim, para o trabalho da clínica do AT com crianças é desejável uma postura análoga à materna, principalmente ao pensar a capacidade do at em suportar o jeito patológico de certas crianças se expressarem, dando a criança confiança de que o at pode sobreviver às suas reações. O at se encontra constantemente presente com a criança no âmbito escolar, respeitando sua maneira de ser, estando aberto ao aparecimento dos mínimos interesses e da subjetividade da criança, para que assim, a mesma possa ter a possibilidade de ter um lugar (COELHO, 2007; PARRA, 2009).

Os conceitos de espaço potencial e de apresentação de objetos nos fazem pensar que o at acaba sendo alguém que sustenta as regras da instituição, apresentando-lhe elementos da realidade, mas que também oferece lugar e dá voz à

criança, permitindo, assim, a construção da sua subjetividade. Assim, é evidente que sua atuação está muito relacionada ao chamado para a realidade, mas atenta às expressões de suas iniciativas espontâneas, criativas e singulares. Ou seja, ao mesmo tempo em que o at faz o *holding*, ele chama a criança para a realidade, ajudando a distinguir o que é do mundo externo e interno (NASCIMENTO, 2015).

Em um dos casos clínicos de sua pesquisa, Parra (2009) relata que em determinado momento foi sugerida por parte da equipe terapêutica a diminuição do tempo do at na escola junto à criança, pois se pensava na possibilidade de aumentar a autonomia da criança e da escola. Porém, a escola interpretou a atitude de outro modo, e “a reação foi afirmar que, sem a presença de um acompanhante, professora e auxiliar não dariam conta da aluna com necessidades especiais e do restante dos alunos” (PARRA, 2009, p. 123). A criança e a equipe pedagógica podem se sentir mais seguras quando o at está presente. Porém, é importante pensar nos problemas derivados disso, como a dependência, que deve ser repensada, a partir do momento que o maior objetivo do AT está no tornar o sujeito independente/autônomo, ou seja, o at deixar de ser necessário.

Segundo Albano (2015, p. 107), a qualidade do trabalho do at não está apenas na sua presença, mas na “[...] possibilidade de se colocar em questão e se recolher para que o professor ocupe seu lugar junto à criança. Atuamos, afinal, para não sermos mais necessários”. Apesar da importância da presença do at, oferecendo o *holding*, dando apoio e suporte a essa criança, o at precisa também ajudar a criança a lidar com as regras estabelecidas na instituição e na busca por autonomia. Isso é evidente quando, para Sereno (2006), há um momento em que as ações do at passam a corresponder a “pequenos nada”, ou seja, uma ausência, onde o at começa a se afastar, aos poucos, encorajando a criança a sentir-se sozinha, responsabilizando-se também pelo seu processo escolar.

Assim, os ats que utilizam como referência a teoria de Winnicott têm a possibilidade de atuar de maneira profunda na questão da inclusão, pois “[...] se o acompanhante compreender a subjetividade de seu acompanhado e o meio que estão inseridos, manejos podem ser realizados de forma a suprirem necessidades essenciais” (FUJIHIRA, 2006, p. 103). O at, ao trabalhar com esses sujeitos excluídos socialmente, pode sintonizar com mais sutileza alguma intervenção mais calcada em um lugar ético do que em um registro social. O posicionamento do at, ao se abrir às surpresas e às fragilidades do acompanhado, sustenta uma condição

ética, possibilitando, assim, o surgimento de novas experiências a partir das relações (FUJIHARA, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após todo o procedimento de pesquisa, de busca, leitura e análise dos dados encontrados, são inúmeras as impressões que ficam sobre a clínica do AT com crianças. Vale ressaltar aqui que o interesse ao tema surgiu a partir de um engajamento pela luta antimanicomial, a partir de trabalhos escritos anteriormente com relação, principalmente, à Reforma Psiquiátrica e a busca por uma nova clínica nesse contexto. Através das leituras, a prática do AT foi encontrada e despertou grande interesse a partir do seu argumento do “fora”, a “clínica nas ruas”; uma clínica que pensa em liberdade, que está para além dos muros dos hospitais psiquiátricos.

Nessa pesquisa, percorremos, historicamente, os caminhos do surgimento do AT, assim como sua dimensão prática, principalmente no campo da saúde mental com o público infantil. Percebemos as diferentes tradições associadas ao surgimento da prática do AT, assim como sua evidente relação com o movimento da Reforma Psiquiátrica. O foco no público infantil revelou sua notória escassez de trabalhos, em comparação com estudos voltados para o público adulto. O que percebemos como mais frequente nos trabalhos encontrados com o público infantil é a associação dessa prática à educação inclusiva, inserindo o AT no contexto escolar. Porém, com relação à prática do AT exercida no CAPSi, pensando a partir do contexto específico da atenção psicossocial infantojuvenil, não foi encontrado nenhum trabalho. Esta carência de estudos sugere uma ausência de experiências de AT nos CAPSi, a qual precisa ser discutida em relação às recomendações e alternativas de práticas de inserção social previstas nesses serviços.

Assim, podemos pensar no primeiro ponto que sintetiza os resultados de nossa pesquisa, o AT pode ser considerado um dispositivo ideal da Reforma Psiquiátrica, a ser utilizado na Atenção Psicossocial infantil. O AT se caracteriza como uma ferramenta essencial ao processo de desinstitucionalização indicado pela Reforma Psiquiátrica e pela Luta Antimanicomial, pois o mesmo tira o foco do hospital psiquiátrico e coloca-o no fora, nas ruas, no espaço público. A clínica do AT se abre para tudo aquilo que compõe a cidade. Os dispositivos que focam nessas experiências de circulação pelo espaço urbano são os melhores dispositivos de tratamento, pois são espaços de cuidado, de produção de vida e de autonomia.

Quando os usuários de serviços como o CAPS retornam para o convívio social, acabam enfrentando um grande impacto. O AT se coloca frente a essas questões, a partir de situações que colocam a loucura nos espaços públicos, para além das instituições. O AT articulado ao CAPS promove a ressocialização desses sujeitos em sofrimento psíquico grave, se enquadrando como uma estratégia a mais nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. É evidente, assim, que esse cuidado está associado à autonomia, ao funcionamento psicossocial e à integração comunitária, aproximando o sujeito do seu meio social. Ao utilizar o espaço público o AT acaba sendo, de fato, um dispositivo clínico-político, permitindo possíveis mudanças para a história da reforma psiquiátrica brasileira, principalmente no que diz respeito à tarefa difícil de conviver com a diferença.

O segundo ponto a ser destacado na conclusão deste estudo, remete a um dos questionamentos que surgiram inicialmente: o que se caracteriza como terapêutico na prática do AT? O AT, ao estabelecer um vínculo e oferecer uma escuta ao sujeito acompanhado, torna sua atividade terapêutica. O AT também apresenta a interdisciplinaridade, uma característica de ação terapêutica contemporânea. Ao considerar o sujeito em sofrimento psíquico grave em seu contexto sócio-histórico-psíquico-biológico e cultural, acaba contribuindo com a inclusão desses sujeitos. Por isso, estar junto a esse sujeito acaba adquirindo uma finalidade terapêutica, visando, principalmente, à inserção social. Ou seja, as interlocuções que o AT realiza entre a vida cotidiana, o serviço e a cidade evidenciam a potência terapêutica dessa clínica. Além disso, apenas a circulação do sujeito nos espaços urbanos já pode ser considerada, por si só, terapêutica, pois situa o sujeito em sua história, tornando-o ativo.

A função terapêutica do AT também pode se mostrar através dos conceitos winnicottianos de *holding* e espaço potencial, como discutido acima. A partir do momento que essa prática clínica pode ser sustentada por um aporte teórico, como o de Winnicott, se fortalecem suas possibilidades de escuta clínica, ampliando seu potencial terapêutico. O vínculo estabelecido entre acompanhante e acompanhado possibilita retomar situações que deveriam ter sido vivenciadas nos momentos iniciais da vida, na relação entre mãe e bebê. Assim, nessa retomada, o at exerce algumas funções maternas, o que demonstra ainda mais a íntima relação que a prática do AT apresenta com a teoria de Winnicott. É evidente que uma das funções do at está associada à função materna do *holding* através do apoio, do suporte e do

acolhimento, por meio de uma atitude empática. Ao reproduzir essa função materna, o at acaba aos poucos possibilitando ao sujeito a posse do seu desenvolvimento rumo a uma maior autonomia, pois o *holding* é tudo que, no ambiente, fornecerá ao sujeito a experiência de continuidade e constância, tanto física quanto psíquica. Muitas vezes, o simples estar junto ao paciente, por mais que dê a impressão de não estar “fazendo nada”, já é considerado terapêutico, apenas pela presença do at, ou seja, sua presença qualificada é reconhecida como terapêutica. Não há apenas um “corpo” junto ao sujeito, mas um corpo atento e simbólico.

Assim, o *holding* pode ser proporcionado pelo at através de um ambiente estável, de experiências de continuidade física e psíquica, para que o acompanhado possa usar esse vínculo para suprir suas necessidades básicas. No AT, o paciente é dependente e necessita da presença e apoio do at. Portanto, esse *holding* irá se caracterizar pelo reconhecimento do grau de dependência apresentado pelo sujeito e na disponibilidade do profissional para apoiá-lo como ego auxiliar, ao mesmo tempo em que favorece a sua crescente autonomia.

Quanto ao conceito winnicottiano de espaço potencial, pensado na prática clínica do AT, este se apresenta quando o paciente experiencia a confiança no ambiente e obtém autonomia. O estabelecimento da comunicação na prática clínica ocorre a partir do espaço potencial construído entre at e acompanhado, a partir da presença do at e da confiabilidade e previsibilidade ambiental fornecida. Ou seja, a condução do trabalho encontra-se apoiada na concepção de mãe suficientemente boa, pois o trabalho exige do at um posicionamento semelhante ao da mãe em estado de devoção no cuidado de seu bebê.

O sujeito em sofrimento psíquico grave, geralmente, se encontra impossibilitado de brincar. Portanto, pensando a partir da clínica tradicional, a presença e os gestos do analista devem ocorrer no sentido de permitir que o sujeito faça uso do analista, do espaço e do tempo para reconhecer o que faltou a ele como experiência de cuidado inicial, e buscar viver isso na relação terapêutica. É nesse sentido do brincar que se pode compreender o movimento realizado no AT, a partir do momento em que o corpo desse profissional é presente, disponível, sem exigências e abstrações.

Em certo momento da relação terapêutica, o at deixa de ser objeto subjetivo, sob o controle onipotente do sujeito, para fazer parte como um elemento da realidade externa, onde sua existência é própria e independente. Porém, para isso, o

at precisa sobreviver aos ataques que o sujeito lhe dirige, sustentando e organizando as situações vivenciadas pelo sujeito e compreendendo-as sem interpretá-las. A interpretação só pode acontecer quando a relação transferencial se transforma e o sujeito coloca o objeto fora do seu controle onipotente. Assim, no decorrer dos encontros, o intuito é de que o at passe a adquirir características próprias de um objeto, a partir da constância dos encontros e da relação de confiança estabelecida. O que acaba proporcionando ao sujeito acompanhado possibilidades de se relacionar com objetos de maneira diferenciada.

Portanto, fica claro que as formulações winnicottianas possibilitam pensar que a identificação que ocorre inicialmente entre acompanhante e acompanhado caracteriza-se como uma experiência que propicia ao acompanhado alcançar gradualmente um sentimento de realidade. Por um lado, o at oferece o *holding*, e, por outro, chama gradativamente o sujeito para a realidade. Assim, é perceptível que os conceitos winnicottianos ajudam a dar sustentação teórica ao trabalho do AT, contribuindo com a necessária fundamentação dessa prática clínica.

O último ponto a ser discutido está no seguinte questionamento: quais as possibilidades de atuação do AT dentro dos CAPSi? Ficou claro que o espaço físico é intrínseco à prática do AT, ou seja, a prática é realizada em qualquer local em que o sujeito esteja, em sua casa, na cidade, na rua, entre outros. No caso da infância, o território escolar acaba sendo o espaço em que o acompanhamento acontece, pois a escola dá um lugar à criança, um lugar social. Quem vai à escola recebe o estatuto de criança, ou seja, um lugar de sujeito. A escola também é um lugar onde a loucura sempre esteve excluída. Por isso, a grande possibilidade de intervenção do AT com crianças no CAPSi se dá através da inserção no ambiente escolar. Apesar disso, como já ressaltado, a prática do AT exercida dentro do CAPSi, diante do resultado da presente pesquisa, não parece estar sendo efetivada, tendo em vista que nenhum trabalho foi encontrado acerca da prática nesse contexto. O que permitiu a construção de articulações sobre as possibilidades de atuação da clínica do AT nesse contexto foram os trabalhos encontrados sobre a rede de assistência em saúde mental ao público adulto e a inclusão escolar.

Pensar o AT com crianças na escola como possibilidade de atuação na atenção psicossocial é pensar também em inclusão, pois a mesma protesta por igualdade de direitos e oportunidades, onde a convivência não seja segregada, independentemente da condição do sujeito, o que se assemelha à política do CAPSi,

ao propor ferramentas de reabilitação psicossocial para o sujeito em sofrimento psíquico. Porém, na prática ainda há muito a ser feito para esse alcance, pois o que presenciamos é uma grande quantidade de pessoas excluídas socialmente e segregadas em instituições. No ambiente escolar a situação é a mesma. A escola vem encontrando uma série de dificuldades em incluir crianças em sofrimento psíquico grave na convivência comum.

Em sua prática, no contexto escolar, o at deve transitar entre as posturas pedagógica e terapêutica, pois a prática é guiada por um caráter interdisciplinar e intersetorial. Porém, isso leva também a uma falta de definição da sua função, justamente por seus objetivos transitarem entre o pedagógico e o terapêutico. Por isso, o at precisa estar atento para não ocupar lugares indevidos que são, frequentemente, demandados pela instituição.

Portanto, ao pensar o trabalho do AT com crianças no contexto escolar, a partir do viés winnicottiano, é desejável uma postura materna, por parte do at. O at se encontra constantemente presente com a criança no âmbito escolar, respeitando sua maneira de ser, oferecendo o *holding*, lhe apresentando objetos, trazendo a criança para a realidade, estando aberto ao aparecimento dos mínimos interesses e da subjetividade da criança, para que assim, a mesma possa ter a possibilidade de ter um lugar.

O AT, nesse contexto, traz evoluções no que diz respeito à linguagem, ao laço social, ao brincar e ao aprender – o que possibilitam a retomada do desenvolvimento do sujeito. É evidente que o AT, quando realizado juntamente a outras crianças, professor e família, facilita o processo de inclusão da criança, tanto no sentido dos conteúdos escolares como na interação social – ou seja, tanto no viés pedagógico quanto no terapêutico. Ao facilitar o processo de inclusão da criança na escola, o AT está em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e dos serviços substitutivos como o CAPSi, pois acaba inserindo a criança socialmente.

Porém, é importante refletir também sobre as escolas especiais e/ou instituições privadas, que crescem cada vez mais. Esses espaços encontram-se dentro do paradigma segregativo em que as crianças ditas “diferentes”, em intenso sofrimento psíquico, ficam totalmente excluídas do seu meio social. Essas práticas funcionam, na verdade, como válvula de escape para o fracasso e a inadequação do ensino, e não das crianças. A procura por essas instituições é grande, pois a rede

pública assistencial encontra-se em situação precária, deficiente, e não consegue dar conta dessas demandas. Diante da insuficiência da rede, as instituições especiais e privadas surgem denunciando o fracasso da assistência pública.

As crianças em sofrimento psíquico grave ainda enfrentam uma série de dificuldades associadas à exclusão social e à falta de estrutura das escolas. Há uma falha no sistema educacional, o que mostra a importância e a necessidade de uma formação profissional especializada para a consolidação da escola inclusiva. Além disso, atualmente, a assistência voltada ao público infantojuvenil encontra-se cada vez mais voltada à criação de dispositivos estritamente pedagógicos, que apresentam como objetivo o controle de condutas desviantes. Conseqüentemente, esse modelo de assistência leva a uma forte tendência à institucionalização, à medicalização, e à adaptação social, o oposto dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial, da atenção psicossocial e da clínica do AT. Em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, as teorias da clínica psicanalítica oferecem alternativas ao apostar no processo de desenvolvimento emocional e constituição subjetiva, podendo fundamentar práticas inspiradas no dispositivo ético-político norteador dos serviços substitutivos.

O presente estudo apresenta limitações em responder a importantes questões acerca das potencialidades, efetividade terapêutica e alcances da prática do AT, especialmente no contexto da atenção psicossocial. Instiga, entretanto, questões para novos estudos com relação à clínica do AT com crianças, principalmente através de pesquisas de campo, nas quais se possa focalizar mais a prática do que a teoria. O trabalho contribui para a produção do conhecimento acerca do AT com crianças, indo ao encontro da necessidade identificada de escassez de material bibliográfico sobre o tema. Pretende, ainda, colaborar com o debate acerca das práticas clínicas na atenção psicossocial, especialmente as realizadas nos CAPSi, assim como com a análise crítica da clínica do AT a partir do aporte winnicottiano, como possibilidade de fundamentação teórica dessa prática.

## REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. **A Linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.
- ALBANO, P. B. **Quando o Acompanhamento Terapêutico Encontra a Escola**: a construção de uma prática intercessora. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- ALVARENGA, C. **Trânsitos da clínica do acompanhamento terapêutico (AT)**: da via histórica à cotidiana. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.
- AMARANTE, P.; LANCETTI, A. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. [et al]. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 615-634.
- ARARIPE, N. B. **A Atuação do Acompanhante Terapêutico no Processo de Inclusão Escolar**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.
- ARAÚJO, C. A. S. **Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott**. [s.l.] Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.
- ASSIS, S. G. et al. Situação de Crianças e Adolescentes Brasileiros em Relação à Saúde Mental e à Violência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 2, n.14, p. 349-36, 2009.
- BARRETO, K. D. **Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico**: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco Editora, 2000.
- BAZHUNI, N. F. N. **Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo Psicanalítico de Tratamento das Psicoses na Saúde Mental**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- BERGER, E.; CARROZZO, N. et al. **Crise e Cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo; EDUC, 1997.
- BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- BRASIL. **Portaria nº336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo

assistencial em saúde mental. Brasília, 2002. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>.  
Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CABRAL, K. V. **Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo da Reforma Psiquiátrica: considerações sobre o *setting***. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CARNIEL, A. C. D. **O Acompanhamento Terapêutico na Assistência e Reabilitação Psicossocial do Portador de Transtorno Mental**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CARVALHO, S. S. **Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?** São Paulo: Annablume, 2004.

COELHO, C. F. M. **Convivendo com Miguel e Mônica: uma proposta de acompanhamento terapêutico de crianças autistas**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília - DF, 2007.

COSTA, A. P. C. **O Acompanhamento Terapêutico no Processo de Construção de uma Moradia Possível na Psicose: uma pesquisa psicanalítica**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DUARTE, K. T. **Corpo-Setting: Impasses, rupturas e singularidades no Acompanhamento Terapêutico**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2015.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica Ampliada em Saúde Mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, p. 205-215, 2009.

FAIZIBAIOFF, D. S. **Entre Atoleiros e Becos Sem Saída: descrição fenomenológica dos impasses vivenciais experienciados por acompanhantes terapêuticos**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. O Acompanhamento Terapêutico: criatividade no cotidiano. **Psychê**. Ano X, n. 18, p. 81-90, 2006.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: Salomão J, organizador. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 169-182.

FUJIHIRA, C. Y. Acompanhando a Inclusão: um percurso ético. **Psychê**. Ano X, n. 18, p. 101-108, 2006.

GRUSKA, V.; DIMENSTEIN, M. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. **Psic. Clin.** v. 17, n. 1, p. 101-122, 2015.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação Psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. II, n. 2, p. 83-96, 2004.

HERMANN, M. C. **Acompanhamento Terapêutico e Psicose**: um articulador do real, simbólico e imaginário. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

KLAUTAU, P. Winnicott e Lacan: a clínica psicanalítica nos limites da interpretação. In: **Encontros e Desencontros entre Winnicott e Lacan**. Rio de Janeiro: Escuta, 2014.

LEAL, M. V. S. **Concepções do Acompanhante Terapêutico Acerca da sua Atuação na Rede Pública Municipal de Ensino de Teresina**. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.

LESCOVAR, G. Z. As Consultas Terapêuticas e a Psicanálise de D. W. Winnicott. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 21, n. 2, p. 43-61, 2004.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos Metodológicos na Construção do Conhecimento Científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

LUIZ, C. R.; BRUNIALTI, L. D.; CHAUI-BERLINCK, L. A Reforma Psiquiátrica e sua Influência Sobre o A.T. **Atravessar**, São Paulo, ano 3, n. 5, p. 67-73, 2015.

MACEDO, S. P. **A Clínica no Espaço Público**: vivência de atores envolvidos no processo de acompanhamento terapêutico (at). 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Bauru - SP, 2011.

MAIA, S. M. O Acompanhamento Terapêutico como uma Técnica de Manejo. **Psychê**. Ano X, n. 18, p. 29-40, 2006.

MARINHO, D. M. **Acompanhamento Terapêutico**: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARQUES, M. R. A Prática do Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Expansão Territorial: uma incursão cartográfica. **Psicologia & Sociedade**. v. 25, n. 2, p. 31-40, 2013.

MAUER, S. K.; RESNIZKY, S. **Acompanhantes Terapêuticos**: atualização teórico-clínica. 1 ed. em português. Buenos Aires: Letra Viva, 2008.

NASCIMENTO, V. G. **O Acompanhamento Terapêutico Escolar no Processo de Inclusão de uma Criança Autista**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

NETO, M. L. A.; AMARANTE, P. D. C. O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013.

NOGUEIRA, A. B. **Acompanhamento Terapêutico na Psicose**: Possibilidades de uma Orientação Analítica. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SANTOS, T. S. Acompanhante Terapêutico e Referência Técnica: atravessamento de papéis em um caso clínico de saúde mental. **Atravessar**, São Paulo, ano 3, n. 4, p. 144-170, 2014.

SANTOS, R. G. **Acompanhamento Terapêutico de Pacientes Neurológicos**: uma experiência de ensino em psicanálise. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SERENO, D. Acompanhamento Terapêutico e Educação Inclusiva. **Psychê**. Ano X, n. 18, p. 167-179, 2006.

SILVA, A. S. T.; SILVA, R. N. A Emergência do Acompanhamento Terapêutico e as Políticas de Saúde Mental. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 26, n. 2, p. 210-221, 2006.

SILVA, R. N. et al. As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. **PSICO**. v. 39, n. 4, p. 448-455, 2008.

SILVA, D. **Entre-Lugares e Entre-Tempos**: Cartografias de um Acompanhamento Terapêutico. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

SILVEIRA, R. M. et al. O Acompanhamento Terapêutico no Sistema único de Saúde (SUS): o que pensam os trabalhadores da rede pública de saúde mental de Uberlândia/MG. **Atravessar**, São Paulo, ano 3, n. 5, p. 25-44, 2014.

PALOMBINI, A. L. Acompanhamento Terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê**, Ano X, n. 18, p. 115-127, 2006.

PALOMBINI, A. L. **Vertigens de uma Psicanálise a Céu Aberto**: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PALOMBINI, A. L. et al. **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública**: a clínica em movimento. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

PARRA, L. S. **Atando Laços e Desatando Nós**: Reflexões Sobre a Função do Acompanhamento Terapêutico na Inclusão Escolar de Crianças Autistas. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2009.

PITIÁ, A. C. A. Acompanhamento Terapêutico e Ação Interdisciplinar na Atenção Psicossocial. **Psicologia e Sociedade**. v. 25, n. 2, p. 73-81, 2013.

PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A. R. F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 13, n. 30, p. 67-77, 2009.

PLASTINO, C. A. Winnicott: a fidelidade da heterodoxia. In: BEZERRA-JUNIOR, B.; ORTEGA, F. (Eds.). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007. p. 199–228.

PORTO, M. A Pólis Arquipélago – Notas do Acompanhamento Terapêutico. **Psicologia & Sociedade**. v. 25, n. 2, p. 2-8, 2013.

POSSANI, T. **A Experiência de ‘Sentir Com’ (Einfühlung) no Acompanhamento Terapêutico**: a clínica do *acontecimento*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

REIS NETO, R. O.; PINTO, A. C. T.; OLIVEIRA, L. G. A. Acompanhamento Terapêutico: história, clínica e saber. **Psicologia Ciência e Profissão**. v. 31, n. 1, p. 30-39, 2011.

RIBEIRO, A. M. A idéia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. **Estudos de Psicologia**. v. 14, n.1, janeiro/abril, p.77-83, 2009.

ROCHA, L. P. **Entre Passagens**: contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica psicanalítica da adolescência. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L.Z. Saúde Mental da Criança e do Adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 1, n. 12, p. 71-84, 2010.

VASCONCELOS, M. F. F.; MACHADO, D. O.; MENDONÇA FILHO, M. Acompanhamento Terapêutico e Reforma Psiquiátrica: questões, tensões e

experimentações de uma clínica antimanicomial. **Psicologia e Sociedade**. v. 25, n. 2, p. 95-107, 2013.

WINNICOTT, D. W. Psicoses e Cuidados Materno (1952). In: **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. A Preocupação Materna Primária (1956). In: **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. Teoria do Relacionamento Paterno-Infantil (1960). In: **O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983.

WINNICOTT, D. W. Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. A Observação de Bebês numa Situação Padronizada (1941). In: **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

YAEGASHI, M. S. **Percepções e Sentimentos do Acompanhante Terapêutico de Pessoas em Sofrimento Psíquico**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2013.

## APÊNDICE

## Fragmento da Tabela – Roteiro para Leitura

IDENTIFICAÇÃO DAS OBRAS	CARACTERIZAÇÃO DAS OBRAS	CONTRIBUIÇÕES DA OBRA PARA O ESTUDO PROPOSTO
<p>PALOMBINI, A. L. Acompanhamento Terapêutico: Dispositivo Clínico-Político. <b>Psychê</b>, São Paulo, Ano X, n. 18, p. 115-127, 2006.</p> <p><b>Localização da Obra:</b> Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (PEPSIC).</p>	<p><b>Tema Central:</b> Acompanhamento Terapêutico</p> <p><b>Objetivo:</b> O artigo tem como proposta abordar elementos que constituem condição para que o acompanhamento terapêutico opere como dispositivo-político, em apoio às propostas da Reforma Psiquiátrica.</p> <p><b>Referencial Teórico:</b> Psicanálise – Conceção Subjetividade encontrada em Lacan, Winnicott e Deleuze-Guattari.</p>	<p>O artigo propõe a prática do AT como uma busca por um estabelecimento de novas formas de atenção à saúde mental, contrária aos de uma sociedade disciplinar, “O Acompanhamento Terapêutico constitui-se, então, em paradigma da direção clínico-política em que uma dada concepção da reforma psiquiátrica pretende mover-se.” (PALOMBINI, 2006, p. 124). Feita a céu aberto, a clínica do AT possibilita os múltiplos territórios, os conflitos e os imprevistos, podendo ser esse espaço em uma praça, na rua, no quarto ou na cama.</p>