

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE

LAURA LAMAS MARTINS GONÇALVES BENEVIDES

A FUNÇÃO DE PUBLICIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO NA CLÍNICA:
O contexto, o texto e o foratexto do AT

Mestrado em Psicologia

Orientadora: Prof. Dra. REGINA DUARTE BENEVIDES DE BARROS

Niterói
2007

LAURA LAMAS MARTINS GONÇALVES BENEVIDES

A FUNÇÃO DE PUBLICIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA
CLÍNICA:

O contexto, o texto e o foratexto do AT

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade
Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. REGINA DUARTE BENEVIDES DE BARROS

Niterói
2007

LAURA LAMAS MARTINS GONÇALVES BENEVIDES

A FUNÇÃO DE PUBLICIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA
CLÍNICA:

O contexto, o texto e o foratexto do AT

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade
Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em agosto de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. REGINA BENEVIDES DE BARROS - Orientadora
UFF

Prof. Dr. EDUARDO PASSOS
UFF

Profa. Dra. HELIANA DE BARROS CONDE RODRIGUES
UERJ

Profa. Dra. ANALICE DE LIMA PALOMBINI
UFRGS

Niterói
2007

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Mestrado, pelo exercício coletivo de construção do conhecimento e pelo empenho em garantir uma Universidade de fato pública e de qualidade.

A Regina Benevides de Barros, pela cumplicidade, cuidado e carinho no processo de pesquisa, e por ter me recebido sempre de “braços abertos”, desde a minha inserção no grupo do Projeto de Acompanhamento Terapêutico na UFF.

A Analice Palombini, professora e amiga, pela sinceridade, simplicidade e propriedade com que vem ensinando a fazer da produção de saúde e de conhecimento um processo clínico-ético-político.

Ao professor Eduardo Passos, pelas intervenções crítico-clínicas sempre precisas e por tudo que, junto com Regina, tem ensinado sobre a prática clínica.

A professora Heliana Conde, pela generosidade e precisão na qualificação desta pesquisa.

Ao professor Luis Antônio Baptista, pela acolhida na UFF antes mesmo de meu ingresso no Programa de Mestrado e por todas as provocações ao pensamento.

Aos colegas, principalmente Selma do Rosário, André Rossi, Júlio César Pinto e Fabiana Lopes da Cunha, pela amizade e parceria.

A Rita, funcionária do Programa, pela ajuda com as burocracias do processo.

A Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela bolsa.

Aos ats do projeto UFF, que me acolheram com carinho e alegria, em especial a Isabela Coutrinho, hoje uma grande amiga, colega e supervisora de AT.

Aos integrantes do Projeto AT da UFRGS, em especial A Károl Veiga Cabral e Márcio Belloc.

A todos aqueles que responderam aos meus contatos por email e que toparam conversar sobre suas experiências de AT, em especial a Maurício Porto e Deborah Sereno.

A Mariana Raymundo, “minha amiga de fé e irmã camarada”, pela força para que eu escrevesse um projeto de Mestrado e por todo carinho e parceria nos mais de 10 anos de amizade.

A Fernanda Bocco, pelo incentivo para que eu conhecesse o Programa de Mestrado da Psicologia da UFF e por compartilhar as experiências sempre com tanta doçura.

A Ana Guedes e Ana Clara, amigas e cúmplices de momentos de descontração e musicalidade ao longo do processo de escrita.

A Eliana Reis, por me ajudar a consistir nos meus desejos e a “descomplicar” a vida.

Aos meus pais, por todo amor e apoio que têm sempre me dado e pelos caminhos que têm me ensinado.

Ao meu tio Marcelo Lamas, pelo computador, sem qual tudo teria sido infinitamente mais difícil.

E principalmente a Tadeu de Paula Souza, pelo incentivo, carinho, paciência e cumplicidade, sendo muitas vezes, meu “co-orientador informal!”.

A função de publicização do Acompanhamento Terapêutico na clínica:
O contexto, o texto e o foratexto do AT

RESUMO

Esta pesquisa investiga o Acompanhamento Terapêutico (AT) como dispositivo clínico-político e suas implicações na atenção à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Construímos o trabalho em três momentos: num primeiro traçamos o contexto em que tem se dado as experiências de AT; num segundo trouxemos à tona os textos sobre AT e, num terceiro, incluímos o foratexto, ou seja, problematizamos e fizemos interceder no texto e no contexto as funções que tal dispositivo faz funcionar. O AT surgiu num movimento de desinstitucionalização da loucura, tomando a cidade como campo de experimentação e inserindo-se para além dos estabelecimentos de saúde. Realiza uma “clínica sem muros”, problematizando a um só tempo a doença mental e sua relação com os espaços urbanos e interrogando radicalmente as práticas manicomialistas. Paradoxalmente, há uma tendência no campo do AT de institucionalização e privatização da clínica, fazendo do mesmo um especialismo. Acompanhando o dispositivo em suas variações e em sua articulação com a rede de saúde mental brasileira, atentamos aos agenciamentos que estabelece com a Psiquiatria, com a Psicanálise, com as Universidades e com a cidade e os efeitos políticos que tais agenciamentos produzem. As relações que se estabelecem entre os vetores que compõem o plano de experimentação clínica do AT, dão visibilidade a algumas funções que o dispositivo AT opera: função micropolítica, função de transversalização, função rizomática, função deslocalizadora e analisadora da clínica, função de resistência aos modelos centrípetos e analisadora do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, função de territorialização, função inclusiva e função de publicização, ou de geração de um plano comum na clínica. O AT comparece como um mobilizador de forças capazes de consolidar um estatuto público para a clínica.

PALAVRAS-CHAVE

acompanhamento terapêutico – reforma psiquiátrica - saúde pública

The publicizing function of the Therapeutic Accompaniment in the clinic:
The context, the text and the out-text of the TA.

ABSTRACT

This research investigates the Therapeutic Accompaniment (AT) as a clinical-political device and its implications in the mental health attention in the context of the Psychiatric Reform in Brazil. We constructed the dissertation in three moments: in the first one, we outlined the context in which experiences of AT have been happening; in a second moment, we brought to the scene the texts on AT, and in a third moment, we included the out-text, that is, we problematized and made intercede in the text and in the context the functions that such a device sets at work. AT arose during a movement of deinstitutionalization of madness, taking the city as its field of experimentation and inserting itself beyond the very health establishments. It does a “clinic without walls”, problematizing at the same time the mental disease and its relations with urban spaces and radically interrogating manicomial practices. Paradoxally, there is a tendency in the field of AT to institutionalize and privatize the clinic, making of it a specialism. Accompanying the device in its variations and in its articulation with the network of Brazilian mental health, we took into consideration the agenciations that it establishes with Psychiatry, with Psychoanalysis, with the Universities and with the city and the political effects that such agenciations produce. The relations that are established between the vectors that compose the plan of the clinical experimentation of AT give visibility to some functions that the AT device operates: micropolitical function, transversalization function, rhizomatic function, delocalizer and analyzer function of the clinic, function of resistance to the centripetal models and analyzer of the Brazilian Psychiatric Reform Movement, function of territorialization, inclusive function and function of publicization, or of generation of a common plan in the clinic. AT affirms itself as a mobilizer of forces capable of consolidating a public status for the clinic.

KEYWORDS

therapeutic accompaniment – psychiatric reform – public health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	008
CAIXA DE FERRAMENTAS E METODOLOGIA	016
1. CONTEXTO – “MAPA”: PUXANDO ALGUNS FIOS QUE TECEM “O CAMPO DO AT”	033
1.1 Mapa 1: Nosso ponto de partida – Brasil e América Latina	033
1.2 Mapa 2: História(s) do AT	036
1.3 Mapa 3: História(s) do AT na rede pública de saúde brasileira	054
1.3.1 No Rio Grande do Sul	058
1.3.2 No Rio de Janeiro	065
1.3.3 Em São Paulo	069
1.3.4 Em Minas Gerais	074
1.3.5 No Espírito Santo, em Pernambuco e em Santa Catarina	076
1.4 Embates e alianças: articulações políticas no processo de institucionalização do AT	077
2. TEXTO – ALGUNS VETORES QUE COMPÕEM O DISPOSITIVO AT	087
2.1 O Vetor Psiquiatria	088
2.2 O Vetor Psicanálise	096
2.3 O Vetor Universidade	102
2.4 O Vetor Cidade	106
3. FORATEXTO – FUNÇÕES QUE O DISPOSITIVO AT ATUALIZA	116
3.1 Função micropolítica ou de conversão da minoridade em devir minoritário	117
3.2 Função de articulação da clínica com o não clínico: operação de transversalização	120
3.3 Função deslocalizadora: o AT como analisador da clínica	123
3.4 Função rizomática ou limiar: operação em rede.....	125
3.5 Função de resistência aos modelos centrípetos: o AT como um analisador da Reforma	130
3.6 Função de passagem das intensidades: operação de criação de territórios existenciais	134
3.7 Função inclusiva: produção de autonomia	140
3.8 Função de publicização: geração de um plano comum	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
ANEXOS	169
ANEXO1. CARTA PARA INSTITUIÇÕES DA AMÉRICA LATINA	170
ANEXO 2. CARTA PARA INSTITUIÇÕES DA AMÉRICA LATINA (versão em espanhol).....	172
ANEXO 3. SITES E EMAILS	174

INTRODUÇÃO

Esse trabalho foi construído a partir de inquietações e questionamentos formulados ao longo de nosso percurso como profissional da saúde e principalmente a partir de nossa experiência em Acompanhamento Terapêutico (AT¹). Nessa trajetória questionamo-nos sobre o que vem sendo produzido no campo da saúde, mais especificamente da saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. Fomos então delineando um problema e ao mesmo tempo construindo uma política da pesquisa, de tal modo que pudemos perceber que no AT, tal como no trabalho do cartógrafo², o fazer, o pensar, o transformar e o conhecer não se dissociam.

Convidamos, então, o leitor a passear conosco pelo plano do acompanhamento e a atentar para o quanto o “caminhar” é um vetor da própria prática clínica. Trazemos inicialmente então um breve relato de nossas andanças, entendendo-as como a singularização de uma experiência sempre coletiva.

Nossa primeira experiência como at foi em 1998, durante o estágio curricular do curso de Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), vinculado à pesquisa sobre Espaço e Tempo na Psicose, em que acompanhamos usuários de um Caps do município de Porto Alegre. No ano seguinte, demos continuidade a tal pesquisa e participamos do Programa de Extensão e Pesquisa em Acompanhamento Terapêutico da mesma universidade, sob coordenação da professora Analice Palombini. Tal experiência foi, em muitos sentidos, inaugural em nossa formação enquanto profissional de saúde. Nesse período tivemos o primeiro contato com a rede de serviços públicos de saúde sob a perspectiva de estudante (aspirante a profissional de saúde, acompanhante), em contraponto com a visão do usuário dessa rede. Além disso, pudemos conhecer um pouco do modo de funcionamento de um serviço substitutivo ao manicômio e o modo como ele se insere na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Visitamos pela primeira vez, o Hospital Psiquiátrico São Pedro, referência para internações no estado gaúcho e começamos a entender porque a loucura é tomada como questão de saúde pública.

As reverberações desse trabalho se fizeram presentes no desejo de prosseguir a formação em saúde ingressando na Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, no mesmo Hospital Psiquiátrico São Pedro. A proposta de

¹ Ao longo do texto, utilizaremos AT, para designar Acompanhamento Terapêutico e at, para acompanhante terapêutico. Tal abreviação foi inicialmente adotada por Kleber Duarte Barreto no livro *A ética e a técnica no Acompanhamento Terapêutico* (2000).

² A seguir apresentaremos um pouco do trabalho do cartógrafo e na Caixa de Ferramentas apresentaremos a cartografia como metodologia.

formação era fundamentada nos princípios do SUS e constituiu-se como importante oportunidade de nos vincularmos com mais vigor ao debate do campo da saúde pública, e de desenvolvermos aprendizagens para a atenção integral à saúde. Localizados agora em outros pontos da rede – as unidades de internação psiquiátrica breve e de longa permanência, em ambulatórios de saúde mental e em parceria com Unidades Básicas de Saúde e Programas de Saúde da Família – fomos percebendo que os cuidados se faziam não apenas a partir de diferentes espaços, mas, sobretudo, a partir de diferentes modos de cuidar. Experimentamos o horror e a dor de um funcionamento manicomial, o que impôs uma insistente reflexão sobre nossa prática. Percebemos também que os microfascismos não mais podiam ser localizados apenas no funcionamento do hospital, mas nos atravessavam a todos e precisavam ser conjurados cotidianamente.

Na Residência tivemos novamente a oportunidade de fazer AT, desta vez com alguns moradores do hospital, acompanhando a passagem para as residências terapêuticas que estavam sendo construídas. Vivenciamos a intensidade de encontros que colocavam em cheque nosso saber, convocando-nos a experimentar nossos limites. Reconhecemos a importância de um cuidado que precisava ser feito de fato não apenas através da rede de serviços de saúde e de outros setores, mas numa operação necessariamente feita em rede.

Ao fim da Residência, a vinda para terras cariocas, o reencontro com a professora Analice Palombini e o acolhimento dos integrantes do Projeto de Acompanhamento Terapêutico da Universidade Federal Fluminense³, possibilitaram que novamente nos incluíssemos no campo de problematizações da saúde mental. Fomos construindo, então, um certo contorno para as nossas inquietações clínico-existenciais, em torno de um projeto de pesquisa de mestrado.

Como todo traçado de/em rede, não sabíamos, de princípio, aonde chegaríamos. Experimentávamos algumas tensões no campo saúde pública e do Acompanhamento Terapêutico e nos propusemos então a percorrer algumas linhas soltas, tomando-as como pistas, como pontos pulsantes da rede.

Tais pontos são o que chamamos de pontos de partida e de modo algum foram tomados como origem, mas sim como um corte no fluxo⁴. Escolhemos então como um ponto

³ Sob a coordenação dos professores Eduardo Passos e Regina Benevides.

⁴ “Uma máquina se define como um *sistema de cortes*. Não se trata absolutamente do corte considerado como separação da realidade; os cortes operam em dimensões variáveis, conforme o caráter considerado. Toda máquina, em primeiro lugar, está relacionada com um fluxo material contínuo (hylé) que ela corta. (...) Ao invés de opor-se à continuidade, o corte a condiciona, implica ou define o que ele corta como uma continuidade ideal. É que, já vimos isso, toda máquina é máquina de máquina. A máquina só produz um corte de fluxo porque está ligada a uma máquina que se supõe produzir o fluxo. E, sem dúvida, esta outra máquina é também, por sua vez,

de partida pesquisar o AT no Brasil e na América Latina, já que esse foi o contexto em que se deram as experiências que foram nos engajando na construção de políticas públicas de saúde. Assim como no trabalho de AT, durante a pesquisa fomos acompanhando um coletivo de forças, de intensidades, ou ainda poderíamos dizer de variações intensivas das forças. Percorremos/ construímos caminhos que foram nos indicando diferentes pontos de chegada, possíveis de se constituírem em novas partidas.

Para tal percurso, buscamos suporte no trabalho de Lourau (1988) em que ele analisa diários de pesquisadores, na década de 80, buscando o que parecia uma estranha e inquietante intimidade. Passos e Benevides de Barros⁵ nos alertam de que não se tratava de pesquisar o mais íntimo e interior da vida de alguém, mas sim da busca da estrangeiridade própria da criação, fazendo aparecer o que se encontrava separado dos textos oficiais escritos pelos diaristas. Isto lhe permitiu ultrapassar o que ainda comparecia como autoral nesses escritos, trazendo para a cena os vetores constituintes do ato de criação, despersonalizando, trazendo o Fora como o mais íntimo. Lourau problematizou, assim, o sagrado e o profano, colocando em questão a pretensa assepsia e neutralidade dos textos científicos e da própria academia. No trabalho analítico dos diários, incluiu o que estava fora do texto, o “hors texte”, ou como preferem Passos e Benevides de Barros⁶, o foratexto. Mostrou que a relação entre texto e foratexto é sempre variável, imprevisível, sem regras a priori sendo estas – regras e metas –, construídas na experiência.

Influenciados pelo movimento de Lourau, construímos nossa pesquisa em três momentos: num primeiro momento traçamos o contexto em que tem se dão experiências de Acompanhamento Terapêutico; num segundo momento trouxemos à cena os textos, ou seja, os artigos, documentos eletrônicos, dissertações, livros e publicações sobre Acompanhamento Terapêutico e, num terceiro momento, incluímos o foratexto. Propusemos transversalizar contexto, texto e foratexto, rompendo as barreiras “dentro e fora”, relacionando o que, em princípio, não tem relação. Indicamos as relações entre contexto e textos, fazendo aparecer o foratexto do Acompanhamento Terapêutico, o plano do poder. Ora, sabemos a partir da leitura que Deleuze (2005) faz de Foucault, que o poder coloca em relação o que não tem relação. “O poder é precisamente o elemento informal que passa entre as formas do saber, ou por baixo

na verdade, corte. (...) Resumindo, toda máquina é corte de fluxo em relação àquela a que está ligada, mas fluxo em relação àquela que a ela está ligada. Esta é a lei de produção de produção. Eis porque, no limite das conexões transversais ou transfinitas, o objeto parcial e o fluxo contínuo, o corte e a conexão se confundem numa coisa só – em toda parte cortes-fluxos de onde brota o desejo, e que são sua produtividade, operando sempre o enxerto do produzir sobre o produto” (DELEUZE E GUATTARI, 1976, p. 54-55).

⁵ Anotações de aula, da disciplina “Subjetividade e Clínica” no mestrado de Psicologia/UFF no ano de 2005, ministrada pelos professores Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros.

⁶ Idem nota 5.

delas. Por isso ele é dito microfísico. Ele é força e relação de forças, não forma” (DELEUZE, 1992, p. 122).

As relações de saber-poder contemporâneas produzem novos dispositivos de intervenção. No campo da saúde, já não se trata de exilar os loucos nos hospitais psiquiátricos, mas de incorporá-lo de outra maneira à vida da cidade. Num esforço de desestabilização do modo de relação com a loucura, o movimento de desinstitucionalização marcou um processo não apenas de construção de novas políticas de saúde mental e de serviços substitutivos ao manicômio, mas um processo também de desnaturalização das lógicas manicomialis presentes em diversos espaços de cuidado, em diferentes paradigmas, nas muitas formas de intervenção clínica e mesmo nas relações sociais mais insuspeitas (BAPTISTA apud CABRAL, 2005).

Uma vez que as práticas sociais produzem os diferentes objetos, saberes e sujeitos, constituindo, em nosso trabalho cotidiano, poderoso instrumento de reprodução e/ou criação de mundos, faz-se necessária, portanto, uma análise das implicações, assinalando o que nos atravessa, nos constitui e nos produz, e o que constituímos e produzimos com essas mesmas práticas (COIMBRA E NASCIMENTO, 2003). Ou seja, faz-se necessária a análise do sistema de lugares que ocupamos, que buscamos e que nos são designados a ocupar com os riscos que isto implica (BENEVIDES DE BARROS, 1994). Tal análise não diz respeito a engajamentos pessoais, mas aponta para um campo de forças dito implicacional, aquém e além das pessoas.

Passos e Benevides de Barros (2004) chamam a atenção justamente para a importância de colocarmos a própria clínica em análise, não bastando dizer que ela está comprometida com a indissociabilidade entre a macro e a micropolítica. Afinal, a clínica pode tanto legitimar as políticas de poder e de controle quanto ser uma abertura da potência criativa e suas diferenças. Portanto, trata-se de problematizar a clínica ela mesma, fazendo aparecer suas forças instituintes, ou seja, fazendo emergir o próprio plano de produção da clínica: o plano do coletivo.

Por isso mesmo, consideramos fundamental que nos interroguemos sobre os diversos sentidos cristalizados na clínica do AT. Um dos sentidos a ser interrogado é o do AT como uma técnica a mais, ou seja, como mero objeto a ser consumido, incorporado como mais uma prática médica ou psicológica, sendo consumido tal como um remédio e mesmo uma internação. Quando definimos a clínica articulada com a dimensão micropolítica de produção de subjetividade, somos convocados a nos arriscar numa experiência de análise crítica da própria clínica, o que nos compromete politicamente.

Ao assumirmos a dimensão política da clínica apostamos na força de intervenção sobre a realidade e, portanto, nos processos de produção de si e do mundo (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2001). Por isso nossa atenção com as políticas e com os efeitos-subjetividade que a clínica do AT instaura. Problematicamos o AT, então, na sua interface entre a clínica e a política, entendendo que as políticas de saúde, de subjetividade e de pesquisa formam-se num mesmo plano.

Tendo como referência nossa experiência como acompanhantes terapêuticos, problematicamos as conexões de fluxos que estão sendo produzidas pelo AT e que efeitos clínico-políticos produzem. Atentamos para a relação entre o campo, domínio da realidade constituída, e o plano de constituição dessa realidade. O campo da saúde, da Reforma Psiquiátrica e do AT constituem-se enquanto campo de batalhas entre forças. Entendendo que o Movimento da Reforma Psiquiátrica é aberto às contradições, perguntamo-nos sobre como possibilitarmos saídas para os processos de singularização no plano da clínica sem reproduzirmos nos novos dispositivos de saúde os modos de subjetivação dominantes.

Numa interlocução com a ética e com a política, somos convocados a um enfrentamento clínico-político do que está posto na atual conjunção do Acompanhamento Terapêutico. Problematicamos, então, a relação do dispositivo AT com a dimensão pública da clínica. Para tanto, os conceitos de rede e de público foram postos em análise, pois ambos referem-se à dimensão das relações produtoras de realidade.

Realizamos uma pesquisa cartográfica, acompanhando o dispositivo em suas variações e em sua articulação com a rede de saúde mental brasileira, atentando ao que se evidencia quando ele é posto em análise: quais textos são escritos, quais contextos produzem ou reproduzem o AT, e que funções cumpre a partir desse contexto? De controle? De tutela? De auxiliar? Essa clínica implica em que políticas? Quais campos de saber e de poder atravessam essa prática na sua múltipla composição? De que maneira tal prática se alia na invenção de possibilidades de tratamento num contexto de luta contra a manicomialização?

Fez-se necessário, então, que no próprio ato de acompanhar o dispositivo, pudéssemos suscitar e acolher críticas ao seu próprio movimento.

Não há, portanto, nenhum oculto a ser revelado, há incisões a serem feitas nos estratos, para que o invisível, já-presente, se torne visível. Blocos de invisíveis buscam passagem e, ao fazê-lo, produzem rachaduras. O que há para ser feito é investir nas rachaduras mais do que nas configurações

homogêneas com que uma realidade se apresenta (BENEVIDES DE BARROS, 1994, p. 258)⁷.

No primeiro capítulo, que trata do contexto do AT, traçamos alguns mapas, puxando fios que tecem o campo do AT no Brasil e na América Latina. Apresentamos algumas histórias do surgimento do AT percorrendo algumas condições para essa emergência. A partir das leituras dos diferentes textos, em sua maioria brasileiros e argentinos, um denominador pareceu ser comum a todos: o AT surgiu em meio a diversos e diferentes movimentos, entre eles, o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Assim, também construímos um mapa de como esse dispositivo foi se compondo com a rede pública de saúde no Brasil. Escolhemos contar as histórias do AT na rede pública apenas brasileira, pois na busca de dados e no estabelecimento de contatos, o que foi emergindo foi traçando um mapa, um certo mapa-efeito destes próprios movimentos. Nossa metodologia de pesquisa indicou o Brasil como uma direção e por isso não construímos um mapa dos outros países da América Latina. Buscamos inicialmente textos que nos contassem os percursos do AT na rede pública de saúde dos diferentes países, mas mesmo no caso brasileiro foram poucas as publicações encontradas.

Influenciados pela afirmação de Rolnik (1989) de que os procedimentos do cartógrafo são inventados em função daquilo que pede o contexto em que se encontra, recorreremos ao uso de uma lista de emails pessoais para obtermos as notícias do trabalho de AT na rede pública de serviços. Segundo a autora

(...) o cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir material, semiótica e social para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem vindo. *Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas.* Por isso o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia. O cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorando. Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias. Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender. Aliás, ‘entender’ para o cartógrafo, não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar. Para ele não há nada em cima – céus da transcendência – , nem embaixo – brumas da essência. O que há em cima, embaixo e por

⁷ As citações foram retiradas da Tese de Doutorado da autora, recentemente publicada em livro: *Grupo – A afirmação de um simulacro*.

todos os lados são intensidades buscando expressão (ROLNIK, 1989, p. 66-67).

Nosso interesse em acompanhar o dispositivo em suas variações no campo da rede pública de saúde não foi fortuito. Embora haja uma inserção consideravelmente maior do AT na rede privada em todos os países em que pesquisamos, propomos investigar qual política tal clínica implementa, especialmente quando incorporada ao contexto da rede pública de saúde brasileira. Nossa aposta nesse dispositivo e num sistema público de saúde fez com que nos perguntássemos sobre os efeitos que esse sistema produz. Acompanhamos, portanto, a articulação do mesmo com a rede pública de saúde de alguns estados brasileiros.

Ao traçarmos o contexto do AT, percebemos um movimento tendencial de institucionalização, principalmente através de associações de profissionais. Entendemos que tal processo tem a pretensão de delimitar o campo, definindo o que é, o que pode e o que deve ser feito em nome de tal prática, constituindo-se numa operação que faz do AT mais um especialismo entre tantos que já conhecemos. Tomamos como analisadores de tal movimento alguns eventos, acompanhando articulações políticas através de embates e de alianças no campo do AT.

No nosso segundo capítulo apresentamos alguns vetores que compõem o AT, constituindo o que chamamos de texto. São eles: a Psiquiatria, a Psicanálise, a Universidade e a cidade. Mas a distinção dos diferentes vetores não é rígida: eles encontram-se entrelaçados, tecendo uma espécie de emaranhado que compõe as definições e as práticas do AT. Mostramos como a institucionalização do AT comparece nos agenciamentos com os diferentes vetores e quais questões são, assim, colocadas para a clínica.

A partir do trabalho realizado com os textos, trouxemos no nosso terceiro capítulo o foratexto do AT. O foratexto aparece não como mero efeito de um contexto, tampouco como aquilo que está nos textos, mas como um Fora que se faz numa tensão entre contexto e texto. Colocando em análise o dispositivo AT, pudemos perceber diferentes funções que ele atualiza: função micropolítica, função de transversalização, função rizomática, função deslocalizadora e analisadora da clínica, função de resistência aos modelos centrípetos e analisadora do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, função de territorialização, função inclusiva e função de publicização da clínica.

Foi numa inspiração ético-estética que tivemos a referência do nosso trabalho. Segundo Guattari (2001) a proposta é de uma nova lógica: lógica das intensidades ou ecológica, a qual leva em conta o movimento, a intensidade. Trata-se de práxis ecológicas que se esforçam por detectar os vetores potenciais de subjetivação e de singularização e que se

abrem a outras intensidades para composição de novas configurações existenciais. É nesse sentido que convidamos o leitor a percorrer conosco esse percurso, acompanhando os movimentos que tal dispositivo traça. Nossa proposta é colocá-lo em análise de modo a acompanharmos os movimentos e os efeitos que vem produzindo e que reverberam no próprio contexto em que este se insere, diferenciando-o.

Para tal tarefa nos inspiramos também nos trabalhos de Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michael Foucault, além de textos sobre AT. Utilizamos conceitos-ferramenta assim como, dispositivo, poder, saber, processos de subjetivação, devir, cartografia, analisador, território, rede, público, e outros, no intuito de intervir nas questões acima propostas.

CAIXA DE FERRAMENTAS E METODOLOGIA

Antes de seguirmos em nosso percurso, apresentaremos alguns dos conceitos-ferramenta que nos possibilitam a problematização do campo do Acompanhamento Terapêutico. Apresentaremos também a metodologia que os mesmos nos possibilitam operar.

Segundo Muylaert (2006), ao tomarmos o AT como dispositivo clínico-político, não estamos reduzindo-o a uma técnica, nem a um referencial teórico-prático, mas estamos interessados em distinguir, como nos indicou Deleuze “entre o que somos (o que já não somos mais) e o que estamos a caminho de nos tornar: a parte da história, e a parte do atual. A história é o arquivo, o desenho disto que somos e que deixamos de ser, enquanto o atual é o esboço do que nos tornamos” (DELEUZE, 1991, p. 86).

Esse é o paradoxo do tempo que, no presente, não pára de passar, sendo a um só tempo o que foi e o que será. Nesse sentido, o contemporâneo guarda essa relação complexa com a história, dela se distinguindo, intempestivamente (Nietzsche, 1988/1874) – e quebrando todas as cadeias causais que conferem importância ao passado (fascínio pelas origens, explicações deterministas), mas sobre ela retornando produzindo diferença, fazendo-a desviar de si. De fato, na experiência do contemporâneo, não podemos e não reivindicamos o livrar-se da história, supondo o seu fim. Diferentemente, buscamos na história aquela força propulsora que nos permite dela desviar (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2001, p. 90).

Deleuze (2005), em seu livro sobre Foucault, distingue o que Foucault chama de máquina abstrata e máquina concreta. “O diagrama, ou máquina abstrata é o mapa das relações de força, mapa de densidade, de intensidade, que procede por ligações primárias não-localizáveis e que passa a cada instante por todos os pontos, ‘ou melhor, em toda relação de um ponto a outro’” (DELEUZE, 2005, p. 46). É a exposição das relações de forças que constituem o poder; é a repartição dos poderes de afetar e dos poderes de ser afetado; é a mistura das puras formações não-formalizadas e das puras matérias não-formadas. “A máquina abstrata é como a causa dos agenciamentos concretos que efetuam suas relações; e essas relações de forças passam, ‘não por cima’, mas pelo próprio tecido dos agenciamentos que produzem” (Idem, p. 46).

E, de um diagrama a outro, novos mapas são traçados. Por isso não existe diagrama que não comporte, ao lado dos pontos que conecta, pontos relativamente livres ou desligados, pontos de criatividade, de mutação, de resistência; e é deles, talvez, que será preciso partir para se compreender o conjunto. É a partir das ‘lutas’ de cada época, do estilo das lutas, que se

pode compreender a sucessão de diagramas ou seu re-encadeamento por sobre as descontinuidades (DELEUZE, p.53).

O diagrama nunca age para representar um mundo preexistente, ele produz um novo tipo de realidade, um novo modelo de verdade.

Não é sujeito da história nem a supera. Faz a história desfazendo as realidades e as significações anteriores, formando um número equivalente de pontos de emergência ou de criatividade, de conjunções inesperadas, de improváveis continuuns. Ele duplica a história com um devir. Toda sociedade tem o seu ou os seus diagramas (Idem, p. 45).

Cada diagrama produz certos dispositivos ao mesmo tempo em que é por eles diferenciado. Dessa forma, não se pode pensá-los como independentes um do outro (BENEVIDES DE BARROS, 1994). Os dispositivos, ou agenciamentos concretos, por sua vez, efetuam as relações de forças dos diagramas em maior ou menor grau. Eles são uma montagem ou um artifício produzido que mistura o visível e o enunciável. Para Foucault (2001) o dispositivo é como um conjunto “heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (FOUCAULT, 2001, p. 244). Ele “é a *rede* que se pode estabelecer entre esses elementos” (Idem, idem).

O dispositivo é então um conjunto multilinear, composto por diferentes naturezas. Essas linhas traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam ora se afastam uma das outras (linhas que se movimentam), de modo que qualquer linha está sujeita a variações de direção e está submetida a derivações. Há linhas de sedimentação, diz Foucault, mas também há linhas de fissura, de fratura. Desenredar as linhas de um dispositivo é construir um mapa, cartografar (DELEUZE, 1996).

O dispositivo é constituído por linhas de saber, de poder e de subjetivação, sendo essas últimas, o limite extremo do dispositivo (Deleuze, 2005). As linhas se entrecruzam e se misturam, acabando por dar uma nas outras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento. E se todas as linhas são linhas de variação, que não têm sequer coordenadas constantes, uma das conseqüências filosóficas do dispositivo, diz Deleuze (1996) é o repúdio dos universais. A outra é que todo o dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade, e que ao mesmo tempo marca a sua capacidade de se transformar. À novidade de um dispositivo em relação aos que o precedem chamamos atualidade do dispositivo. O atual não é o que somos, mas aquilo em que nos tornamos, aquilo que somos em devir, nosso devir-outro (Idem). E devir é, a partir de uma forma inicial, extrair partículas

as mais “próximas daquilo que estamos em vias de nos tornarmos, e através das quais nos tornamos. É nesse sentido que o devir é o processo do desejo” (DELEUZE E GUATTARI, 1997, p. 64). Como dissemos anteriormente, em todo dispositivo é necessário distinguir o que somos (o que não seremos mais), e aquilo que somos em devir; a parte da história e a parte do atual (DELEUZE, 1996).

Na clínica traçamos os mapas ou os diagramas que operam no plano das intensidades (plano não estratificado ou inextenso), no plano do poder. Para Foucault (2001) o poder é algo que se exerce, não é um objeto, mas uma relação: ele é luta, é relação de força⁸. Fora e forças são duas faces da mesma moeda. Fora se refere ao domínio das forças (FOUCAULT apud PELBART, 1989).

O que é uma força? É relação com outra força. Uma força não tem realidade em si, sua realidade íntima é sua *diferença* em relação às demais forças, que constituem seu exterior. Cada força se “define” pela distância que a separa das outras forças, a tal ponto que qualquer força só poderá ser pensada no contexto de uma pluralidade de forças. O Fora, que é o exterior da força, é também sua intimidade, pois é aquilo pelo que ela existe e se define (PELBART, 1989, p. 121).

Para Foucault, segundo Deleuze (2005), o poder é relação de forças sobre forças, que se definem por sua capacidade de afetar e serem afetadas. Incitar, limitar, desviar e dificultar são algumas de suas ações. Essas forças se articulam em uma rede sempre móvel, transversal, instável, que engendra as formas que compõem o real. O poder faz ver e faz falar, ou seja, produz saber. O saber, através de seu duplo registro – forma discursiva e não-discursiva, forma do visível e do enunciável – é a atualização das virtualidades, das intensidades do campo do poder. Saber e poder se articulam, numa pressuposição recíproca, compondo uma trama inextricável, ainda que estejamos falando de duas dimensões: relações de formas e relações de forças.

As forças operam num plano que não é o das formas, como no saber, de modo que um devir das forças não se confunde com a história das formas. O saber diz respeito a matérias formadas e funções formalizadas, ele é “estratificado, arquivado, dotado de uma

⁸ Foucault indicou que “os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e neste complexo os micro-poderes existem integrados ou não ao Estado” (MACHADO, 2001, p. XII)⁸. Ou seja, Foucault explicitou relações de poder que se diferenciavam do Estado e seus aparelhos, concluindo que o poder não está localizado em nenhum ponto específico, mas funciona em rede. O poder existe apenas enquanto práticas, enquanto relação. “O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona” (idem, p. XIV). A força não está nunca no singular, ela tem como característica essencial estar em relação com outras forças, de forma que toda força já é relação, isto é, poder: a força não tem objeto ou sujeito a não ser a força. O poder não é uma forma, mas é uma relação de forças, ou melhor, toda relação de forças é uma relação de poder. Ele não fala e não vê, mas faz ver e falar. As relações de forças não estão fora dos estratos, mas são o seu lado de fora (DELEUZE, 2005).

segmentaridade relativamente rígida. O poder, ao contrário, é diagramático: mobiliza matérias e funções não estratificadas, e procede através de uma segmentaridade bastante flexível” (Idem, p. 81). Ele não passa por formas, mas por pontos que marcam a aplicação de uma força, a ação ou reação de uma força em relação às outras. As relações de poder não são localizáveis numa instância ou noutra, pois não emanam de um ponto central, “mas vão a cada instante ‘de um ponto a outro’ no interior de um campo de forças, marcando inflexões, retrocessos, retornos, giros, mudanças de direção, resistências” (Idem, idem). Elas são estratégias. O Fora, plano em que essas forças operam, é onde a “relação é uma ‘não-relação’, o lugar um ‘não-lugar’, a história um devir” (Idem, p. 93). “O Fora infinitamente mais longínquo que qualquer exterior (e talvez por isso mais próximo que qualquer um deles) é o não estratificado, o sem-forma, o reino do devir e das forças, aquele ‘espaço anterior’ de onde surgem os próprios diagramas” (PELBART, 1989, p. 133). O Fora é situado num espaço entre o visível e o dizível, mais além dos diagramas e por isso preserva uma capacidade de afetar os diagramas e os agenciamentos concretos e de resistir ao poder⁹.

O dispositivo é composto por história e por devires, que dizem respeito aos movimentos internos ao dispositivo. Mais do que preocupados em traçar a dimensão histórica do AT, queremos destacar alguns dos movimentos que foram (e vêm) compondo o próprio dispositivo. Para tanto nos propomos a cartografar, ou seja, acompanhar a variação intensiva de um coletivo de forças referentes ao dispositivo AT. Acompanhamos não o que é o dispositivo do AT, mas o modo como opera, ou seja, suas transformações, seus movimentos de variação, entendendo que é na encruzilhada de questões clínicas e políticas que o AT é interferido (e interfere) por outras práticas coexistentes (médicas, psicológicas, educacionais, artísticas, filosóficas, etc).

⁹ “É sempre do lado de fora que uma força é afetada por outras ou afetas outras. Poder de afetar ou de ser afetado, o poder é preenchido de maneira variável, conforme as forças em relação. O diagrama, enquanto determinação de um conjunto de relações de forças, jamais esgota a força, que pode entrar em outras relações e dentro de outras composições. O diagrama vem de fora, mas o lado de fora não se confunde com nenhum diagrama, não cessando de fazer novos ‘lances’. Assim, o lado de fora é sempre abertura a um futuro, com o qual nada acaba, pois nada nunca começou – tudo apenas se metamorfoseia. A força, nesse sentido, dispõe de um potencial em relação ao diagrama no qual está presa, ou de um terceiro poder que se apresenta como capacidade de ‘resistência’. Com efeito, um diagrama de forças apresenta, ao lado das (ou antes, ‘face às’) singularidades de poder que correspondem às suas relações, singularidades de resistência, os ‘pontos, nós, focos’ que se efetuam por sua vez sobre os estratos, mas de maneira a tornar possível a mudança. Além disso, a última palavra do poder é que a resistência tem o primado, na medida em que as relações de poder se conservam por inteiro no diagrama, enquanto as resistências estão necessariamente numa relação direta com o lado de fora, de onde os diagramas vieram. De forma que um campo social mais resiste do que cria estratégias, e o pensamento do lado de fora é um pensamento da resistência” (DELEUZE, 2005, p. 96).

Propomos pensar o dispositivo AT como sendo constituído pelo cruzamento de diferentes vetores, num plano de imanência¹⁰. Esses vetores compõem os contextos em que ele vai se montando. A psiquiatria, a psicanálise e a universidade são alguns dos vetores que compõem o dispositivo do AT e dizem respeito às linhas de saber. O saber é sempre posto em relação com alguma prática, e é o poder que o coloca em relação. Por isso, o poder só existe num fazer, numa experiência prática. Esses saberes, quando se põem a funcionar, são também expressões do poder. Portanto, toda relação de poder constitui um campo de saber e todo saber constitui novas relações de poder¹¹. Segundo Deleuze (2005), Foucault nomeia de diagrama o agenciamento entre duas formas heterogêneas de saber feito pelo poder (estratos do saber e diagramas do poder).

Se o saber consiste em entrelaçar o visível e o enunciável, o poder é sua causa pressuposta, mas, inversamente, o poder implica o saber como a bifurcação, a diferenciação sem a qual ele não passaria ao ato. [...] Todo saber vai de um visível a um enunciável, e inversamente; todavia não há forma comum totalizante, nem mesmo de conformidade ou correspondência biunívoca. Há apenas uma relação de forças que age transversalmente e que encontra na dualidade das formas a condição para sua própria ação, para sua própria atualização (Idem, p.48).

Não são apenas as linhas de saber que compõem o dispositivo AT. Ele é também atravessado pela Reforma Psiquiátrica brasileira, pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), pelos hospitais-dia e pelas tensões das políticas de saúde brasileira e argentina. No caso específico do Brasil podemos afirmar que a Reforma brasileira é um vetor constituinte do AT, porque altera, produz, incentiva, abre portas do AT, e é também por ele constituída. Mas ela é também contexto onde a experiência do AT se (re) inventa e em nosso trabalho a tomaremos mais nessa sua dimensão de contexto do que como vetor. Destacamos também a cidade como um vetor fundamental do AT, pois ela se constitui como linha de subjetivação, como vetor de existencialização.

Como sabemos, Foucault destaca três dimensões de um dispositivo: o Saber ou as relações formadas, formalizadas sobre os estratos; o Poder ou as relações de força ao nível do diagrama; e o Pensamento, que seria a relação com o lado de Fora, uma relação que é também

¹⁰ Segundo Deleuze e Guattari, 1991, o plano de imanência não é um conceito, nem um método, é um plano que compreende todos os conceitos. “É uma mesa, uma bandeja, uma taça” (p. 51).

¹¹ [...] “todo saber assegura um exercício de poder. Cada vez mais se impõe a necessidade do poder se tornar competente. Vivemos cada vez mais sob o domínio do perito: [...] é o saber enquanto tal que é se encontra dotado estatutariamente, institucionalmente, de determinado poder. O saber funciona na sociedade dotado de poder. É enquanto saber que tem poder” (MACHADO, 2001, p. XXII).

não relação. O Fora não é um limite fixo, mas uma matéria móvel, cujas dobras constituem um lado de dentro – do lado de Fora (DELEUZE, 2005).

Dentro como operação do fora: em toda sua obra, um tema parece perseguir Foucault – o tema de um dentro que seria apenas a prega do fora, como se o navio fosse uma dobra do mar. A respeito do louco lançado em sua nau, na Renascença, Foucault dizia: ‘ele é colocado *no interior do exterior*, e inversamente [...], prisioneiro no meio mais livre, da mais aberta das estradas, solidamente acorrentado à infinita encruzilhada, ele é o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem’ (Idem, p. 104).

A linha de subjetivação se constitui então quando a linha de força, em vez de entrar em relação linear com uma outra força, volta-se para si, afetando ela mesma. É como se as relações do lado de Fora se dobrassem, formando uma relação consigo mesmas, um poder de afetar a si mesmo. Enquanto processo, produção, ela está para se fazer, na medida em que o dispositivo permita ou torne possível. Ela é uma linha de fuga, não é nem saber, nem poder¹², que escapa tanto às forças estabelecidas quanto aos saberes constituídos (DELEUZE, 1996). A subjetividade é então definida por Foucault como uma modalidade de inflexão das forças do Fora, uma dobra do Fora, relação da força consigo mesma, de tal forma que o processo de subjetivação é também ponto de resistência às relações de poder e saber das quais deriva. Ela é essencialmente social e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares.

Os processos de subjetivação são coletivos, entendendo que o coletivo diz respeito à multiplicidade, e a impessoalidade. A subjetividade deixa de se situar no plano transcendental ou na profundidade do eu e passa a ser tomada na experiência, nas práticas cotidianas. Foucault não emprega a palavra sujeito como pessoa ou forma de identidade, mas o termo “subjetivação” que diz de um processo, de uma relação da força consigo, de um campo magnético: uma individuação operando por intensidades (DELEUZE, 1992).

Passos e Benevides de Barros (2004), seguindo as pistas de Marx como fizeram Deleuze e Guattari, afirmam a produção como ponto de partida, e avançam na direção de que a produção, sendo primeira, apresenta-se como processo de produção ininterrupto: processo de geração constante do novo. A produção é então tomada como processo de produção, como um plano de constituição, plano de engendramento, fazendo-se permanente. Essa dimensão de produção desnaturaliza as dicotomias constitutivas da realidade (como entre sujeito e objeto) e assume a imanência da produção no produto: tanto sujeito quanto objeto, portanto, passam a

¹² “A idéia fundamental de Foucault é a de uma dimensão da subjetividade que deriva do poder e do saber, mas que não depende deles” (DELEUZE, 2005, p. 109).

ser entendidos como efeito de um processo de produção: processo de subjetivação, plano de subjetivação ou de criação do si e processo de objetivação.

O rompimento com a dicotomia público/privado, sujeito/objeto, indivíduo/sociedade, estrutura psíquica/estrutura social, implica na constituição de planos onde, ao mesmo tempo, sujeitos-objetos adviriam (BENEVIDES DE BARROS, 1994). É importante que fique claro que não estamos opondo um plano individual e um plano coletivo, mas sim estamos pressupondo um plano de imanência que gera ambos os planos. Não há, portanto, separação entre individual e coletivo, mas constante imbricação. O plano individual é uma espécie de invaginação do plano do coletivo e o plano do coletivo, por sua vez, é como uma exteriorização do plano individual, sendo ambos expressão do plano de imanência da vida (DELEUZE, 2005).

Ao tomarmos a clínica como dispositivo, afirmamos sua potência de produzir efeitos de sentidos variados (BENEVIDES DE BARROS, 2002). O AT é então entendido como uma forma de fazer a clínica, um dispositivo, mas também como função da clínica entendendo que o dispositivo é um engendramento de linhas que faz funcionar, que dispara movimentos e modos de subjetivação. Nossa proposta é colocarmos em análise o AT enquanto dispositivo e enquanto função.

A função AT foi então uma importante questão metodológica com a qual nos deparamos ao longo de nossa pesquisa. Na medida em que AT apresenta-se não só como um modo de fazer a clínica, mas como uma função da clínica, a mesma comparece nas práticas de muitos profissionais da saúde. No trabalho dos agentes comunitários, por exemplo, ela costuma comparecer de modo mais evidente do que nas práticas de outros atores de saúde, embora muitos atualizem tal função. Uma distinção, portanto, precisa ser feita: o at como cargo oficialmente instituído, como foi o caso o município de Viamão, no Rio Grande do Sul, que realizou concurso público; o at assim nomeado, como aquele que toma a seu encargo a função de acompanhar e o AT como uma função. Certamente essa tensão entre os denominados acompanhantes terapêuticos e aqueles que também exercem essa função merece nosso cuidado e atenção. Entretanto, esses outros dispositivos nos quais a função AT se atualiza, não estão sendo incluídos em nosso mapa, porque isso estenderia em muito os limites do nosso objeto de estudo.

O modo como nosso trabalho foi então se desenhando é certamente efeito de nossa escolha metodológica. O contexto foi sendo construído através de um certo contorno dos textos e foi assim, na borda dos textos, que alguns mapas foram sendo traçados. Mas o que estamos entendendo por mapas?

O que chamamos um ‘mapa’, ou mesmo um ‘diagrama’, é um conjunto de linhas diversas funcionando ao mesmo tempo (as linhas da mão formam um mapa). [...] Acreditamos que as linhas são os elementos constitutivos das coisas e acontecimentos. É por isso que cada coisa tem sua geografia, sua cartografia, seu diagrama (DELEUZE¹³ apud DESCAMPS, ERIBON e MAGGIORI, 1991, p. 124).

Esses mapas não se pretendem verdadeiros¹⁴, tampouco fixos. Não são a representação de um todo estático, e sim são sempre circunstanciais, vivos. Fazem-se ao mesmo tempo em que acompanham movimentos de transformação. Por isso mesmo que chamamos de *histórias* do AT e não *a* história do AT, pois sabemos que apresentamos um dos possíveis recortes sobre como esse dispositivo vem sendo montado.

[...] cada momento analisado na luta histórica é instrumento nas lutas do presente. Instrumento, neste caso, não para validar uma Filosofia da História previamente definida - por um partido, um intelectual universal, uma vanguarda dirigente, um autor onisciente... - como "libertadora", mas necessariamente instrumento, porque toda história é *perspectiva* afirmada. O termo *perspectiva*, conforme o estamos utilizando, diverge da concepção que supõe olhares diversos sobre uma mesmidade sempre idêntica a si própria, que seria A História, com maiúscula. Nenhuma história é inocente. Toda história é marcada por sua paixão, seja história, aqui, o objeto ou o discurso sobre o objeto (RODRIGUES, 1998, p. 49).

Buscamos em nossa pesquisa o que escapa à história – devir para Deleuze, acontecimento para Foucault – e nos coloca em movimento, desestabiliza os regimes de saber-poder, os dispositivos, e inventa o novo (SANTOS, 2003). Para Foucault a história: “não diz o que somos, mas aquilo de que estamos em vias de nos diferir; não estabelece nossa identidade, mas a dissipa em proveito do outro que somos”¹⁵ (DELEUZE, 1992, p. 119).

Eis o que diz Foucault uma entrevista concedida a Gerard Raulet nos anos 80:

Por isso, esta designação ou descrição do real jamais tem um valor prescritivo do tipo "porque é assim, assim será". É também por isso que, em minha

¹³ *Mil platôs não formam uma montanha...* Debate com G. Deleuze, C. Descamps, Didier Eribon e Robert Maggiori.

¹⁴ Foucault (1994) já nos ensinava que acreditava por demais na verdade para não supor a existência de diferentes verdades e diferentes modos de dizê-la. Além disso, Foucault nos aponta uma dimensão ficcional da história: “[...] nunca escrevi nada além de ficções. Com isso não quero dizer que elas estejam fora da verdade. Parece-me plausível fazer um trabalho de ficção dentro da verdade, introduzir efeitos de verdade dentro de um discurso ficcional e, de algum modo, fazer com que o discurso permita surgir, fabrique algo que ainda não existe, portanto ficcione algo. Ficciona-se a história partindo de uma realidade política que a torna verdadeira; ficciona-se uma política que ainda não existe partindo de uma verdade histórica” (FOUCAULT apud RODRIGUES, 1998, p. 66).

¹⁵ “A história, genealógicamente dirigida, não tem por fim reencontrar as raízes de nossa identidade, mas ao contrário, se obstinar em dissipá-la; ela não pretende demarcar o território único de onde nós viemos, essa primeira pátria à qual os metafísicos prometem que retornaremos; ela pretende fazer aparecer todas as descontinuidades que nos atravessam” (FOUCAULT, 2001, p. 35).

opinião, o recurso à história [...] é significativo, na medida em que a história serve para mostrar como aquilo-que-é nem sempre foi, isto é, que as coisas que nos parecem mais evidentes são sempre formadas na confluência de encontros e acasos, no curso de uma história precária e frágil [...]. O que as diferentes formas de racionalidade oferecem como seu ser necessário pode perfeitamente ser historicizado e a rede de contingências da qual emerge pode ser traçada [...]. Se estas coisas foram feitas, podem ser desfeitas, se soubermos como foram feitas (RAULET¹⁶ apud RODRIGUES, 1998, p. 37).

Para Foucault, segundo Rodrigues (1998), só se faz história, então, derivando pela fratura crítica do presente, “contingenciando o presente mediante a construção de uma história rigorosa do precário e do frágil” (Idem, p. 38).

Aquilo que Foucault afirma dos poderes, poderíamos dizer da história: ela *se exerce*, é um *como*, e não um *quem*, um *para que* ou um *por que* totalizantes. Caso queiramos indagar do *por que*, ou seja, perguntar de onde vem a transformação das práticas, teremos que nos defrontar com um vazio, isto é, com insuspeitadas conexões entre práticas, que nossa razão tranqüila não supõe a princípio. Cada evento, em história, é uma raridade, um bibelô de época. Vale, por conseguinte, *acontecimentalizá-la*; quer dizer, desconstruí-lo como evidência ou natureza, produzindo-o na qualidade de diferença irreduzível a qualquer espécie de "mesmo" (mecanismo econômico, estrutura antropológica, processo demográfico, etc... etc...) (Idem, p. 52).

Talvez pudéssemos chamar de “geografias” do AT, já que o nosso trabalho foi o de “puxar alguns fios” que tecem o campo do AT para fazer aparecer mil planos, mil platôs, que guardam entre si uma relação de justa posição. E esses “fios” (ou linhas) são fios de movimento, são movimentos tendenciais, devires. O traçado desses “fios”, o modo como se fazem as conexões entre eles, nos diz do modo como funciona o dispositivo AT e o que ele põe a funcionar. Propomos-nos a acompanhar as conexões de fluxos que estão sendo produzidas, pois é acompanhando as linhas que acessamos os movimentos (e por isso nossa aposta é no “puxar de fios”). Além disso, é fundamental que fique claro que não identificamos movimentos tendenciais com qualquer pessoalidade: estamos implicados no domínio da expressividade.

Apostando na clínica como plano de forças e não como um campo das formas, Passos e Benevides de Barros (2000) trazem então à cena a idéia de pesquisa – intervenção proposta pela Análise Institucional Socioanalítica (60/70). A intervenção, para os analistas institucionais, não significa o restabelecimento de uma ordem, garantindo a manutenção de territórios já constituídos, mas sim se põem como intercessora¹⁷, procurando conectar-se às

¹⁶ Raulet, G. Structuralism and post-structuralism: an interview with Michel Foucault, mimeo.

¹⁷ Conceito formulado por Deleuze (1992) que diz da relação de intervenção e interferência que desestabiliza, e, ao mesmo tempo, possibilita a criação.

composições de fluxos que ainda não se atualizaram (BENEVIDES DE BARROS, 1994). Ela visa interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições: trata-se de produzir evidências que tornem visível o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação. Tal metodologia trata de desmanchar os territórios constituídos e convocar a criação de outras instituições num “processo de desnaturalização permanente das instituições, incluindo a própria instituição da análise e da pesquisa” (Idem, p.165).

Segundo Passos e Benevides de Barros (2000), a intervenção foi então associada à construção e/ou utilização de “analisadores”, conceito-ferramenta utilizado por Guattari, no contexto da Psicoterapia Institucional. Segundo Lourau (2004), para a Análise Institucional é o analisador que realiza a análise. É a transformação de uma palavra terapêutica em uma palavra política, liberada e liberadora, dos analisadores que faz a análise. Passa-se da noção de análise à de analisador. Os analisadores são as manifestações de não-conformidade com o instituído, são reveladoras da natureza do instituído. Chama-se analisador, em uma instituição de cura, aos lugares onde se exerce a palavra, bem como a certos dispositivos que trazem à luz os elementos que constituem um determinado conjunto. Uma situação qualquer pode servir de analisador desde que seu movimento seja o de catalisar vetores e abrir o plano de análise que estava bloqueado. “Daremos o nome de analisador àquilo que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar*” (LOURAU, 1975).

Analisador: aquilo que produz análise. Apesar de bastante sintética, esta definição, tomada ao pé da letra nos parece precisa: falas, atos, fatos que se insurgem no campo de intervenção, produzindo desmanchamento daquilo que até então aparecia como natural. Os sócio-analistas diferenciam os analisadores “naturais” ou históricos – aqueles que vêm inesperadamente ao encontro da situação, condensando forças dispersas até então-, dos analisadores construídos – aqueles introduzidos pelos analistas na situação de intervenção (BENEVIDES DE BARROS, 1994, pg.190¹⁸).

Os analisadores produzem ruptura num campo possibilitando a emergência de um plano; eles assinalam as múltiplas relações que compõem o campo tanto em seu nível de intervenção quanto em seu nível de análise (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2000). Todas as situações de análise e de intervenção estão baseadas no manejo de analisadores atualizados com o objetivo de fazer emergir um material analisável (LOURAU, 2004). Na pesquisa intervenção, tanto pesquisador quanto pesquisado, ou seja, tanto o sujeito quanto o objeto do conhecimento se constituem no mesmo momento, no mesmo processo, evidenciando a indissociabilidade entre as gêneses teórica e social. Há uma recusa da

¹⁸ Nota de Regina Benevides de Barros, da tese de doutorado “Grupo: Afirmação de um Simulacro”.

neutralidade do analista/pesquisador, rompendo as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido e entendendo que “sujeito e objeto, pesquisador e campo de pesquisa, se criam ao mesmo tempo” (BENEVIDES DE BARROS, 1994, p.165). O momento da pesquisa e o momento da produção teórica coincidem, não havendo mais sujeito e objeto, mas processos de subjetivação e de objetivação, criação de planos que ao mesmo tempo criam sujeitos/objetos. É a dimensão de produção que abala a dicotomia sujeito-objeto e teoria-prática e também a própria noção de campo, pois se espera do campo uma identidade que reflita aquela de seu objeto. A despersonalização, portanto, torna a tarefa da intervenção o acesso ao plano impessoal, plano do coletivo, que não é entendido como fenômeno social, grupo ou instituição, mas como experiência no limite do *SOCIUS* e no limite das formas, isto é, uma experiência limiar.

A ampliação do campo de análise se faz também com o conceito de transversalidade, proposto por Guattari (1981), em 1964, como um coeficiente que diz respeito a graus diferentes de abertura e de composição de diferentes vetores. Tal conceito implica uma quebra das dimensões horizontais e verticais, possibilitando a inclusão, no campo de análise, da própria instituição da análise e de seus dispositivos. É “uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos” (Idem, p.96). Ela diz respeito a uma abertura no plano da clínica através de práticas de atravessamento e conexões: “a transversalidade seria uma espécie de nomadismo de fronteiras, desmanchamento incessante dos territórios cristalizados” (BENEVIDES DE BARROS, p. 198).

A transversalidade pressupõe uma operação crítico-clínica de desestabilização dos binarismos (o que é distinto não é separado) e a própria desestabilização do caso da clínica. Ela desestabiliza o que o caso clínico tem de limite identitário e ele aparece como um quantum de transversalização. No movimento de desestabilização desses limites identitários surge uma região híbrida, um estranho espaço que é um espaço não espacializado, o espaço do “entre” ou outro tipo de espaço que não esse que se faz por uma operação de separação, sendo preciso forjar uma outra maneira de operar, de trabalhar que permita habitar esse *entre*. Tal conceito subverte a oposição entre os que pensam e os que fazem. É preciso transformar para conhecer: o ato de intervenção é que inaugura a possibilidade de conhecer: o conhecer é fazer. Há um primado do fazer, de modo que a aposta não é num conhecer para fazer, mas num fazer para conhecer. Nesse sentido o sujeito suposto desse saber (aquele quem sabe) é

colocado em questão na medida em que entramos então em contato com a dimensão de movimento da própria clínica (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS)¹⁹.

Quando as identidades do sujeito que conhece e do objeto conhecido são postas em questão, os limites entre as disciplinas são perturbados e a relação que se estabelece entre as disciplinas é de intercessão, ou seja, de interferência, de intervenção através da desestabilização de um domínio qualquer sobre o outro. O conceito de transdisciplinaridade surge então no mesmo movimento de ruptura das dicotomias sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, entendendo que a relação entre esses termos é primeira e deles constituinte (Idem).

Assim, ao longo do traçado dos mapas, na medida em que “puxamos os fios” que traçam esse percurso, deparamo-nos com “nós”, pontos de tensão, questões que nos obrigavam a uma certa pausa para que pudessem ganhar passagem e visibilidade ao longo do trabalho. Esses pontos serviram de guias na trajetória de construção de uma cartografia. Na verdade, estranhos guias, pois produziam desvios em nossa escrita, abrindo outros tantos caminhos possíveis de serem percorridos.

Essas linhas que “puxamos” dizem de uma visão reticular e rizomática da realidade, composta por linhas, sem princípio, nem fim. São tendências, fragmentos, que não se referem aos pedaços incompletos de uma unidade, e sim desmancham cenas identitárias, abrindo passagem para a invenção de novos e inusitados desenhos. São linhas, portanto, disparadoras de análise.

Deleuze e Guattari (1995) propõem o conceito de rizoma, descrevendo operações em rede. Diferente dos diagramas arborescentes que procedem por hierarquias sucessivas, a partir de um ponto central em relação ao qual remonta cada elemento local, os sistemas em rizoma ou “em treliça” podem derivar infinitamente, estabelecer conexões transversais sem que se possa centrá-los ou cercá-los (GUATTARI E ROLNIK, 1986). Segundo Deleuze (apud DESCAMPS, ERIBON e MAGGIORI, 1991) a cartografia é a análise dessas linhas, dos espaços, dos devires e nela “pode-se apenas marcar os caminhos e os movimentos com coeficientes de chance e de perigo” (Idem, p.125). “Parece que é ao mesmo tempo muito próximo e muito diferente dos problemas da história” (Idem, idem). Podemos perceber, portanto, que em nosso método cartográfico, a história é uma “geo-história”, pois ao cartografar, construímos uma abordagem territorial em dois momentos: acompanhamos a constituição dos territórios e seu potencial de fuga, ou diríamos de desterritorialização.

¹⁹ Anotações de aula, da disciplina “Subjetividade e Clínica” no mestrado de Psicologia/UFF no ano de 2005, ministrada pelos professores Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros. Anotações também da fala do professor na mesa de abertura do I Congresso Internacional, II Congresso Ibero-Americano, I Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico, no dia 07 de setembro de 2006.

As linhas estão sempre imbricadas umas nas outras: as de segmentação dura que cortam por dicotomização, as flexíveis que traçam pequenas modificações, que se desviam dos códigos totalizadores das primeiras e as de fuga que nos conectam com o imprevisível, com uma espécie de destino desconhecido, tortuoso e veloz. Fazer uma cartografia, uma esquizoanálise seria traçar as linhas que estão compondo um determinado território, as que estão dele escapando produzindo desterritorializações, as que estão se recompondo produzindo reterritorializações (BENEVIDES DE BARROS, 1994, p. 150).

Segundo Deleuze e Guattari (1976) o território nasce do caos e possui um movimento de constituição que vai do indiferenciado ao estabelecimento de um centro, mesmo que frágil. Desse centro a uma posse e dessa posse a um outro território, garantindo que a vida não seja vivida de modo turbulento, caótico. A constituição do território a partir do caos é uma criação autônoma que constitui um frágil centro como um mínimo de organização e de estabilidade para se expandir. Essa criação não parte de nenhum outro lugar senão desse próprio esboço que cria. Um criacionismo sem criador, ou uma criação em que criador e criatura se confundem em sua emergência.

O território sempre se compõe de três tipos de linhas: duras (rígidas, formas, estruturas); flexíveis (se movem, deixar passar o fora) e de fuga (ou nômades que escapam do território, entram e saem, pressionam para a criação), não podendo haver predominância excessiva de nenhuma das três linhas. Ele é formado dessas linhas, compostas por encontros de fluxos, nós. Sempre se faz por agenciamentos, encontros, conexões. No seio de cada agenciamento, de cada conexão que se faz há uma multiplicidade de dimensões, linhas e direções, cabendo acompanhar os movimentos de montagem/desmontagem e remontagem de territórios: o território pode se engendrar em linhas nômades ou de fuga ou pode se sedentarizar. Ou seja, pode se abrir para a criação, para a invenção de saídas ou pode cristalizar certas linhas, levando ao isolamento e à dificuldade de conexões, ou ao fenômeno do “tudo é sempre igual”, repetição identificada a um “mesmo que paralisa” (BENEVIDES DE BARROS, 1994). Trata-se de acompanharmos os movimentos, os caminhos percorridos pelas linhas que compõem os territórios (BENEVIDES DE BARROS, 2002).

Para Deleuze e Guattari a existência se dá na coexistência de dois planos: o plano extensivo ou molar e o plano intensivo ou molecular. É na coexistência desses planos que se dão os modos de subjetivação, não havendo determinação de um sobre o outro. No plano extensivo predominam as linhas duras de composição de territórios que implicam certos dispositivos de saber e poder e uma sobrecodificação dos fluxos de tal forma que um ponto dá sentido e se torna referência para os demais (plano do visível, do estado de coisas e

enunciados). O plano intensivo ou molecular, por sua vez, tem a predominância de linhas flexíveis, de fluxos e devir que buscam desviar-se da sobrecodificação totalizadora das linhas duras (plano do invisível, da intensidade e das mutações maquínicas). O decisivo nesse plano são as intensidades²⁰. No plano intensivo, essas linhas flexíveis, através de seus agenciamentos, operam pequenas modificações perceptivas, sensitivas e do desejo (Neves, 2002).

O plano do qual estamos falando é feito de fluxos. Não há aqui uma extremidade onde se possa determinar o “início ou o fim de algo”. Quando pensamos os fluxos só vemos o meio, o entre, pois só temos acesso ao efeito do encontro dos corpos, às conexões que os fluxos estabelecem entre si. Estamos, pois, num plano em que o engendramento é permanente. Não há, aí, um eu-sujeito pré-determinado nem um outro-objeto pré-existente, mas “eus” informes e múltiplos que se constituem em pontos-signos e irrompem no plano da atualidade. A binarização que vínhamos apontando deixa de existir porque não poderemos falar mais de sujeito ou objeto, mas de processos, seqüências de operações que levam sempre a outras seqüências. Se não estamos frente a relações onde um dos termos é determinado pelo outro, o que temos é uma rede de conexões que não pára de se fazer. O acesso que temos a ela se dá através dos recortes que fazemos. O que podemos, então, nos perguntar, é não mais de onde vem ou o que causa ou qual é seu fundamento, mas como está se operando a produção dessas conexões (BENEVIDES DE BARROS, 1994, p. 142).

Os modos de subjetivação e objetivação se fazem em meio ao que Deleuze e Guattari (1995) chamaram de multiplicidade substantiva. O rizoma é o modo, o método de funcionamento dessa multiplicidade, dessas linhas, e nele qualquer ponto pode ser conectado com qualquer outro. Não há centro, nem início, nem fim, apenas entre, meio. O rizoma opera no plano do contágio.

Um rizoma está sempre *entre, no meio*, tem como tecido as conjunções e... e... A árvore tem filiações, começa e termina em algum ponto. O entre não é algo localizável no espaço, é um movimento transversal, um fluxo incessante, um devir. Como tal, não pode ser definido a não ser *fragmentária e provisoriamente*, na relação, podendo sempre ser outra coisa, outro signo, outro som, outro animal, outro vegetal, etc. O rizoma é uma rede de devires, processos maquínicos, transformações não estratificadas. O devir é aquilo que é sem ser um, *sem ser identidade*, sem

²⁰ Os planos molar (realidades constituídas) e molecular (processos de constituição) são composições de linhas: duras ou sedentárias, nômades ou flexíveis e de fuga. Em ambos existiriam os três tipos de linha, mas em cada um haveria dominância de um dos tipos. “O plano molar seria predominantemente habitado por linhas duras, enquanto que no molecular a predominância seria de linhas flexíveis e de fuga. As linhas duras são aquelas que estão subordinadas a um ponto que se torna referência, que ‘significa’ os demais. Formam um sistema arborescente, em que sempre há uma forte unidade principal tomada como referência primeira, enquanto que as outras duas linhas formam um rizoma” (BENEVIDES DE BARROS, 1994, p. 146).

ser indivíduo. O devir está no plano do incorporal, do invisível, das virtualidades. É aquilo que se insinua entre as dicotomias afirmando-se como um dos modos do ser (BENEVIDES DE BARROS, 1994, p. 146, grifos nossos).

No sistema rizomático as conexões se fazem em qualquer ponto. Não há princípio nem fim, há um “meio”. Um rizoma, portanto, traça mapas abertos, desmontáveis e conectáveis em todas as direções: qualquer ponto pode ser conectado a qualquer outro ponto e deve sê-lo (princípio de conexão e de heterogeneidade). No sistema de redes não se tem a idéia de fundamento, nem de origem, nem evolução, nem continuidade. Não há causalidade, linearidade, finalismo. O que existem são processos, conexões, relações que não se montam por horizontalidades e verticalidades, mas por transversalidades.

Outra característica do rizoma é o princípio de multiplicidade. A multiplicidade não trata da idéia de uma rede que alinhava os pontos que ela contém, não é uma rede protetora (que captura), mas uma rede criadora de tensões e, portanto, trata-se da multiplicidade de possíveis:

Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza [...]. Um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões. Não existem pontos ou posições num rizoma como se encontra numa estrutura, numa árvore, numa raiz. *Existem somente linhas.* (DELEUZE E GUATTARRI, 1995, p. 16-17, grifos nossos).

Desse modo, a escolha do método rizomático cartográfico implica, na construção de mapas que vão sendo montados ao longo da pesquisa, numa experiência do acompanhamento do traçado de alguns pontos, de como essas redes se traçam. A rede é uma experiência de emergência, de conexão, uma experiência desse plano impessoal das forças. Quando tomada em seu aspecto conectivo, ela é constituída sem centro, indicando um modo de relação que não é mais de uma rede de pontos que se ligam, mas uma rede que, no momento mesmo em que se atualiza, cria esses pontos. A rede é entendida como planos de onde os pontos emergem, rede de conexão. Não tomamos as redes como dados, nem os traçados como pontos. Os pontos são pontos de emergência e a experiência é de conexão, de modo que a transversalidade é a operação constituidora do método cartográfico, do acompanhamento desse traçado, ou de como essas redes se traçam. Por isso não acompanhamos o que é, mas o que está se transformando.

No método rizomático cartográfico a meta se constrói no próprio processo de acompanhar os movimentos. O método então não é de construção de um percurso que garanta um encaminhamento para a verdade ou para uma meta previamente definida. A metodologia clínica que o dispositivo do AT evidencia, tal como a cartografia, é diferente daquele entendimento tradicional de metodologia como um caminho para a verdade. Ou seja, um percurso em que se garante a adequação do caminho com um fim a ser alcançado. Nesse sentido, o método é um caminho submetido a uma meta e a experiência clínica do AT subverte justamente esse sentido quando aposta numa indefinição do percurso.

A subversão que constatamos na clínica do/no movimento é a que nos obriga a pensar o avesso deste sentido tradicional de método, de tal forma a considerar doravante uma meta que se constrói no próprio caminhar, não um método, mas uma hodos-meta. Assim, sem um *a priori* que confere ao mais além o valor de fim a ser alcançado, o caminho torna-se, então, um ato de produção de si na ação gerúndica do caminhando²¹.

Ainda que sem metas predefinidas, a clínica e a pesquisa têm uma direção e essa se dá a partir de uma postura ética. A implicação de ambas num processo de produção de subjetividade, como resistência às formas de assujeitamento, faz com que não se separem do campo social, da história, da política, da estética e da ética. Isso significa que, na pesquisa, assim como na clínica, não assumimos uma posição de julgamento, uma posição moralista a partir de um conjunto de regras coercitivas que definem a priori o que é certo e o que é errado. Por outro lado, em hipótese alguma nossa atitude (ethos) será de omissão ou submissão. Temos um comprometimento ético, entendido enquanto criação de “um conjunto de regras facultativas que avalia o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica” (DELEUZE, 1992, p. 125-126). O método, portanto, nos implica politicamente.

Como parte do método genealógico, Foucault propõe um ethos filosófico, caracterizando-o como “atitude-limite” que deve conduzir a uma dimensão experimental: “(...) uma atitude indagadora, prudente, ‘experimental’, é necessária; a cada momento, a cada passo, devemos confrontar o que estamos pensando e dizendo com o que estamos fazendo, com o que estamos sendo” (FOUCAULT²² apud RODRIGUES, 1998, p. 42).

²¹ Anotações da aula, da disciplina “Subjetividade e Clínica” no mestrado de Psicologia/UFF no ano de 2005, ministrada pelos professores Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros e anotações da fala de Eduardo Passos na mesa de abertura do I Congresso Internacional, II Congresso Ibero-Americano, I Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico, no dia 07 de setembro de 2006.

²² Foucault, M. Politics and ethics, entrevista de 1983, incluída em Rabinow, P. (ed) *Foucault reader*. New York: Pantheon Books, 1984, p. 374.

[...] este trabalho, feito nos limites de nós mesmos, deve, por um lado, abrir um campo de investigação histórica e, por outro, submeter-se ao teste de realidade, de realidade contemporânea, tanto para identificar os pontos onde a mudança é possível e desejável quanto para determinar a forma precisa que esta mudança deve tomar. Isto significa que a ontologia histórica de nós mesmos deve afastar-se de todos os projetos que clamam ser globais ou radicais (Idem, 1998, p. 41).

A aposta no limite de nós mesmos é também uma aposta na experiência de crise: não pactuamos com a atitude confortável do consenso, da unificação, da totalização. Valorizamos o dissenso, colocando em análise nossas posições e as instituições que nos atravessam. Nossa postura, portanto, não é a de naturalização do mandato social que nos cabe enquanto psicólogos, clínicos, acompanhantes terapêuticos, pesquisadores. Pelo contrário, colocamos em análise os instituídos de modo desestabilizá-los, fazendo aparecer as forças históricas do processo de institucionalização e salvaguardando os movimentos instituintes.

Tornando-nos atores – parciais, específicos, múltiplos –, e não autores – de um presente radioso e solene –, Foucault nos obriga a refletir sobre a correlação necessária entre *análise histórica* e *prática cotidiana*. Por um lado, a investigação histórica nos abre a um nós-enquanto-presente e favorece o teste experimental da transgressão, do que se pode e se quer trans-formar. Por outro, são exatamente tais fissuras, tais rupturas, tais revoltas – parciais e transitórios espaços de liberdade – aquelas que permitem que, no limite do nós-mesmos-enquanto-elementos, contingenciemos aquilo-que-é, aquilo que somos, pensamos, agimos e dizemos, historicizando-os (RODRIGUES, 1998, p. 41).

Nesse sentido, nosso método se faz partindo da experiência e a ela retornando, de modo que o que vai ganhando relevo, mais do que ela própria, é o que ela possibilita experimentar. Ao realizarmos o mapeamento fomos, então, construindo um plano problemático e, tal como na clínica, nos propusemos a construir mais problematizações do que soluções.

1. CONTEXTO – “MAPA”: PUXANDO ALGUNS FIOS QUE TECEM O CAMPO DO AT²³.

1.1 Mapa 1: Nosso ponto de partida – Brasil e América Latina

Iniciamos nossa busca em duas grandes frentes: procuramos por textos produzidos sobre Acompanhamento Terapêutico no Brasil e em todos os outros países na América Latina. Além do Brasil, os países em que encontramos material publicado sobre o tema, foram: Peru, México, Uruguai e Argentina, com especial destaque para este último, país de origem da maioria das publicações não brasileiras. Nossa busca se deu no sentido de encontrarmos todas as publicações sobre AT de janeiro de 1980 a junho de 2006, com especial atenção para aquelas que estivessem voltadas para a relação do AT com a rede pública de saúde. Entretanto, essas foram justamente as mais difíceis de serem encontradas, e por isso precisamos fazer um desvio metodológico e pesquisar essas experiências a partir de contatos telefônicos, e-mails, conversas e entrevistas informais com atores implicados diretamente na construção do AT como dispositivo de saúde no Brasil.

Fez parte também de nossa pesquisa, a busca por sites específicos sobre o tema do AT e por sites oficiais do Ministério da Saúde de cada país. Quando nenhum desses foi encontrado, procuramos sites oficiais dos governos desses países. Entramos em contato por e-mail com os ministérios da saúde de quase todos os países da América Latina²⁴, sempre com uma carta²⁵ padrão de apresentação do tema e do nosso problema de pesquisa, solicitando contatos com instituições e pessoas que trabalham no campo da saúde mental que pudessem estar interessados em nossas experiências e em contar-nos sobre o trabalho que vêm também desenvolvendo no âmbito do AT.

Dos países da América Latina, alguns dos endereços de e-mail foram conseguidos em pesquisa através de páginas da Internet, tanto nos sites oficiais dos governos quanto em páginas afins com nosso tema. Outros contatos são frutos da construção, ao longo da pesquisa, de uma rede de relações com trabalhadores de diferentes instituições de saúde.

²³ Ao final de nossa pesquisa, encontramos livros (19 livros), artigos (em torno de 100, incluindo aqui os documentos da Internet), Dissertações de Mestrado (13) e uma Tese de Doutorado. A primeira publicação data de 1987 e a última de 2006, à exceção da Tese da Analice Palombini de março de 2007, constituindo-se como a segunda Tese incluída em nossa pesquisa. Não incluímos aqui Trabalhos de Conclusão de Curso sobre AT.

²⁴ Nem todos os países possuem um Ministério específico da Saúde e nem todos possuem contato de e-mail.

²⁵ Ver ANEXO 1.

Em nossa busca, constatamos que dos 22²⁶ países que constituem a América Latina 10 não possuem sites oficiais de seus governos. Quanto aos e-mails enviados para endereços eletrônicos conseguidos na própria rede obtivemos resposta apenas do Chile. Apesar dos poucos retornos que obtivemos de nossos contatos na América Latina (mais ou menos 5%), não podemos, com isso, concluir que não haja prática do AT nos países com os quais não conseguimos estabelecer um contato efetivo. Como não tivemos notícias de AT nesses países por nenhum de nossos mecanismos de buscas, supomos que se houver AT nesses países, a prática ainda é pouco divulgada. Mesmo nos países em que tivemos notícias de trabalhos de AT ou de uma proposta parecida, ainda são poucos os registros encontrados.

Na busca de contatos no México visitamos um site oficial e enviamos 14 mensagens de e-mail, das quais não obtivemos resposta. Na Argentina também visitamos um site oficial e enviamos 19 e-mails, sem resposta. Na Bolívia visitamos um site oficial e não conseguimos nenhum endereço de mensagem eletrônica. No Chile visitamos dois sites oficiais e enviamos mensagem eletrônica para 109 endereços, dos quais quatro responderam. Na Colômbia visitamos um site oficial e enviamos dois e-mails, sendo um respondido. No Equador visitamos três sites oficiais e enviamos um e-mail, sem resposta. Na Guiana, Paraguai e Venezuela conseguimos apenas visitar um site oficial e nenhum endereço de e-mail. No Peru visitamos quatro sites oficiais e fizemos contato através de cinco endereços de e-mail, sem resposta. No Uruguai visitamos dois sites e enviamos uma mensagem, sem resposta. Da Argentina, Colômbia, Peru, e México responderam a nossa carta pessoas para as quais nos apresentamos a partir da indicação-referência de profissionais do campo do AT no Brasil.

No Brasil, a dificuldade encontrada no estabelecimento de contato virtual não foi diferente. Visitamos o site oficial do Ministério da Saúde e entramos em contato por e-mail com todas as secretarias estaduais do país e com todas as coordenações de saúde mental das capitais dos estados, apresentando a mesma carta enviada para os países da América Latina. Duas coordenadorias responderam ao contato. Uma delas foi a do Estado do Rio de Janeiro, através da coordenadoria de saúde mental do estado, na pessoa de Claudia Talleberg, que integrou o projeto de AT da Universidade Federal Fluminense em parceria com um Caps do Município do Rio de Janeiro e com um Caps do Município de Itaboraí. A outra resposta foi da

²⁶ Países da América Central: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá. Destes, apenas o México possui site oficial do governo e é o único país do qual temos notícias a respeito do trabalho de AT.

Países da América do Sul: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Guiana Francesa, Ilhas Falkland, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela. Destes, a Guiana Francesa, as Ilhas Falkland e o Suriname não possuem site oficial do governo. Ver no ANEXO 2 sobre os sites visitados e os endereços de e-mail contatados.

coordenadoria do Estado de Minas Gerais, informando a existência de AT em Uberlândia e Barbacena. De Uberlândia não obtivemos retorno do contato estabelecido com a coordenadoria municipal. Barbacena, através da coordenação de saúde mental municipal, nos informou que o trabalho desenvolvido não tem o nome de Acompanhamento Terapêutico, embora talvez possa exercer algumas vezes essa função.

Os contatos feitos a partir da construção da rede de relações com atores do campo do AT nos permitiram constatar que na Argentina o AT está presente em Córdoba e em outras cidades do interior do país como Paraná (Entre Tios), Bahia Blanca y La Plata (Buenos Aires), Esquel (Chubut), Viedma (Rio Negro), Rosario (Santa Fé), Dan Juan y San Luis. Além disso, o AT aparece em Lima, no Peru; em Querétaro, México; em Montevidéo, no Uruguai; em Santiago e Talcahuano, no Chile; e na Colômbia.

Com exceção da Argentina, país em que tal prática parece ter surgido, os trabalhos nos demais países parecem ainda recentes. Em Santiago, no Chile, a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica, alguns centros de saúde e hospitais-dia, bem como equipes de Psiquiatria comunitária, trabalham com a figura do acompanhante terapêutico. Em Talcahuano (Chile), há um pequeno serviço de saúde, no qual não há leitos para hospitalização dos usuários e isso impulsionou a criação do AT para acompanhar os usuários e suas famílias, mas não existem publicações a respeito desses trabalhos. No Peru há uma Associação de Acompanhantes Terapêuticos (SPAT - Sociedad Peruana de Acompañamiento Terapéutico)²⁷.

A maior parte da literatura encontrada desses países refere-se ao AT na rede privada de serviços de saúde. Com exceção da Argentina, apenas através de escassos contatos por e-mails, tivemos notícias da presença desse dispositivo em serviços da rede pública dos diferentes países latinoamericanos. Por isso, nossa pesquisa, quando diz respeito à presença do AT na rede pública de saúde, está restrita ao Brasil.

No Brasil o AT está presente em cidades como Porto Alegre, São Lourenço, Viamão, Caxias do Sul, Novo Hamburgo, São Paulo, Campinas, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, Niterói, Friburgo, Brasília, Barbacena, Betim, Belo Horizonte, Uberlândia, Belém, Recife, Florianópolis, Palhoça e Blumenau. Existem grupos de acompanhantes terapêuticos nessas cidades que trabalham na rede privada e alguns trabalham em parceria com serviços públicos de saúde²⁸ (informações verbais)²⁹. Além disso, algumas universidades, principalmente nos

²⁷ Comunicações por e-mail com diferentes atores do campo do Acompanhamento Terapêutico.

²⁸ Como a ONG ATUA, o Projeto Humanitas e o Instituto Sedes Sapientiae, sendo esses três de São Paulo.

²⁹ Idem nota 27.

cursos de Psicologia, oferecem estágio em Acompanhamento Terapêutico e têm como campo alguns serviços da rede municipal.

Iniciaremos contando algumas histórias sobre o surgimento do AT e a seguir contaremos algumas experiências de AT na rede pública de saúde no Brasil. Por fim, encerraremos nosso primeiro capítulo contando sobre alguns eventos de AT que vem sendo realizados no Brasil e na Argentina e que dão visibilidade a algumas tensões atualmente presentes no campo do AT.

1.2 Mapa 2: História(s) do AT

Segundo Rossi (2006) o AT foi desde o início respondendo a diferentes necessidades clínicas e orientando-se conceitualmente também de maneiras diversas, o que nos traz dificuldades para reconstruir essa história desde uma articulação teórico-clínica precisa ao AT. Mas não se trata aqui de vincularmos o surgimento do AT ao nascimento de uma disciplina ou especialidade. O que percebemos é que, assim como não há uma teoria específica do AT, não há apenas uma e consensual versão de como e onde essa prática iniciou. Talvez inegável seja o fato de ela ter nascido em um contexto rico em teorias e lutas e que são muitos os vetores³⁰ que se articulam na construção do AT como um dispositivo clínico-político. Portanto, propomos aqui um certo recorte que nos permite contar algumas histórias que compõem a trama do surgimento do AT.

Algumas das publicações brasileiras que encontramos em nossa pesquisa fazem referência ao surgimento do AT. Entre elas destacamos a dissertação de mestrado de Raimundo de Oliveira Reis Neto (1995), em que o autor faz uma genealogia do Acompanhamento Terapêutico na cidade do Rio de Janeiro. Há também um capítulo no trabalho de dissertação Deborah Sereno (1996), de Cristiane Helena Dias Simões (2005)³¹ e de Károl Veiga Cabral (2005) dedicados exclusivamente ao contexto do surgimento do Acompanhamento Terapêutico. Dedicaram um sub-capítulo das suas dissertações de mestrado para falar do surgimento do AT: Ernesto Richter (2003), Veridiana Fráguas (2003), Sandra

³⁰ Em nosso segundo capítulo destacamos alguns desses vetores (Psiquiatria, Psicanálise, Universidade e cidade).

³¹ A autora realizou uma pesquisa buscando analisar as produções científicas referentes ao tema Acompanhamento Terapêutico, no Brasil, no período entre 1960 e 2003, com o objetivo de estabelecer o que é esta prática para seus agentes e identificar os temas emergentes dessa produção. Reuniu como publicações: exposições orais apresentadas em encontros científicos, artigos publicados em revistas especializadas, documentos eletrônicos, dissertações de mestrado e livros sobre o tema. Apesar da proximidade metodológica, no que se refere à busca pelas produções científicas sobre o AT, entendemos que foram diferentes os percursos pelos quais fomos levadas ao longo do processo de pesquisa.

Silveira Carvalho (2004)³² e Carlota Maria Zilberleib (2005). Fabio Araújo (2006) também aborda esse tema ao longo de sua dissertação, principalmente na discussão que faz sobre a mudança de nomenclatura de amigo qualificado para Acompanhamento Terapêutico. Ana Celeste de Araújo Pitiá (2005) dedica um capítulo de seu livro, fruto de sua tese de doutorado, para falar do surgimento e da trajetória histórica do AT. Regina Fiorati (2006), em sua dissertação de mestrado, no capítulo em que faz uma revisão da literatura sobre AT, aborda também esse tema. Há também os textos dos argentinos Gabriel Pulice e Federico Manson (2005), Gustavo Rossi (2006) entre outros.

Reis Neto (1995), Barreto (2000), Richter (2003), Pelliciolli (2003), Zilberleib (2005), Araújo (2006), Pulice e Manson (2005), Rossi (2005), Cabral (2005) e outros situam o nascimento do AT com o trabalho denominado amigo qualificado, surgido no contexto dos movimentos da Anti-Psiquiatria e da Psiquiatria Democrática, movimentos esses que tiveram profunda influência nos países da América do Sul, especialmente na Argentina e no Brasil. Em que pese uma sintonia de Reforma Psiquiátrica na América Latina, cada um dos países vem construindo sua Reforma nas frestas e brechas que vêm conseguindo.

Segundo Bezerra Júnior (1994), desde a Segunda Guerra Mundial, surgiram movimentos de crítica ao asilo e à instituição psiquiátrica em diversos países do Ocidente, que “procuraram criar novas bases de sustentação teórica e institucional para o tratamento das doenças mentais” (Idem, p.171).

A introdução do aparato conceitual psicanalítico, aliada à crítica e a tentativa de superação dos mecanismos patogênicos das próprias instituições terapêuticas (Psicoterapia Institucional e Comunidade Terapêutica), a ampliação da rede de dispositivos assistenciais (Psiquiatria de Setor) e a propostas de desospitalização e promoção da saúde mental (Psiquiatria Preventiva) foram tentativas de responder a essas críticas e de formular alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional. No entanto, a despeito das transformações operadas por essas experiências, e das grandes diferenças entre elas, é possível afirmar que seu raio de ação respeitou os limites da instituição psiquiátrica. Essas experiências não puseram em xeque o sistema psiquiátrico: na realidade, procuraram aperfeiçoá-lo (Idem, idem).

Segundo o autor foi apenas nos anos 60 que o modelo psiquiátrico foi posto em questão, colocando em análise as bases e fundações do conhecimento psiquiátrico. Na

³² A autora realizou uma pesquisa em que construiu, a partir da perspectiva do Acompanhante, uma primeira caracterização sócio-demográfica e clínica do Acompanhamento Terapêutico no Brasil. A pesquisa contou com 32 questionários respondidos por acompanhantes de diversas cidades brasileiras e com uma entrevista realizada com o Nelson Carozzo. A pesquisa também traçou um perfil geral dos acompanhantes terapêuticos que participaram do 3º. Encontro Paulista e 1º. Encontro nacional de Acompanhantes Terapêuticos, realizado em São Paulo em 2001.

Inglaterra, os anti-psiquiatras recusavam a descrição da loucura como doença com o objetivo clínico de “dar positividade, valor social à experiência psicótica” (Idem, idem) e com o objetivo político “de valorizar o campo das produções psíquicas como palco privilegiado das transformações estruturais da sociedade” (Idem, p.172). Na Itália, em Gorizia e posteriormente em Trieste, a experiência mais tarde denominada Psiquiatria Democrática, “acentuava de modo enfático a necessidade de combinar transformações no sistema assistencial com intervenções nos elementos de ordem social, política e cultural que sustentavam o universo manicomial” (Idem, idem).

Apesar das diferenças entre os diversos movimentos, entre eles o da Análise Institucional (França), da Psiquiatria Democrática (Itália) e da Antipsiquitria (Inglaterra), todos tinham como objetivo subverter o modelo manicomial de medicalização da loucura e de psiquiatrização do sofrimento, numa “perspectiva que lhes fazia ver história, cultura e sociedade naquilo em que a Psiquiatria só enxergava biologia e idiosincrasia individual” (Idem, idem). Esses movimentos questionaram a noção de doença mental como decorrente de um fator unicamente orgânico e posicionaram-se de forma contrária aos tratamentos da loucura, que aconteciam predominantemente nos manicômios. Na verdade, a própria idéia de doença mental foi questionada e passou-se a entender que a loucura foi produzida como doença mental em um determinado contexto histórico através de sua apropriação pela Psiquiatria (FOUCAULT, 2005).

Os acontecimentos de maio de 1968 marcaram uma certa virada na cultura do século XX. Havia uma recusa generalizada a tudo o que caracterizava a sociedade disciplinar³³. A partir da crítica a diferentes equipamentos/instituições sociais, como a escola/educação e a fábrica/trabalho, a crítica comparece ao principal dispositivo psiquiátrico – o manicômio – e ao modelo hospitalocêntrico. O saber médico deixou de ser o único a comparecer, na medida em que novos e diferentes saberes foram convocados para enunciar um novo discurso sobre a loucura. Historiadores, filósofos, e ainda outros atores foram convocados a fazer parte da assistência propriamente (SANTOS, 2003).

O movimento de desinstitucionalização e de desmonte da lógica manicomial foi sendo construído através de um processo crítico e de intervenção não só dos estabelecimentos de saúde, mas das relações instituídas que operam e conservam o binômio doença-cura, doença-exclusão (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). A atenção na saúde durante muito tempo se deu centrada na doença e suas manifestações sintomáticas, de tal modo que a

³³ Foucault (1993, 1999) descreve a sociedade disciplinar como um modo de pôr a funcionar um conjunto de técnicas de adiestramento, vigilância e individuação dos elementos do corpo social.

terapêutica era centrada na remissão dos sintomas através da medicalização. Na dinâmica de tratamento em que a direção é a cura, a intervenção é centralizada em estratégias adaptativas e de remissão de sintomas. A partir de uma mudança do paradigma racionalista baseado na relação “problema-solução” passou-se a pensar e planejar as ações em saúde entendendo o sofrimento psíquico como parte de uma existência complexa e concreta dos pacientes em sua inseparabilidade com o corpo social. A ênfase deixou de ser o processo de “cura” e passou a ser o projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente, de modo a produzir vida e novos sentidos para a mesma e produzir uma rede de relações entre pacientes e o corpo social (Idem). Dessa forma, a desinstitucionalização vem sendo construída como um trabalho de transformação dos modos pelos quais as pessoas são tratadas (ou não) para transformar seu sofrimento: o tratamento passa a ser entendido como um conjunto complexo e cotidiano “de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento” (Idem, p. 29).

Na década de 60 essas idéias chegaram ao Brasil, marcando uma importante diferença no processo brasileiro de reforma, pois, nesse período, o país vivia ao mesmo tempo um período de repressão violenta e também a gestação de uma grande agitação política, em que muitos movimentos sociais de esquerda passaram a lutar pela redemocratização das políticas no país. A ditadura brasileira, no período de 1964 a 1969, apesar das centenas de cassações, prisões e torturas, não impediu a circulação da produção cultural da época. Como ressalta Coimbra (1995, p.28): “era a ditadura, mas havia uma hegemonia cultural da esquerda; entretanto a circulação de tais idéias era totalmente bloqueada às classes populares”, sendo consumida por um público de intelectuais e estudantes de classe média.

Ainda segundo Coimbra (1995) o Ato Institucional nº. 5, de dezembro de 1968, inaugurou um dos mais violentos e repressivos períodos da história brasileira (de 1969 a 1974). Juntamente com a repressão vendia-se a imagem do Brasil como “ilha de tranquilidade”, e a classe média ascendia economicamente, passando a consumir cada vez mais. Foi um período marcado pela aceitação passiva por parte da população de que competia ao governo a resolução dos problemas e a ela competia trabalhar e/ou estudar, e não se imiscuir em política.

No campo da saúde, no período de 1965 a 1970, o Estado optou, alegando razões de ordem econômica, pela contratação de leitos em hospitais privados que cresceram rapidamente para responder à crescente demanda. Entretanto, após anos de grande crescimento econômico, houve desgaste da força de trabalho, deterioração na qualidade de vida dos trabalhadores, crescimento da mortalidade infantil, aumento da incidência de casos

de tuberculose, entre outros problemas. Nessa época, então, a assistência aos portadores de sofrimentos psíquicos perdeu certa importância e houve uma redução da proporção de gastos com saúde mental em relação aos dispêndios com a assistência médica (RESENDE, 2000).

Na segunda metade da década de 70, segundo Bezerra Júnior (1994), com o fim do chamado milagre econômico e o início do processo de abertura do regime autoritário no Brasil, foi inevitável o processo de discussão na sociedade brasileira sobre a reorganização do sistema de poder no país. Foi um período de efervescência e crescente participação política dos movimentos sociais (movimento negro, movimento homossexual, de mulheres, associações de bairro e favelas, sindicatos, conselhos profissionais). Esse foi um momento em que novas experimentações clínicas foram possíveis, constituindo as primeiras experiências de Reforma, mas ainda sem essa denominação. A partir da luta pela democratização, iniciou-se uma crítica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas. No campo da saúde, essas propostas confluíram para delinear o programa da Reforma Sanitária, que propunha “o enfrentamento da questão da saúde em todas as suas dimensões (técnica, política, econômica e social) dentro de uma perspectiva de luta pela democratização do país” (Idem, p. 173).

Segundo o autor, “no campo psiquiátrico, em meados dos anos 70, havia poucas experiências em andamento tentando quebrar a hegemonia do modelo asilar” (Idem, p. 174) e as mesmas não possuíam uma perspectiva de transformação global do sistema, pois aconteciam de forma isolada. Foi ao longo dos anos 70 que começaram a surgir, “no contexto das lutas setoriais contra o regime, denúncias contra a violência e o abandono a que estavam submetidos os pacientes” (Idem, p. 175). Bezerra Júnior destaca três experiências importantes contra o modelo asilar nos anos 70: uma que ocorreu no Rio de Janeiro, com a Dra. Nise da Silveira que possibilitou a criação do Museu de Imagens do Inconsciente, a segunda ocorreu na unidade de atenção primária de Murialdo e outra com programa de setorização do atendimento no Hospital São Pedro, sendo as duas últimas localizadas em Porto Alegre.

Segundo Paulin e Turato (2004), três estados se tornaram referências de tais experimentos: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. O Rio Grande do Sul foi o estado em que o modelo preventivo-comunitário mostrou-se mais marcante e foi onde surgiu, nos anos 60, “a Clínica Pinel, considerada o primeiro modelo assistencial no país influenciado pelos princípios da comunidade terapêutica postulado por Maxwell Jones e das experiências da psicoterapia institucional francesa” (Idem, p. 254). No Rio de Janeiro, no final da década de 60, os autores também destacam a experiência da Dra. Nise da Silveira no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII). Em São Paulo, os autores enfatizam uma forte parceria entre os

serviços de saúde e os cursos de medicina através de um convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado e as quinze faculdades de medicina existentes, no ano de 72 com o objetivo promover e desenvolver “modelos assistenciais, pesquisas epidemiológicas, capacitação de recursos humanos e implantação de centros comunitários de saúde mental” (p. 255).

As transformações políticas que ocorreram no início dos anos 70 e que favoreceram o surgimento de experiências alternativas ao modelo manicomial – como as desenvolvidas nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre – possibilitaram o surgimento de práticas precursoras do Acompanhamento Terapêutico a partir da criação de novas intervenções no campo da saúde mental. Tais intervenções contribuíram para a promoção de mudanças na concepção hegemônica de atenção psiquiátrica (Idem).

No Brasil, segundo Coimbra et al (2002), no período mais repressivo da ditadura militar, novas práticas foram se gestando a partir da organização do fortalecimento dos movimentos sociais, assim como se inventaram novas formas de fazer política. Os anos 60 prepararam e os anos 70 consolidaram formas de “pensar, sentir e agir, principalmente nas classes médias urbanas brasileiras” (Idem, p. 114), que passaram a ser ávidas consumidoras das práticas *psi*. Uma visão intimista da sociedade transformou categorias políticas em categorias psicológicas de modo que o cotidiano e a vida social foram psicologizados, produzindo-se uma oposição entre os domínios público e privado, como veremos a seguir.

Nos primeiros anos da década de 80 iniciaram-se experiências inovadoras no campo da saúde em vários estados e municípios. “Novas questões trazidas pelos movimentos sociais, ainda na década anterior, repercutem nas classes médias urbanas que, pelo próprio processo recessivo por que passa o país, aliam-se às diferentes lutas nascidas nas periferias” (Idem, p. 115). Na segunda metade da década, “já se havia instalado no país uma quantidade relevante de propostas de reestruturação da assistência psiquiátrica. Apesar dos tropeços e reveses, um movimento nacional havia se constituído” (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p. 180).

Foi também nos anos 80 que a violência do modelo privatizante terminou por gerar uma crise na qual o Estado passou a adotar medidas que visaram reorganizar o setor público para assumir uma parcela da assistência pública até então delegada aos serviços. Iniciou-se um movimento de descentralização e com isso municipalização das ações de saúde, bem como um incentivo à participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde, além da definição de financiamento do setor público de saúde. Esse movimento culminou na criação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Bezerra Júnior (1994) foi nesse contexto que começou a se consolidar no nosso país o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Esse movimento instigou uma reflexão

sobre a prática clínica nos serviços e foram criados cursos de extensão e especialização voltados para o preparo dos profissionais no sentido de avançar nos desafios lançados pela necessidade de mudança da situação asilar. Dessa forma, na segunda metade da década de 80, já estavam instaladas relevantes propostas de reestruturação da assistência psiquiátrica.

Foi então em 1989, em Santos, que a Prefeitura da cidade fez uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital privado marcado pelo modelo asilar que contava com mais de 500 internos e criou uma rede de cuidados e relações com a sociedade (BEZERRA JÚNIOR, 1994), implementando um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Nesse mesmo ano foi criado o Projeto de Lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, que preconizava a reestruturação da assistência psiquiátrica no país, regulamentava os direitos do doente mental e previa a substituição progressiva do manicômio por novos dispositivos de tratamento e acolhimento (AMARANTE, 1994). Tal projeto culminou na Lei 10.216 aprovada em seis de abril de 2001, após muita problematização e conseqüente popularização da reforma.

Bezerra Júnior (1994) descreve outras experiências inovadoras no final dos anos 80 e início dos anos 90, entre elas, no Rio Grande do Sul, a Nossa Casa, em São Lourenço do Sul e a Pensão Protegida Nova Vida, em Porto Alegre. Em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Cerqueira, no qual foram questionadas teoricamente as experiências psicóticas a partir de diversos referenciais, incluindo a Psicanálise.

Assim, o Movimento Sanitário e o Movimento da Reforma, associados à perspectiva de municipalização³⁴ do sistema de saúde pública abriram espaços privilegiados de mudança e de efetivação do movimento antimanicomial brasileiro (RICHTER, 2003). O objeto da desinstitucionalização deixou de ser o manicômio e passou a ser as lógicas que reproduzem as relações que operam a loucura como doença mental. Entendia-se que a extinção dos hospitais psiquiátricos não era suficiente para garantir uma rede de tratamento adequada. A diminuição do número de leitos oferecidos em hospitais psiquiátricos era (e ainda é) fundamental, mas deveria ser acompanhada de estratégias sólidas com relação à criação e manutenção de serviços substitutivos à internação. Nesse sentido, foram necessárias a criação e legitimação³⁵ de outros dispositivos que dessem conta desta clientela que apenas em último caso deveria

³⁴ A municipalização foi a estratégia implementada no Brasil em cumprimento à diretriz da descentralização do Sistema Único de Saúde. Nesse processo, os municípios assumiram a responsabilidade de instituir o sistema municipal de saúde e sua gestão, implementando uma política local de saúde, com controle social, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e Conferências de Saúde. A NOB 01/93 definiu distintas modalidades de habilitação estadual e municipal ao SUS, as quais supõem graus distintos de responsabilidade sobre a gestão dos serviços.

³⁵ Através de leis e portarias, como a Lei 10.216/2001 e as portaria 336/2002 (que cria os Caps); e 251/2002 (cria os Serviços Substitutivos) e outras.

utilizar o recurso de uma internação psiquiátrica. Os hospitais-dia³⁶, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os centros de referência em saúde mental, bem como as equipes de referência em saúde mental para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e para os Programas de Saúde da Família (PSF), os plantões psiquiátricos referência para as emergências, e a inserção dos acompanhantes terapêuticos na rede pública de serviços são alguns desses dispositivos.

Dessa forma, não apenas no Brasil, mas em diversos países da América Latina, impulsionou-se a criação de uma série de dispositivos e serviços substitutivos ao manicômio. Pulice e Manson (2005) situam o contexto de intensa convulsão política e social na Argentina e em diferentes países do mundo, na década de 60, como terreno propício para o início de uma série de experiências impulsionadas pela Psiquiatria Dinâmica, Anti-Psiquiatria e Psicanálise. Esse movimento, somado ao desenvolvimento da Psicofarmacologia, teria gerado as condições para a implementação de novos dispositivos de atenção ambulatorial, os quais levaram ao desenvolvimento de novas e diversas disciplinas.

Na Argentina, a segunda metade da década de 60 também começou exatamente sob o signo de tudo aquilo que seria contestado pelo maio de 1968³⁷. Em 1966, o presidente eleito Arturo Illia foi alvo de uma conspiração militar-sindical e deposto pelas Forças Armadas, instalando-se a autodenominada “Revolução Argentina”, sob a presidência do general Juan Carlos Onganía (RODRIGUES ET AL, 2001). Iniciou-se um período de extrema violência e repressão sobre a universidade e os trabalhadores vinculados ao sindicalismo combativo.

O período de ditadura militar teve início propriamente dito no ano de 1976, com um golpe liderado pelas Forças Armadas, com base, na Doutrina de Segurança Nacional, presente também nos golpes brasileiro (1964) e chileno (1973). Os militares argentinos denominaram a ditadura de Processo de Reorganização Nacional, a partir do qual toda e qualquer forma de oposição era exterminada. A repressão foi estruturada no trio “seqüestro-desaparecimento-

³⁶ Segundo Rossi (2006) e Pulice e Manson (2005) o Hospital Dia passou a ser um lugar cada vez mais importante desde o final dos anos 50 na Argentina, junto a outros sistemas alternativos. O desenvolvimento dos Hospitais Dia para enfermidades psiquiátricas se produziu logo depois do final da Segunda Guerra Mundial.

³⁷ “Ao final dos anos 60, assistimos à eclosão da turbulência mundial representada pelas manifestações de maio de 68. Jovens corações e mentes desencadearam então uma onda de protestos em todo o mundo, sintetizável na formulação de um desejo: *mudar a vida*. Assembleias, passeatas, *slogans* e barricadas selaram alianças entre estudantes, intelectuais, artistas e trabalhadores para contestar a autoridade em toda a parte. Nas palavras de Marcuse, maio de 68 significa ‘a grande recusa’: do autoritarismo, da centralização do poder, da tecnocracia, da burocracia, do consumismo, do cientificismo. Em suma, do totalitarismo em todas as suas manifestações – do Estado à vida cotidiana –, sejam elas de direita ou de esquerda. Também chamada *Internacional Estudantil*, a insurgência fez com que convergissem séries de fluxos até então dispersos, destacando-se neste processo: desejos de politização do cotidiano; constituição de novos campos de luta em torno do político; produção de formas alternativas de existência social, contestando diretamente os sistemas totalitários através da ação; surgimento de modos originais de intervenção no plano político, nos quais os elementos estéticos têm presença marcante” (RODRIGUES ET AL, 2001, p. 141).

tortura” de pessoas (QUADRAT, 2006). Pulice e Manson (2005) situam o golpe militar ocorrido como tendo produzido efeitos catastróficos no campo da Saúde Mental, pois houve um desmantelamento das experiências antimanicomiais que vinham acontecendo e muitos profissionais acabaram tendo que se exilar em países como Espanha, Venezuela e México, difundindo do AT nesses países.

Os movimentos que naquele momento, em diversos países, debatiam a loucura em seus aspectos psíquicos, sociais e políticos, e as condições de tratamento disponíveis, entendiam-na como um produto social e por isso defendiam a desconstrução de valores instituídos na cultura, bem como a abertura dos hospitais. Esses movimentos lutaram e seguem lutando contra o enclausuramento através de um novo olhar e um novo discurso sobre a loucura e foram os responsáveis por criar as condições necessárias para a construção de também novas e alternativas práticas terapêuticas para lidar com ela.

As experiências européias de Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial da América do Sul, portanto, tiveram um papel determinante para a instauração e desenvolvimento do Acompanhamento Terapêutico como prática clínica voltada especialmente ao atendimento de psicóticos e neuróticos graves (RICHTER, 2003). A criação do AT, portanto, está fortemente atravessada por esse contexto de lutas e por um multi - atravessamento de saberes (e políticas). Foi através do trabalho com pacientes em hospitais psiquiátricos e da crítica ao enclausuramento, que vimos surgir, além dos Hospitais Dia, o Acompanhamento Terapêutico como um dispositivo da Reforma (CABRAL, 2005).

Através dos textos, pudemos ir traçando o contexto do AT, entendendo que texto e contexto se atravessam. Assim, as histórias contadas através dos textos sobre AT, indicam que ele chegou ao Brasil graças ao intercâmbio científico-cultural entre nosso país e a Argentina, mas, principalmente, a partir da imigração de inúmeros profissionais da saúde e psicanalistas em função da situação política de ditadura na Argentina. A médica argentina Carmen Dametto foi uma dessas pessoas: trabalhou na Clínica Pinel, em Porto Alegre, durante sua formação como psiquiatra e depois se transferiu para a Clínica Vila Pinheiros (1969/1976), no Rio de Janeiro (REIS NETO, 1995; SERENO, 1996). Outra psicanalista que veio para o Brasil foi Beatriz Aguirre, que chegou a São Paulo e participou da fundação do instituto A Casa.

A prática do Acompanhamento Terapêutico que primeiro nos chegou da Argentina parece ter servido como base para o desenvolvimento do que veio a se constituir como prática brasileira (RICHTER, 2003). Segundo Sereno (1996), o amigo qualificado argentino chegou ao Brasil na década de 70, percorrendo dois trajetos. Um dos trajetos vem da Argentina para Porto Alegre (atendente psiquiátrico) e depois para o Rio de Janeiro (auxiliar psiquiátrico) e o

outro chega diretamente da Argentina para São Paulo (amigo qualificado). Em ambos os percursos realizados, essa prática foi trazida por psicanalistas argentinos de influência lacaniana, teorias de grupo-operativo³⁸ e análise institucional³⁹.

Mas antes de seguirmos por essas histórias que partem da Argentina, trataremos duas histórias que Carvalho (2004) considera que podem ser tomadas como precursoras do AT. A do médico psiquiatra francês Eugene Minkowsky, que no início do século XX viveu por dois meses na casa de um de seus pacientes, atuando, segundo ela, como hoje o fazem os ats. E a da terapeuta suíça Mme. Secheyay que acolheu uma paciente em sua casa como um membro de sua família e quando se ausentava deixava a mesma a cargo de uma enfermeira instruída por ela (LERNER⁴⁰ apud CARVALHO, 1984). Pitiá (2005) também se refere ao trabalho de Mme. Secheyay.

Rossi (2006) considera também outros aspectos dos primórdios do AT e afirma que o mesmo teria começado como uma alternativa para alguns jovens psicanalistas, aos quais algumas famílias, que não queriam que fossem internados em uma instituição psiquiátrica, solicitavam um tratamento de emergência para crise. Tratavam-se de famílias com excelentes recursos econômicos que, por questões sociais ou por possíveis preconceitos, não queriam tornar públicos uma internação ou a gravidade da doença de um familiar. Recorriam então a internações domiciliares e ao acompanhante terapêutico, que se colocava nessa interação numa posição bastante indiferenciada do terapeuta. A maioria dos encaminhamentos era de pessoas que faziam uso de drogas ou que passavam por episódios psicóticos.

De qualquer maneira, parece um haver certo consenso de que o início da experiência de AT se deu no final da década de 60 e início da década de 70, em Buenos Aires (Argentina), com o nome de amigo qualificado, pessoa que se dispunha a estar junto do paciente fora da instituição e auxiliá-lo em seus afazeres cotidianos quando necessário. Esse tipo de acompanhamento foi inicialmente feito por enfermeiros, e depois principalmente por estudantes de Psicologia e de Medicina. Posteriormente essa figura migrou para o Brasil, comparecendo em Porto Alegre (Clínica Pinel), Rio de Janeiro (Clínica Vila Pinheiros, CPPII e Comunidade Terapêutica do Hospital Pinel) e São Paulo (Hospital-Dia A CASA), que tinham o atendente, o auxiliar psiquiátrico e o amigo qualificado, respectivamente, como

³⁸ Técnica criada por Pichón-Rivière, que considera que um conjunto de pessoas só se estrutura como grupo quando estiver operando sobre uma tarefa, entendida como o elemento disparador do processo grupal. O grupo operativo tem como função desenvolver a capacidade de resolução de situações conflitantes manifestadas no campo grupal (PICHÓN-RIVIERE, 1971).

³⁹ Aqui nos referimos a Análise Institucional Sociológica (60/70), tendo como referências principais Lourau e Lapassade.

⁴⁰ LERNER, B.D. Nuevo modo de investigar em psiquiatria: El acompañamiento terapêutico. *Acta Psiquiátrica y Psicopatológica de América Latina*, 30, 1984, 21-8.

recurso terapêutico. Segundo Ibrahim (1991) o auxiliar psiquiátrico em muito se assemelhava ao amigo qualificado argentino em função das influências vizinhas.

O que podemos perceber é que o Acompanhamento Terapêutico surge na rede privada de serviços, vinculado aos espaços das comunidades terapêuticas, num contexto de reformulação do cuidado, em que o tratamento passou a ganhar o espaço social da cidade, acontecendo, inclusive, fora dos equipamentos de cuidado (CABRAL, 2005). No Rio Grande do Sul, em São Paulo, no Rio de Janeiro e em Minas Gerais, muitos grupos de AT formaram-se a partir do trabalho nessas organizações e hoje eles são numerosos, principalmente nas cidades no Rio de Janeiro e de São Paulo.

Cabral (2005), em sua dissertação de mestrado, a respeito da presença do AT na rede privada de serviços no Rio Grande do Sul, analisa três experiências precursoras do Acompanhamento Terapêutico: o amigo qualificado (na Argentina, com Eduardo Kalina), o atendente grude (em Porto Alegre, com Marcelo Blaya) e o auxiliar psiquiátrico (em Porto Alegre e depois no Rio de Janeiro com Carmem Dametto).

O amigo qualificado⁴¹ surge, como vimos, na Argentina, no CETAMP, em Buenos Aires, na clínica de Eduardo Kalina, médico e psiquiatra. Havia a figura do auxiliar psiquiátrico, depois denominado amigo qualificado.

Mauer & Resnizky (1987) publicaram o primeiro livro sobre AT, em 1985, na Argentina. Nele atribuíram o surgimento do AT ao trabalho implementado na Argentina, no começo da década de 70, no CETAMP, por uma equipe de abordagem múltipla que atendia pessoas com grave sofrimento psíquico. Esse início do trabalho teria se dado a partir do acompanhamento de um jovem usuário de álcool, que precisava de um intermediador entre os seus vínculos simbióticos com outros jovens, entre outras coisas (Idem).

Segundo Cabral (2005), nessa proposta, a equipe via a função do acompanhante terapêutico como fundamentalmente assistencial. O Acompanhamento servia apenas para dar conta de pessoas para as quais outros tipos de intervenção haviam fracassado e o at nunca podia trabalhar de forma isolada, devendo estar sempre “inscrito em uma equipe de profissionais, na qual a identificação com o referencial e o andamento do tratamento que dela emanavam permitia perfilar seu papel com clareza” (Idem, p. 23). Fiorati (2006) enfatiza o quanto nessa época, diferente do que entendemos ser função do at, o acompanhante terapêutico tinha muito mais a função de extensão e representação da equipe terapêutica no ambiente de origem do paciente “do que um trabalho mais específico no sentido proposto

⁴¹ Falaremos mais detidamente a seguir, quando trataremos a experiência do CETAMP.

hoje, de uma intervenção clínica e propiciadora de transformações da realidade” (Idem, p. 25). O AT tinha a função de representar o terapeuta nos momentos em que este não estava presente, possibilitando uma ampliação da ação do terapeuta, garantindo que seus objetivos avançassem efetivamente para além do *setting* psicoterapêutico.

Segundo Reis Neto (1995), embora bastante influenciado pela Psicanálise, o CETAMP se propunha a romper com qualquer forma de “ortodoxia técnica”. Entretanto, o amigo qualificado, apesar de trabalhar como parte da “equipe interdisciplinar, integrada por psiquiatra, psicanalista e terapeuta de família, eventualmente acrescida por professores, educadores, etc” (Idem, p. 86), ajudando no estabelecimento dos diagnósticos e do planejamento das estratégias de tratamento, permanecia subordinado às direções de tratamento estabelecidas pelo psiquiatra ou pelo psicanalista. Os amigos qualificados não tinham vínculo empregatício com o estabelecimento psiquiátrico, e essa dinâmica foi reproduzida por alguns grupos no Rio de Janeiro. De modo geral, o esquema proposto pelo CETAMP foi um modelo técnico/teórico seguido pelos grupos do Rio de Janeiro.

Na Argentina, o componente afetivo que “amigo” dava ao vínculo foi logo questionado, determinando uma mudança da terminologia para acompanhante terapêutico. “A denominação acompanhante terapêutico determinou melhor a tarefa e fortaleceu o sentido interacional do vínculo” (CABRAL, 2005, p. 21)⁴².

No Brasil e mais especificamente no Rio Grande do Sul, segundo Cabral (2005), houve a experiência do atendente grude foi introduzida por Marcelo Blaya em sua comunidade terapêutica, a Clínica Pinel. Essa figura derivava do atendente psiquiátrico sendo, como tal, um prolongamento secundário do psiquiatra ou da instituição. O atendente não podia intervir clinicamente e tinha como objetivo principal controlar o doente para que ele não atentasse contra a sua vida nem colocasse a vida de outros em risco. “Tal proposta, que em sua origem, visava tratar o paciente com maior liberdade, reinseri-lo em outros espaços sociais, fazê-lo circular e não isolá-lo em uma clínica psiquiátrica, implicava no custo de andar 24 horas ao dia acompanhado pelo ‘grude’” (Idem, p. 20). Essa eterna vigília destinada ao at fez com que a possibilidade de ampliar e redimensionar o espaço do doente perdesse sua eficácia. Entretanto, “este tipo de intervenção era sem dúvida bastante inovadora para os provincianos métodos adotados por psiquiatras e locais de internação na década de 1960” (Idem, p.18-19).

⁴² Como veremos mais adiante, no Brasil o termo amigo qualificado também foi questionado, e no Primeiro Encontro de Acompanhantes Terapêuticos no Rio de Janeiro, realizado em 1984, foi mudado para acompanhante terapêutico.

A autora nos conta que o termo atendente gerou problemas com o Conselho Regional de Enfermagem, que considerou que a Psiquiatria havia se apropriado de modo indevido deste termo usado para nomear o fazer da enfermagem. Além disso, a maioria das pessoas que exerciam tal prática eram estudantes de Psiquiatria e não de Enfermagem. Nessa época, vemos comparecer no campo do AT o que Cabral identifica como uma guerra por campos de saber, e conseqüentemente por espaços de poder.

O termo auxiliar psiquiátrico, por sua vez, surgiu na experiência de Carmem Dametto, que realizou sua formação na Clínica Pinel em Porto Alegre, na década de 60. Influenciada por essa experiência, ela desenvolveu essa modalidade de atendimento na Comunidade Terapêutica Clínica Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro, a partir de 1969. Essa Comunidade formou uma equipe de auxiliares psiquiátricos que, posteriormente (no início da década de 80), tornaram-se acompanhantes terapêuticos. O atendimento era realizado por estudantes de Psicologia e de Medicina, bem como por pessoas interessadas em se profissionalizar em saúde mental.

A função exercida pelo auxiliar psiquiátrico superava a tradicional função do tripé proteção, vigilância e contenção (IBRAHIM 1991), pois ampliava a intervenção na medida em que indicava que o auxiliar psiquiátrico pudesse ouvir os pacientes (DAMETTO apud CABRAL, 2005). Para Cabral (2005) a proposta de Dametto “é transformadora, pois assegura que o doente é um sujeito que tem algo a dizer sobre si, a respeito das histórias que viveu, até mesmo sobre suas alucinações e sua doença” (Idem, p. 28).

Segundo Reis Neto (1995), há uma divergência sobre a origem do atendente psiquiátrico. Alguns de seus entrevistados colocam que, dado o intercâmbio entre Psicanálise e Psiquiatria em Porto Alegre e Buenos Aires, o precursor do acompanhante terapêutico surgiu no interior de comunidades argentinas e depois na Clínica Pinel, em Porto Alegre e outros entrevistados consideram que a prática de atendentes teria sido uma experiência pioneira da Clínica Pinel. De qualquer forma, segundo o autor, o AT é originário dos auxiliares psiquiátricos que costumavam “estar junto” dos pacientes no cotidiano de uma clínica psiquiátrica. Os acompanhantes costumavam ser leigos ou estudantes de Psicologia ou de Medicina, e acompanhavam pacientes dentro da clínica (Vila Pinheiros/RJ e Pinel/RS) e em saídas externas. Eles também eram solicitados por psiquiatras que visavam evitar a internação de alguns. Segundo o autor, embora tudo indique que o AT tenha surgido dentro de

instituições que se auto-intitulavam comunidades terapêuticas, as mesmas guardavam entre si suas diferenças⁴³.

A Clínica Pinel⁴⁴, em Porto Alegre, funcionava com alguns dos recursos habitualmente encontrados nas comunidades terapêuticas e o “vínculo estabelecido entre atendente e pacientes funcionava então como um ‘eixo’, em torno do qual giravam todas as atividades que eles procuravam fazer juntos” (Idem, p. 22). A proposta era que todos os funcionários deveriam participar ativamente da vida comunitária, de modo que o funcionamento fosse o de um sistema de auto-gestão. “Aos atendentes cabia participar junto aos pacientes de todas as atividades terapêuticas oferecidas, como a praxiterapia, grupos operativos, atividades esportivas, saídas à rua etc.” (Idem, p.43).

A primeira Comunidade Terapêutica (CT) do estado do Rio de Janeiro foi fundada em 1968, na Seção Olavo Rocha do Hospital Odilon Galotti⁴⁵ do Hospital Psiquiátrico Pedro II (CPPII) no Rio de Janeiro (Teixeira, 1993)⁴⁶. Tomando essa CT como seu principal objeto de pesquisa, Teixeira (1993) apresenta uma diversidade de formulações teóricas e práticas assistenciais alternativas que compareciam no trabalho lá desenvolvido e que não permitiam a redução do mesmo a qualquer modelo hegemônico. No rastro dessa discussão, aponta a geração de uma espécie de escola alternativa de formação profissional, em que estudantes de medicina, psicologia e serviço social exerciam a função de auxiliares psiquiátricos e desfrutavam de uma formação que contrastava com a das faculdades pelos espaços para livre expressão que proporcionava.

A Vila Pinheiros, por sua vez, funcionou de 1969 a 1976, no bairro Humaitá, no Rio de Janeiro, sendo dirigida por psiquiatras com formação psicanalítica que, inspirados na experiência da Clínica Pinel de Porto Alegre, instituíram a figura do auxiliar psiquiátrico (Idem). Segundo Ibrahim (1991), essa foi a "primeira instituição no Rio de Janeiro a utilizar a

⁴³ O autor coloca em dúvida que essas instituições funcionassem efetivamente como comunidades terapêuticas, como espaço de uma prática balizada num modelo não hierarquizado de comunicação entre pacientes e técnicos, o qual viria a pôr em questão o saber e as práticas psiquiátricas vigentes. “Certamente pode-se atribuir a essa hesitação e dubiedade quanto aos princípios políticos em cujo meio se forja a figura do *at* a possibilidade de uma afirmação categórica, como a que se lê em artigo publicado no periódico eletrônico brasileiro vinculado ao *International Journal of Psychiatry*, onde, especialmente a partir da experiência pregressa como *at* junto à Clínica Pinel em seus primórdios, o seu autor sustenta que “o surgimento do Acompanhamento Terapêutico não tem nenhuma relação com o movimento da antiPsiquiatria e muito menos com o movimento de Reforma Psiquiátrica (Piccinini, 2006)” (PALOMBINI, 2007, p. 126-127).

⁴⁴ A Clínica Pinel ainda existe em Porto Alegre.

⁴⁵ Esta CT fechou no ano de 1975. O Hospital Pinel, por sua vez teve uma CT aberta em 1969 e fechada em 1973 (Paulin e Turato, 2004).

⁴⁶ Discutindo o modelo proposto pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil, o autor assemelha as CTs brasileiras às argentinas do começo da década de 70, já que tendiam a constituírem-se como espaços de resistência política em que tomavam a “doença mental e a utilização da psicanálise sob um cunho social e coletivo” (Idem, p. 257).

função do auxiliar-psiquiátrico no atendimento a pacientes diagnosticados como psicóticos” (Idem, p.44). A instituição valorizava bastante os auxiliares⁴⁷, os quais deviam seguir um modelo teórico de modo a serem terapêuticos.

Entretanto, segundo Reis Neto (2005), nesse processo terapêutico, os auxiliares tinham o poder do “não”, mas não o poder do “sim”, ou seja, eles não tinham autoridade para conduzir o tratamento, apenas zelavam pela direção que o psiquiatra ou psicanalista estabelecia. As funções atribuídas ao auxiliar eram as mesmas encontradas na Clínica Pinel:

Por um lado, ‘conviver’ com os pacientes, numa atitude tão ‘informal’ quanto possível, participando das atividades da clínica, saídas à rua, etc. [...]. Por outro, intervir nos momentos em que um paciente recusa-se, ‘acima de um certo limite de tolerância – o mais flexível possível – a enquadrar-se dentro do ‘espírito comunitário’ e das regras mais objetivas da clínica (Idem, p. 51 e 52).

Reis Neto marca a troca da supervisão dos estagiários de Psicologia, - feita por um psiquiatra e que passou a ser feita por um psicólogo - como uma mudança importante ocorrida na Vila Pinheiros. Entretanto, ainda que a supervisão tenha passado a ser feita por psicólogos, esses últimos, tanto quanto os psiquiatras, tinham no referencial psicanalítico um modelo teórico para o trabalho. A referência *psí*, portanto, permaneceu e permanece de modo geral nos trabalhos realizados pelos ats, e percebemos isso tanto no Brasil como na Argentina. Ou seja, o dispositivo AT foi construído nos limites entre Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise, ora mais identificado com um ou outro desses saberes.

Na Vila, os laços com a Psicanálise eram mais explícitos do que na Clínica Pinel e influenciaram uma mudança no perfil da pessoa selecionada para ser acompanhante terapêutico. “À equipe inicial formada por ex-atendentes da Clínica Pinel, todos leigos, foram juntando-se novos contratados, quase todos estudantes de Psicologia interessados na área clínica” (Idem, p. 54-55).

Em São Paulo, na mesma direção de afirmar o AT como tendo o amigo qualificado e o auxiliar psiquiátrico como antecessor do acompanhante terapêutico, guardadas as diferenças entre eles, Metzger (2006) relata uma experiência com assistentes psiquiátricos: a Comunidade Enface, fundada em 1968 e situada na divisa das cidades de Diadema e São Paulo, atendia crianças com transtornos mentais e tinha o “assistente recreacionista”, depois “assistente psiquiátrico” como forma de “poder ‘levar relações humanas terapêuticas para

⁴⁷ Segundo nos contaram, alguns ex-auxiliares psiquiátricos, em conversas informais, os mesmos eram considerados “superiores” aos auxiliares de enfermagem. Quando estudantes de Psicologia ou de Medicina passaram a ocupar tal função, tal distinção tornou-se mais evidente, pois esses eram considerados detentores de um “saber” sobre a loucura.

qualquer lugar' e não restringi-las aos atendimentos em consultório" (Idem, p. 174). Como dissemos anteriormente, foi também por influência de uma psicanalista argentina que, em 1981, o recurso do AT começou a ser utilizado em São Paulo. A psicanalista Beatriz Agoure fez parte do grupo que em 1979 implantou o Hospital Dia A Casa, o qual dois anos mais tarde passou a utilizar como estratégia de tratamento o amigo qualificado.

Já em Belo Horizonte, a experiência com o Acompanhamento Terapêutico aparece na década de 70, no mesmo momento de criação das Comunidades Terapêuticas na cidade. Na década de 80 muitas dessas comunidades fecharam e o AT ressurgiu em meados da década de 90, a partir do trabalho da Clínica Urgentemente, diante do desafio de investir na implantação de uma moradia para pacientes com percurso de internação psiquiátrica (MILAGRES, mimeo).

O que percebemos é que os movimentos argentinos e brasileiros, influenciados pelo cenário europeu, no sentido de criação de outras propostas de tratamento em saúde mental, se constituíam enquanto resistência a uma força extremamente conservadora em ambos os países.

Na Argentina, segundo Pulice e Manson (2005), ao final dos sete anos de ditadura militar, no início da década de 80, o campo da Saúde Mental e todos os elementos do tecido social estavam devastados, de forma que o questionamento do modelo asilar e as experiências pautadas nesse pressuposto precisaram de um complexo processo de amadurecimento. Segundo os autores, foi neste cenário, sem possibilidade de capacitação, sem bibliografia adequada e sem conhecimento formal específico que o AT se firmou como especialidade⁴⁸.

É interessante observarmos que parece haver, de modo muito marcado na Argentina, uma preocupação com a formalização do trabalho, com a construção um contorno mais estabelecido do fazer do at, distinguindo-o dos demais profissionais de saúde e principalmente com a defesa do mesmo como uma especialidade. Retornaremos a essa questão mais adiante, por hora deixemos apenas uma indicação de que esta é uma questão bastante importante para a qual precisamos atentar.

Assim como Pulice e Manson (2005) situam um retrocesso no processo de desinstitucionalização na Argentina, Ibrahim (1991) também sinaliza esse mesmo processo no Brasil, a partir do enrijecimento da ditadura e o conseqüente fechamento das comunidades terapêuticas, num processo de fortalecimento das instituições psiquiátricas, com suas práticas de exclusão e tratamentos desumanos. "Voltavam a predominar, nas instituições psiquiátricas,

⁴⁸ Colocaremos em questão o AT como um especialismo ao longo do nosso trabalho, problematizando esse movimento de fazer dele uma especialidade clínica.

a contenção farmacológica violenta, os eletrochoques” (Idem, p. 45) e a função desempenhada pelo auxiliar “retrocedeu a um modo que parecia já superado: a prática da contenção, da vigilância e da proteção” (CABRAL, 2005).

Na verdade, o termo “retrocedeu” guarda a idéia de uma possível evolução do dispositivo AT no sentido da superação de determinado modo de trabalhar. O que temos observado é que essa “linha mais dura” do dispositivo permanece ainda hoje, já que ela também o compõe. Da mesma forma, no campo da saúde existem linhas mais duras, como o movimento pelo Ato Médico⁴⁹, e linhas mais flexíveis, como o movimento pela Reforma Psiquiátrica (poderíamos fazer a mesma análise – linhas mais duras e linhas mais flexíveis – dentro do próprio campo da Reforma, por exemplo). O que existe, tanto no campo da saúde, como no campo da Reforma e no campo do AT, são embates políticos, tensionamentos entre essas forças.

O que parece ter acontecido com o fechamento das comunidades terapêuticas foram dois diferentes movimentos: por um lado, o trabalho dos auxiliares terapêuticos continuou sendo solicitado e exercido por alguns profissionais de saúde – principalmente por psiquiatras e psicólogos – implicados com os ideais reformistas e por outro foi sendo solicitado para atender a uma demanda das famílias de classe média que não queriam seus filhos internados em clínicas.

Mostrando-nos esse segundo movimento, Reis Neto (1995) afirma que no Rio de Janeiro, mais especificamente na Vila Pinheiros, o momento de “passagem para a rua” dos auxiliares psiquiátricos marcou uma ligação com alguns psiquiatras com tendências mais tradicionais de tratamento. Para o autor, o acompanhamento passou de um momento “antipsiquiátrico” para um outro “psiquiátrico”, no qual passou a ser demandado do at que tivesse uma intervenção objetiva, de contenção, normatizadora e moralizante. Mais do que ter passado de um momento a outro, talvez possamos afirmar que no tensionamento entre as forças da Psiquiatria clássica e da reforma dessa Psiquiatria, uma tendência mais conservadora dos cuidados em saúde mental ganhou força no campo do AT. No momento de fechamento das comunidades terapêuticas e fortalecimento das instituições psiquiátricas, o dispositivo AT pôs a funcionar um maior controle dos auxiliares com relação às pessoas que acompanhavam. Num embate entre as forças mais democráticas (Movimento de Reforma) e as forças mais conservadoras (Psiquiatria clássica), tal como na nossa política nacional daquela época (ditadura), a “linha dura” da própria Psiquiatria ganhava mais força.

⁴⁹ Como veremos no nosso segundo capítulo, quando apresentamos o vetor Psiquiatria.

Embora com diferentes concepções de trabalho, o auxiliar passou, então, a exercer seu trabalho fora das instituições de tratamento, inserindo-se no universo doméstico dos acompanhados e ganhando o espaço da cidade.

É precisamente aí, no momento da passagem para além dos limites geográficos da instituição, que o trabalho adquiriu nova dimensão. Até então, o respaldo institucional, a contenção dos muros, a proximidade da enfermagem etc. garantiam ao auxiliar psiquiátrico uma segurança que foi irremediavelmente perdida a partir desse momento. No entanto, parece que a essa perda correspondeu um ganho considerável. O auxiliar passou a entrar em contato direto com o cotidiano do paciente, vivendo suas dificuldades, conhecendo seus valores, penetrando em seu universo familiar, enfim, aprofundando a relação acompanhante – acompanhado (IBRAHIM, 1991, p. 45).

É interessante atentarmos a esse momento em que a rua torna-se uma direção no trabalho. Guerra e Milagres (2005) pontuam que, apesar de ter nascido junto aos movimentos reformistas, o at, ainda denominado de auxiliar psiquiátrico, trabalhava principalmente dentro do hospital, sob orientação médica, funcionando como um auxiliar da clínica psiquiátrica tradicional e hospitalocêntrica. A saída do at para rua teria sido o que permitiu a ampliação da sua função, que ficava muito restrita à contenção, da vigilância e da proteção, como dissemos anteriormente.

Contrariamente a essa afirmação, Ibrahim (1991) afirma que no início do trabalho fora da instituição, a direção do tratamento ainda era baseada na idéia de que o indivíduo estava doente e precisava ser curado. Embora os auxiliares tenham sido os primeiros a saírem às ruas com os pacientes, indo até suas casas, uma das críticas que se fazia a esses precursores, era de que levavam consigo o esquema proteção-vigilância-contenção, considerando a “patologia intrapsíquica” como causadora de tudo. “O acompanhante era, pois, um misto de companheiro e enfermeiro que administrava a medicação, confidente, censor, conselheiro, elo de ligação entre terapeuta e paciente, ego auxiliar e eventualmente até superego auxiliar” (Idem, 1991, p. 47).

De modo um tanto quanto esquemático, percebemos que os atendentes e auxiliares psiquiátricos tinham como função cuidar do paciente em seus afazeres dentro e fora do hospital, convivendo em uma atitude informal e acompanhando-o na vida comunitária (REIS NETO, 1995). Já nessa época havia uma preocupação com a delimitação dos contornos que distinguem as atividades realizadas pelo atendente e pelo auxiliar psiquiátrico, das que eram realizadas pelos outros membros da equipe. Numa perspectiva médica, esperava-se que o

auxiliar tivesse uma atuação pragmática, no sentido de tornar possível a convivência entre paciente e família e o meio social (Idem). Já o amigo qualificado tinha como função estar junto do paciente nas atividades fora do hospital-dia, dando apoio em horários em que a instituição não funcionava, principalmente no final de semana (BARRETO, 2000).

1.3 Mapa 3: História(s) do AT na rede pública de saúde brasileira

O Movimento da Reforma Psiquiátrica na Europa, América Latina e Brasil não é linear e constante. O entendimento por parte dos atores e das forças que o compõe também não é homogêneo, indicando que ele se apresenta em diferentes facetas. Além disso, não possui receitas que indiquem um “novo” e “correto” modo alternativo de intervenção. Mais do que isso, mesmo quando nosso recorte é apenas brasileiro, o que percebemos é uma pluralidade, muitas vezes tornada fragmentação, de diferentes perspectivas do que seja a proposta de um novo modelo de cuidados na saúde mental (BEZERRA JÚNIOR, 1999).

É nessa pluralidade que algumas estratégias clínico-políticas vêm sendo criadas e implementadas num processo de fortalecimento do movimento de desinstitucionalização. O projeto de Reforma brasileira visa promover a desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental, mais do que a sua simples desospitalização. Para tanto se fez necessária uma reforma dos equipamentos hospitalares e a descentralização da posição do hospital psiquiátrico no atendimento a pacientes em uma rede extra-hospitalar composta por ambulatórios de saúde mental e serviços substitutivos territorializados, de atenção diária aos portadores de transtornos mentais.

Desde o início do Movimento de Reforma do modelo de assistência em saúde mental, a atenção passou a ser pensada na fronteira entre o individual e o coletivo, entre a clínica e a política, o que exigiu uma alteração dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. As transformações têm envolvido a assistência aos usuários, mas também a forma da organização dessa assistência, de modo que aquilo que se produz é uma descentralização tanto da gestão quanto da atenção, que passam a ser feitas em rede. Tais transformações evidenciam o quanto a prática clínica não é uma mera aplicação de técnicas, mas sim implica em escolhas, trazendo em si uma dimensão gestora. O que se evidencia é a inseparabilidade não apenas entre a clínica e a política, mas também entre atenção e gestão (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2001).

O Movimento de Reforma desestabilizou os saberes que se pretendiam universais e hegemônicos, revelando as relações de poder aí presentes. Investiu em práticas não

hospitalocêntricas e não médico-centradas, rompendo com a estrutura teórica e prática do modelo hospitalar hegemônico. Inseriu uma discussão política sobre a loucura no cotidiano das pessoas, além da simples desospitalização dos usuários, ou seja, a desinstitucionalização da loucura. A reforma produziu a necessidade de uma discussão com a sociedade a respeito do que é a doença mental, derrubando os preconceitos e dilatando as possibilidades de trânsito social para aqueles acometidos por extremo sofrimento psíquico (FERREIRA NETO, 2006).

Quando o objeto da desinstitucionalização deixou de ser o manicômio e passou a ser a lógica manicomial, o que se produziu foi um movimento de desinstitucionalização da própria clínica. A necessidade então passou a ser a de criar não apenas novos lugares de acolhimento e de tratamento, mas novas lógicas, isto é, romper com a lógica dicotômica que opõe clínica/política, indivíduo/sociedade, dentro/fora, público/privado, e que sempre referencia o sujeito a um espaço privado, a uma experiência privatizante. A desinstitucionalização apresenta-se então como um processo complexo, amplo e interminável, “que convoca diferentes atores sociais (entorno social) a construírem espaços e estratégias de operacionalização no sentido de produzir a vida, expandindo seu campo tanto quanto for possível, não mais se dirigindo a um ideal de cura” (TALLEMBERG, 2004, p. 15). A desinstitucionalização não é, portanto, uma técnica, mas uma estratégia de desmontagem e invenção de novas instituições.

Com o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir principalmente dos anos 80, vem sendo consolidada, então, uma nova política de saúde mental. Tendo como guia a necessidade da construção de uma assistência não mais centrada na doença, mas na atenção integral à saúde, houve uma considerável redução dos leitos psiquiátricos e a implantação dos serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os Residenciais Terapêuticos. Tais serviços tornaram-se fundamentais no processo de construção de uma assistência de qualidade, para além das estratégias medicamentosas e psicoterapêuticas, pois incluem nas suas ações os campos da moradia, do trabalho assistido, do lazer e da cultura como formas legítimas e eficazes na produção de vida e da saúde desta clientela (Passos, s/d).

Os Caps são serviços substitutivos de saúde mental e configuram-se como serviços de base territorial, comunitários e regionalizados, nos quais os pacientes recebem consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva (BRASIL, 2004). Funcionam com atenção diária intensiva diurna (Caps I e II) e diurna e noturna (Caps III). Objetivam “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção

social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, por sua vez, constituem-se como alternativas de moradia para os usuários egressos de longas internações psiquiátricas. “São moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social” (BRASIL, Portaria 251/2002). Servem de apoio aos usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia.

A rede territorial de serviços substitutivos ao manicômio que foi criada (incluindo o Caps, Residências Terapêuticas, Clubes de Convivência e de Lazer Assistidos, Cooperativas de Trabalho Protegido e Oficinas de Geração de Renda) vem consolidando-se como estratégia eficaz para o processo de desinstitucionalização da loucura, tomada como doença mental.

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. A cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada (PALOMBINI, 2007, p. 132).

A referência Argentina, que norteou o trabalho dos primeiros auxiliares ou acompanhantes, terminou por suscitar discussões e levantar diferenças fundamentais em como tal dispositivo veio se constituindo em nosso contexto brasileiro (VELOSO E SERPA JÚNIOR, 2006). Isso se deve ao fato de que, no Brasil o dispositivo AT se depara com o Movimento Sanitário e com o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira. No nosso país, a criação e a implementação de um novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS)⁵⁰, terminou por gerar uma inflexão importante no trabalho dos ats, de modo que, a

⁵⁰ Através das Leis Federais 8080, de 19 de setembro de 1990 e 8142, de 28 de dezembro de 1990, são determinadas novas condições para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, incluindo a participação da comunidade na gestão do sistema. No campo da saúde mental foi criada a Lei 10216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a Lei 10708/03 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. E as portarias: 251/02, que legisla sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental; 336/02, que legisla sobre os Centros de Atenção Psicossocial (Caps); entre outras.

partir do final da década de 80⁵¹ e início da década de 90, o AT se insere na cena pública dos serviços do SUS, juntando forças na luta pela reformulação dos cuidados em saúde mental, principalmente através dos Caps e dos Residenciais Terapêuticos, evidenciando a aposta de uma atenção feita de fato no território.

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados.

Para construir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômico (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos, e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004, p. 11).

Entretanto, ainda hoje, apesar da criação de novos dispositivos comprometidos com a desinstitucionalização, do avanço na legislação – e talvez por isso mesmo – temos assistido uma intensificação da tendência conservadora no campo da saúde⁵². Essa tensão entre forças democráticas e forças conservadoras parece ser própria ao contexto de Reforma em que o AT surge e ela se atualiza de diferentes maneiras no campo do AT, como veremos ao longo da pesquisa.

Assim sendo, propomos contar algumas histórias do AT no cenário dos serviços públicos de saúde de diferentes estados brasileiros. Os estados em que o AT comparece são: São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Espírito Santo, Pernambuco, e Santa Catarina. Na maioria das vezes, a inserção do AT se dá através de parcerias de alguns serviços das redes municipais ou estaduais com universidades ou com organizações não governamentais. Apenas no município de Viamão, no estado do Rio Grande do Sul, o AT foi instituído formalmente como cargo para profissionais de nível médio através de concurso público. Em São Paulo o AT vem contratado pela prefeitura para atuar no Projeto Pixote (desenvolvido por professores do Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo

⁵¹ Na experiência de Santos, em 1989, a idéia era de que os agentes comunitários de saúde trabalhassem como “amigos qualificados” (LANCETTI, 2001).

⁵² O movimento pelo Ato Médico e as posições retrógradas contra a Reforma Psiquiátrica Brasileira, retomando a defesa do hospital psiquiátrico como estratégia hegemônica de cuidado, assumidas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) no ano de 2006, é um exemplo de tais forças conservadoras.

– USP), com crianças e adolescentes em situação de rua (informação verbal)⁵³. A presença do AT na rede de serviços desses estados é indício de um processo político de construção de novas políticas públicas.

1.3.1 No Rio Grande do Sul

No Rio Grande do Sul, em meados dos anos 70, a experiência de saúde mental na unidade de atenção primária do Murialdo e o programa de setorização do atendimento no Hospital São Pedro destacam-se como experiências que tentavam quebrar a hegemonia do modelo asilar (BEZERRA JÚNIOR, 1994). De lá para cá, nas últimas três décadas, ocorreram mudanças significativas nas políticas de gestão municipal, com a criação de serviços substitutivos, pensões protegidas e cooperativas de trabalho, num esforço de ampliação da rede de saúde mental, com a aprovação de leis municipal e estadual, modificando o perfil gaúcho da saúde mental. No que diz respeito à experiência do Acompanhamento Terapêutico, as primeiras experiências de AT na rede pública aconteceram em São Lourenço, Viamão e Porto Alegre (CABRAL, 2005).

São Lourenço implementou o que podemos chamar de uma rede substitutiva antes mesmo da promulgação da lei estadual 9.716⁵⁴; Viamão é o único município que implementou o cargo de acompanhante terapêutico no quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde; em Porto Alegre, o Acompanhamento Terapêutico tornou-se objeto de estudo, enquanto uma possibilidade de intervenção em saúde para o atendimento de casos considerados graves (psicoses e neuroses graves) (CABRAL, 2005, p. 30-31).

Segundo Cabral (2005), São Lourenço iniciou suas primeiras ações em saúde mental em 1984 e em 1995 já contava com seis acompanhantes terapêuticos, profissionais de nível médio, mas não em um serviço da rede pública.

Em Viamão, o processo de municipalização iniciou em 1998, na gestão de Sandra Fagundes⁵⁵ como Secretária da Saúde. Durante essa gestão, o número de profissionais para

⁵³ Comunicação por e-mail com Joana Tarraf.

⁵⁴ Lei nº 9.716 de 07 de Agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.

⁵⁵ Profissional da saúde e militante fundamental do Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Cf. FAGUNDES, S. M. S. *Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2006.

atender uma população de aproximadamente duzentos e trinta mil habitantes, cresceu de cinquenta para quinhentos e sessenta e houve uma revisão no plano de cargos, o que introduziu o cargo de acompanhante terapêutico no quadro funcional do município.

A decisão de implementar o cargo de acompanhante terapêutico como uma função de nível médio de escolaridade foi definida a partir de duas premissas: a questão orçamentária e a possibilidade de geração de emprego para a população local. Para os vereadores, isso era essencial e o argumento logo foi aceito, não havendo veto para a questão da implementação do cargo de acompanhante terapêutico. Em 1999, ocorreu o primeiro concurso para provimento do cargo de acompanhante terapêutico no Estado do Rio Grande do Sul (Idem, p.33).

Os acompanhantes fizeram um Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico oferecido pela Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (ESP) e foram supervisionados no local pelo psicólogo Eduardo Pelliciolli⁵⁶, contratado pelo município.

O Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico foi formulado durante o ano de 1999 e oferecido em 2000 para a sua primeira turma, atendendo a 1ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Nos anos de 2001-2002 e 2002-2003, ocorreram respectivamente a 2ª. E a 3ª. Edição do curso, atendendo a Macro-região Metropolitana, que engloba a 1ª, 2ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Os profissionais de nível médio dos serviços compunham o público-alvo do curso por serem os mais carentes de capacitação específica em saúde mental coletiva, ao mesmo tempo em que eram os que mais conviviam com os usuários de forma direta e sistemática. Além das aulas e do espaço de supervisão, o curso oferecia uma assessoria mensal aos serviços atendidos desde a sua primeira edição, na perspectiva de trabalhar uma forma singular de inserção do AT nas políticas de atenção de cada serviço, levando em conta suas peculiaridades (CABRAL E BELLOC, 2004, p. 113-114).

Em sua dissertação de mestrado, Pelliciolli (2004) apresenta o desenvolvimento das ações e das estratégias de ampliação do atendimento em saúde mental na rede pública do município de Viamão, no Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental – CAIS-Mental – como uma das ações para a Reforma Psiquiátrica. Segundo o autor, o município de Viamão possui mais de 220.000 habitantes e em 1997 não havia nenhum serviço específico direcionado para a saúde mental, existindo, na época, um psiquiatra e um psicólogo atendendo em um posto do Estado: “O atendimento era individual e com número limitado de fichas diárias para a Psiquiatria e com grupos para a Psicologia. Até 1997, os dados da Secretaria de

⁵⁶ Eduardo Pelliciolli escreveu uma dissertação de mestrado e a mesma comparece na nossa pesquisa, pois trata justamente do trabalho de AT desenvolvido em Viamão.

Saúde de Viamão indicavam que houve um índice de 74% de solicitações para consultas não atendidas e 476 internações registradas só naquele ano” (Idem, p. 24).

A partir de 1998, com a gestão de Sandra Fagundes como secretária de saúde do município, começou a implantação do Cais Mental de Viamão. Este foi composto inicialmente por funcionários que já eram do município, do estado e contratados.

A partir daí realizou-se um trabalho de levantamento de dados nos postos de saúde da rede pública local e uma divulgação do novo atendimento que se iniciava. Montou-se um sistema de acolhimento de pacientes e um plano terapêutico que incluía atendimento individual, visitas domiciliares, oficinas e trabalhos em grupo. Ao final daquele ano a equipe alcançou o índice de 0% de casos não atendidos e reduziu em mais de 50% o número de internações psiquiátricas.

O projeto para a implementação e descrição das funções dos acompanhantes terapêuticos ligados à Prefeitura Municipal de Viamão entende o AT, segundo consta no documento que regula este cargo a nível municipal, como um trabalho que busca acessar a rede familiar e comunitária de apoio, através da construção de suporte adequado e a reinserção social das pessoas portadoras de sofrimento psíquico (Idem, idem).

Em 1999 foi instituído formalmente o cargo de acompanhante terapêutico em Viamão através de concurso público: “A idéia era poder adequar às funções descritas e propostas para esta com a política de promoção de atenção integral à saúde, criando assim, não só espaços de convivência e prática terapêuticas, mas, além disso, um resgate da cidadania e autonomia dos seus usuários” (Idem, p.25).

Pautada nas discussões realizadas pela Reforma Psiquiátrica, nos preceitos do Sistema Único de Saúde e após acompanhar o primeiro ano de trabalho das ats do município, a partir de grupos de estudo e reuniões em equipe, surgiu a idéia do AT em grupo. Eduardo Pelliciolli montou junto com a equipe desse serviço essa estratégia, que partiu de um raciocínio matemático, levando em conta o número de horas e o número de usuários atendidos, embora o autor também afirme que a proposta do AT em grupo não tenha surgido “por falta de opções ou como uma alternativa simplesmente burocrática, mas como efeito de uma construção complexa que envolveu trabalhadores, instituições e usuários da rede pública de saúde” (Idem, p. 34). Segundo o autor, o AT em grupo acabou se transformando em uma modalidade de operação no campo da rede pública de saúde que abrange os limites da clínica e das opções de trabalho em uma equipe de saúde mental (Idem).

Pelliciolli (2004) aponta que um dos problemas com que se depararam ao longo do processo de implementação do AT no município foi o conjunto das práticas das ats, pois elas,

assim que passaram a integrar a equipe do Centro de Atenção Psicossocial do município (Cais Mental Viamão), acabaram sendo absorvidas pelo cotidiano de trabalho já instituído no serviço.

[...] prestavam atendimento na recepção (davam informações, atendiam telefone, agendavam pacientes; preenchiam fichas de atendimento e arquivavam prontuários), realizavam as visitas domiciliares (VDs), que se dividiam em visitas agendadas, de emergência e para acompanhamento de usuários egressos de internações psiquiátricas; auxiliavam nas remoções de usuários para internações hospitalares; integravam uma oficina de terapia ocupacional (dirigida por uma Terapeuta Ocupacional) que durou algumas semanas; realizaram, por um período impreciso, um grupo de estudos com uma psicóloga local sobre psicopatologia e, finalmente, participavam com outros profissionais da chamada “Acolhida” (Idem, p. 62).

Para o autor, apesar de Viamão ter ousado em sua proposta, já que foi o primeiro e, na verdade, único município a instituir o cargo de at no Rio Grande do Sul e no Brasil, “talvez a equipe e o próprio município não estivessem preparados para tal, tendo em vista as funções que as ats realizaram no primeiro ano de trabalho” (PELLICIOLLI, 2004, p.62). Viamão tem, sem dúvida, o mérito de ter apostado no AT como um dispositivo importante da Reforma, e de ter garantido, através da seleção de profissionais de nível médio, a não especialização do mesmo. Além disso, a criação de um projeto para o trabalho dos ats nas equipes que não atribua funções burocráticas aos acompanhantes e que, sobretudo, garanta a eles acompanhar os usuários dos serviços é uma questão que se coloca não apenas para a essa experiência, mas para todos os projetos de Acompanhamento Terapêutico.

Em Porto Alegre, foi em 1996 que se deu a implementação da experiência de AT, no Caps Cais Mental Centro (que na época se chamava Cais Mental 8), em função de alguns usuários (moradores de rua) que não se beneficiavam das formas de tratamento instituídas. Houve a idéia de incluir o AT como uma ferramenta para o trabalho na equipe, com a preocupação em não reproduzir na rede pública, o modelo pedagógico e comportamental do AT existente na rede privada (CABRAL, 2005). Durante o ano de 1996, a equipe do Caps propôs então aos estagiários de Psicologia que realizassem o Acompanhamento Terapêutico de usuários do serviço indicados por ela. No ano seguinte, a experiência continuou com os novos estagiários e foi proposta sua continuidade na forma de projeto de pesquisa e extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, numa parceria com a Prefeitura de Porto Alegre.

No ano de 1998 a proposta de estágio foi vinculada a uma pesquisa sobre Espaço e Tempo na Psicose, da qual participamos juntamente com mais cinco estagiários. Nesse ano

outros serviços da Prefeitura foram incluídos, como o Cais Mental 4 e o serviço de atendimento à infância do Santa Marta⁵⁷ e, no ano seguinte, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Idem).

O projeto foi uma parceria da UFRGS, sob a coordenação de Analice Palombini, com serviços da rede municipal e estadual de saúde. Era uma proposta de experiência de estágio curricular e de atividade de pesquisa, com objetivos de:

[...] estender a atividade universitária de pesquisa clínica e psicopatológica ao âmbito da rede pública de serviços de saúde mental; investigar, no contexto da rede de serviços em saúde mental da SMS/PMPA, o potencial de demanda do trabalho de acompanhante terapêutico, bem como a representação que as equipes que atuam nesses serviços têm com respeito ao exercício de tal função; definir, no contexto dessa rede de serviços, as atribuições da figura do AT; pesquisar as estratégias de circulação e engajamento no espaço e tempo social que o psicótico elabora a partir da presença/ausência do A.T.; identificar os conceitos teóricos que possibilitem a construção de um referencial clínico/ético de base, a partir do qual orientar um trabalho interdisciplinar no campo da clínica da psicose, tomando como base o exercício da função de acompanhante terapêutico e sua relação com os demais profissionais da equipe responsáveis pelo atendimento do cliente em questão; subsidiar trabalho de capacitação de pessoal para o exercício da função de acompanhante terapêutico no contexto da SMS/PMPA⁵⁸ (Folder do Projeto, 1998).

No ano seguinte (1999), o projeto transformou-se em um Programa de Extensão e Pesquisa em Acompanhamento Terapêutico, “com vinte e dois participantes, entre estudantes e profissionais de diversas áreas, que estendeu a proposta de AT também ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, e à Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS” (PALOMBINI, 2004, p. 18).

Ao longo dos anos, esse projeto se articulou em conjunto com a proposta de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro (em 1999), ao Serviço Residencial Morada São Pedro (vinculado ao mesmo Hospital (em 2005 e 2006), à interface com as escolas especiais da rede municipal de educação, em 2002 e 2003), ao CAPS e Ambulatório de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (em 2001 e 2004), à Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS (1999, 2000, 2001 e 2005) e mais recentemente a rede de serviços de saúde mental do município de Novo Hamburgo (2006) (Palombini, mimeo).

⁵⁷ Nota de rodapé de Cabral (2005, p. 39): “O Santa Marta é uma Unidade de Saúde situada no centro de Porto Alegre que comporta vários serviços dentre eles o Pró-jovem, PSF para população de rua, Centro de referência à saúde do trabalhador, equipe de saúde mental, entre outros”.

⁵⁸ Secretaria Municipal de Saúde/ Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Desde 2003, a coordenação do projeto vem sendo feita por Edson Luiz André de Sousa e os atuais serviços parceiros do projeto são: o Caps Cais Mental Centro da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, o Serviço Residencial Morada São Pedro da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, a rede de Serviços de Saúde Mental de Novo Hamburgo e o Serviço Residencial Terapêutico Morada Viamão.

Como vimos, entre os anos de 1999 e 2002, a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul implantou o Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico, dirigido para trabalhadores do nível médio e básico da rede de serviços de saúde.

O curso, com duração de oito meses, em suas três edições atingiu cerca de 120 trabalhadores e 30 serviços de saúde de diversas localidades em torno da região metropolitana do Estado, além dos abrigos de proteção especial, vinculados à Secretaria do Trabalho, Cidadania e Ação Social. Sua terceira edição encerrou-se em janeiro de 2003, com uma expectativa grande, por parte dos serviços, de que o governo estadual que então assumiria viesse a dar continuidade à proposta, o que não chegou a ocorrer. Em 2004, a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre tomou ao seu encargo a tarefa de capacitação, para o AT, de trabalhadores da rede municipal de serviços [...]. Cinquenta e dois trabalhadores – abrangendo desde Programa de Saúde da Família e Unidades Básicas a Caps e Unidades de Internação Psiquiátrica – participaram do curso, que teve início em maio do mesmo ano (PALOMBINI ET AL, 2004, p. 95, nota de rodapé).

Durante a gestão de Olívio Dutra (1998-2002) no governo do estado do Rio Grande do Sul, muitas ações foram desencadeadas no sentido de acelerar o processo de desinstitucionalização, em conformidade com a Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica 9716, de 07/08/92. Esta lei dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no estado, e determina a substituição progressiva dos leitos nos manicômios por uma rede de atenção integral em saúde mental. O Curso oferecido pela Escola de Saúde Pública – sem dúvida – foi mais uma dessas ações.

Em 1999, foi efetivada em Porto Alegre a proposta da Residência Integrada em Saúde, numa iniciativa do governo do Estado do Rio Grande do Sul através da Escola de Saúde Pública, tendo a Saúde Mental Coletiva como uma das suas especificidades, numa parceria com o Hospital Psiquiátrico São Pedro. A Residência surgiu no contexto da construção de uma rede de Atenção Integral à Saúde Mental Coletiva, respeitando os princípios do SUS e das Leis da Reforma Psiquiátrica Estadual e Federal. Inicialmente composta por sete categorias profissionais sendo: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos e artistas plásticos, nota-se que todos realizaram o trabalho de acompanhantes terapêuticos.

Em 2000, foi criado o Residencial Terapêutico Morada São Pedro a partir do Projeto Morada São Pedro, que integrava o Programa Estadual de Regularização Fundiária e o Programa São Pedro Cidadão. O Projeto São Pedro Cidadão foi aprovado em 1993 pela Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde, mas só foi assumido prioritariamente na gestão de Olívio Dutra. O projeto visava à reformulação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, redimensionando o modelo de atenção em saúde mental, revertendo o atual modelo hospitalocêntrico, num esforço de “fortalecimento de uma rede de ação integral à saúde mental e incluía, entre os seus objetivos, a reinserção social de seus moradores, através da garantia de oportunidades de trabalho e moradia” (CABRAL, 2005, p. 40). A equipe de saúde que compunha o residencial “realizou um trabalho de reinserção social dos pacientes do hospital, utilizando como uma das ferramentas desse processo o Acompanhamento Terapêutico” (Idem, p. 41). Tal projeto era fruto da conjugação de esforços dos programas da Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social, numa aposta francamente intersetorial do governo estadual.

Enquanto residentes do Hospital Psiquiátrico São Pedro, acrescentamos esforços aos profissionais das equipes do Projeto Morada São Pedro no sentido de promover e acompanhar a travessia de usuários ainda moradores no hospital para outros espaços comunidade. Entre esses novos espaços estavam os projetos de Geração de Renda e os Residenciais Terapêuticos. Fomos acompanhantes terapêuticos com a tarefa de incitar e sustentar o desejo de construir uma vida para além dos muros institucionais.

Nos anos de 2001 e 2002 Analice Palombini, Károl Veiga Cabral e Márcio Mariath Belloc assessoraram a equipe do Projeto Morada São Pedro, composta por “trabalhadores de nível médio, técnico e superior que, através de edital, haviam se candidatado a trabalhar no Morada São Pedro” (CABRAL E BELLOC, 2004).

Em 2005, através professora Analice Palombini, foi estabelecida uma parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal Fluminense, pela participação no Projeto de Acompanhamento Terapêutico dessa universidade, coordenada pelos professores Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros. Tal parceria resultou na realização de dois eventos conjuntos com o nome de Colóquio em dois movimentos: De Porto Alegre a Niterói: Acompanhamento Terapêutico e políticas públicas de saúde, em outubro de 2005 em Porto Alegre e em janeiro de 2006 em Niterói. Estes possibilitaram o encontro e a troca de experiências entre os acompanhantes terapêuticos da UFRGS e UFF (PASSOS ET AL, mimeo).

1.3.2 No Rio de Janeiro

No estado do Rio de Janeiro as experiências de AT na rede pública de saúde de que temos notícias são do Hospital Psiquiátrico Jurujuba, no município de Niterói; do Projeto de Acompanhamento Terapêutico da Universidade Federal Fluminense (UFF), no município do Rio de Janeiro e de Itaboraí nos anos de 2004 e 2005; e uma parceria atualmente estabelecida entre a Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Fundação Estadual Serra dos Órgãos (FESO), no município de Carmo.

No Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, o AT acontece desde o ano de 1998, implementado por Sérgio Bezz, na época psicólogo integrante da equipe e com experiência em Acompanhamento Terapêutico. Desde então o trabalho é realizado em enfermarias de crise através de uma escala de plantões⁵⁹ realizada por psicólogos, em sua maioria recém formados. Um dos maiores motivadores para a implementação do trabalho de AT foi a lacuna percebida entre a equipe de técnicos de enfermagem e a dita equipe de assistência (médicos, psicólogos, enfermeiros). Os pacientes ficavam soltos, numa certa errância pela enfermaria, sem acompanhamento. Os ats entraram com a função de realizar um trabalho com os pacientes que era diferenciado daquele da equipe de assistência e dos procedimentos de enfermagem e também de possibilitar as mediações entre as duas equipes. O trabalho foi constituindo-se no que Sérgio nomeia de “experiência na lacuna” (informação verbal)⁶⁰.

Além disso, o trabalho do AT tinha como objetivo ajudar a equipe a construir a alta dos pacientes, para que a mesma não fosse apenas um mero encaminhamento para outras equipes de saúde. A idéia era construir de dentro da internação um laço que possibilitasse a saída dos pacientes. Entretanto, na medida em que os ats foram se lançando em terras exteriores ao hospital, a tal “lacuna” tornava a ficar evidente e os ats eram chamados a trabalhar mais dentro dos limites do hospital (Idem).

O trabalho dos ats, então, foi uma das principais inspirações para o trabalho de Acompanhantes Domiciliares implementado no município, a partir do qual tais acompanhantes passaram a desempenhar funções parecidas com as dos ats, num movimento de acompanhamento dos usuários pela rede de serviços e pela rede social de modo geral. A necessidade de criação desse cargo (exercido por profissionais de nível médio) foi produzida,

⁵⁹ Os ats trabalham 24 horas por semana, divididas em 3 turnos de 6 horas, mais 6 horas que incluem reunião de equipe e supervisão.

⁶⁰ Entrevista com Sérgio Bezz.

em grande parte, pela necessidade de acompanhamento dos usuários para além da internação psiquiátrica (Idem).

Segundo Sérgio Bezz, a proposta de acompanhantes dentro da internação psiquiátrica é um pouco a de subverter a função do AT como a daquele que evita a internação, no sentido de reconhecer que a mesma existe e é importante, principalmente para pacientes psicóticos. O trabalho dos ats e a participação dos mesmos nas reuniões de equipe produz repercussões na equipe como um todo, pois permite que ela perceba a relevância do trabalho dos ats para o tratamento dos pacientes em crise, sendo eles muitas vezes a referência principal para os mesmos. Além disso, a circulação dentro e fora das enfermarias, que os ats faziam “arejava” o trabalho. Entretanto, além de deixarem de fazer esses movimentos para fora do hospital, durante alguns anos, por questões institucionais, os ats ficaram sem supervisão, o que acarretou numa despotencialização e burocratização do trabalho nesse período. Depois da volta da supervisão foi possível colocar em análise as funções do at dentro da equipe e recuperar a força de intervenção do Acompanhamento Terapêutico.

Outra experiência de AT, isto é, de inclusão de acompanhantes domiciliares em saúde mental no quadro de profissionais dos serviços substitutivos, foi realizada em 2002, no município do Rio de Janeiro através de um projeto-piloto do Projeto de Acompanhamento Terapêutico do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, conforme orientação da III Conferência Estadual de Saúde Mental de 2001. O projeto contou com seis estagiários de graduação em Psicologia da UFF, uma extensionista e uma auxiliar de enfermagem, os quais atuaram como acompanhantes terapêuticos no CAPS Rubens Corrêa, sob a supervisão do professor Eduardo Passos e colaboração técnica de uma aluna de mestrado em Psicologia da UFF (PASSOS ET AL, mimeo).

A escolha dos usuários que eram acompanhados era construída junto à equipe do serviço. Os critérios que foram sendo estabelecidos davam prioridade aos usuários com pouca adesão ao tratamento e, conseqüentemente, com grande número de internações, usuários institucionalizados, isto é, com longa permanência em instituição psiquiátrica e baixa interlocução da família com o serviço substitutivo. Nesse projeto piloto, na grande maioria dos casos acompanhados, houve um impacto significativo, tanto na trajetória de tratamento dos usuários como na qualidade de vida dos mesmos, estreitando os laços do serviço com o usuário e produzindo possibilidades singulares de intervenção clínico-institucionais (Idem).

Em 2005, numa parceria da Universidade Federal Fluminense com o Ministério da Saúde, foi iniciado o Projeto de Acompanhamento Terapêutico com inserção junto ao Caps Rubens Corrêa, do município do Rio de Janeiro, e ao Caps Pedra Bonita, do município de

Itaboraí, com um total de quinze ats. Este projeto teve como objetivos: articular a rede de atenção substitutiva às demandas do território, no sentido de interferir e diminuir radicalmente o circuito internação-desinternação, consolidando os Caps como serviços preferenciais de acolhimento e tratamento de portadores de transtornos mentais; servir como instrumento que potencializasse o trabalho de inserção psicossocial do usuário do Caps, possibilitando a expansão de suas redes de vivências, visando operacionalizar o Caps como porta de saída; contribuir com os outros dispositivos para o tratamento, acompanhando os usuários que apresentam dificuldades em estabelecer vínculos. Além disso, o projeto também visava responder algumas demandas percebidas pelos profissionais destes centros, dentre elas: fortalecer a rede substitutiva de cuidados, criando condições para que os usuários frequentassem os serviços, para que tivessem um projeto terapêutico individual consolidado, e construíssem outros sentidos para além da doença mental em seu cotidiano, modificando sua relação com o Caps e com o território, diminuindo assim o número de internações em hospitais, além de promover a inserção social dos usuários (PASSOS ET AL, mimeo).

Este trabalho foi realizado com estagiários graduandos em Psicologia da Universidade Federal Fluminense e com extensionistas psicólogos já formados. O trabalho contou com quatorze acompanhantes terapêuticos divididos em dois grupos, e cada grupo ficou referido a um serviço. Cada serviço fez um levantamento dos usuários que demandavam acompanhamento e, junto com os acompanhantes, foram sendo elaborados os respectivos projetos de Acompanhamento Terapêutico. A partir desses projetos, foram realizadas atividades de participação em oficinas, acompanhamento no deslocamento pela cidade, visitas domiciliares, intervenções junto à família, bem como ações de desinstitucionalização, passeios culturais (cinema, teatro, centros culturais, museus, áreas de lazer), acompanhamento em atividades cotidianas do usuário.

Segundo o Relatório Final Projeto AT UFF (PASSOS ET AL, mimeo) cada um dos 14 estagiários atendeu em média dois usuários do serviço. Na perspectiva do Acompanhamento Terapêutico, tomando cada caso em sua complexidade própria, esse atendimento era expandido, implicando parcerias e contratos com os familiares, vizinhos, profissionais de outras instituições, próprio serviço e outros membros da comunidade envolvidos com o usuário.

Os efeitos produzidos nos dois serviços foram diferentes tanto nas equipes, no impacto clínico com os usuários e suas redes sociais, como na relação com o próprio processo de implementação da Reforma Psiquiátrica. Em um dos serviços o dispositivo AT teve efeito desestabilizador dos processos instituídos na equipe, principalmente no que diz respeito aos

projetos terapêuticos de cada usuário, e foi possível a construção de outros territórios e referências para os usuários e para a própria equipe. A avaliação feita pelo serviço foi altamente positiva:

[...] os usuários acompanhados e suas redes sociais conquistaram uma possibilidade maior de circulação e inserção em seus territórios; aqueles que apresentavam dificuldade de adesão aos dispositivos ofertados pelo CAPS construíram referências mais claras com o serviço; construíram-se projetos de desinstitucionalização que incluíram trabalho com as famílias e vizinhança, com as equipes dos serviços de internação e com o PSF; a equipe expressou sua (boa) surpresa com as transformações que puderam ser acompanhadas em alguns usuários, especialmente aqueles para os quais todos os recursos terapêuticos disponíveis já haviam sido tentados (Idem).

No outro serviço foi o próprio entendimento do que era processo de desinstitucionalização, bem como as concepções de projeto terapêutico, trabalho em equipe (incluindo o próprio at), a clínica e seus dispositivos que foram questionados a partir do dispositivo AT. Houve a possibilidade de construção de um reposicionamento quanto a alguns dos usuários acompanhados, embora, no que tange à equipe do serviço, os deslocamentos produzidos tenham sido insuficientes para alterar o estado de impermanência que caracterizava o seu modo de operar (PASSOS ET AL, mimeo).

De modo geral, segundo os participantes desse projeto, o AT contribuiu para a consolidação dos Caps como serviços preferenciais de acolhimento e tratamento de pessoas em sofrimento psíquico grave. Ao mesmo tempo, por se situar no espaço entre o dentro e o fora do serviço, o Acompanhamento Terapêutico pôde operar como ferramenta que punha em análise, de forma privilegiada, alguns aspectos da constituição e modo de funcionamento da rede de atenção em saúde mental. Também pôde incluir-se nas discussões já existentes sobre a rede de saúde, as relações dos Caps com os demais estabelecimentos de saúde, com usuários e familiares, evidenciando movimentos que enfraquecem e/ou potencializam tais relações (Idem).

Atualmente há uma experiência sendo desenvolvida através de um projeto piloto, numa parceria entre a Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Fundação Estadual Serra dos Órgãos (FESO). Estas instituições vêm contribuindo com o processo de reorientação da assistência no município de Carmo. A primeira etapa de implantação foi iniciada em outubro de 2006 tendo duração de 11 meses, quando foi realizada a avaliação de impacto do projeto com vistas a sua continuação (ASM/SES, mimeo).

É nesse contexto de desenvolvimento de um conjunto de ações clínico-políticas para reorientar a assistência no sentido de uma Rede de Atenção Psicossocial extra-hospitalar de base territorial no município que vem sendo desenvolvido um projeto de estágio em Acompanhamento Terapêutico. A aposta do projeto é possibilitar aos estudantes vivências de situações reais na assistência, “promovendo a compreensão da organização do setor saúde no contexto sócio-político, integrando, desta forma, a Universidade à comunidade” (Idem).

Participam desta experiência estudantes de graduação do curso de Psicologia e Enfermagem da UFRJ e Medicina da FESO, acompanhando a organização e o cotidiano do serviço, e as supervisões clínico-institucionais, ocasião em que são discutidos o andamento dos casos clínicos, os projetos terapêuticos individualizados, os processos e as relações de trabalho dos membros da equipe (Idem).

Esse projeto é de fundamental importância, não apenas para o campo do AT, mas para a rede que se estabelece entre o campo da saúde pública, na sua interface da saúde mental, e o AT, pois tem como objetivos, além de acompanhar usuários, articular a prática clínica, a saúde pública e a formação acadêmica. Mais do que isso, são também metas do projeto: facilitar a inserção do usuário na rede de serviços de saúde, potencializando sua relação com a cidade e proporcionando a expansão de suas redes de vivências; contribuir na articulação da rede de atenção substitutiva; “consolidar, difundir e problematizar o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira no ensino de graduação tendo como princípios orientadores a construção de laços estáveis entre a Universidade e a rede pública de saúde” (Idem).

1.3.3 Em São Paulo

A história do AT no estado de São Paulo, na rede pública dos serviços de saúde, começa com a intervenção realizada pela prefeitura de Santos, na gestão do Partido dos Trabalhadores, de 1989 a 1996, na Casa de Saúde Anchieta. Essa intervenção é um marco na história da Psiquiatria brasileira, pois foi responsável pela mais incisiva ação no campo de saúde mental a partir do processo de desmontagem do hospital psiquiátrico Anchieta e da criação de uma rede de cuidados e de relação com a sociedade inteiramente nova (Bezerra Júnior, 1994).

“Em 3 de maio de 1989, foi realizada a Intervenção e, em 1994, o sistema asilar já estava totalmente substituído por um sistema territorial, que fez de Santos a primeira cidade brasileira sem manicômios” (LANCETTI, 2001, p.14). Em Santos foi criada uma rede local

de saúde que se transformou em referência nacional e internacional e lá foram criados os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Nessa época, chegou-se a fazer uma seleção de ats para integrar as equipes de saúde mental, a qual, porém, não foi efetivada.

Anos mais tarde, David Capistrano, que fora o coordenador da Secretaria de Saúde e Higiene de 1989 a 1992, e, prefeito de Santos (de 1992 a 1996) foi o coordenador do Projeto Qualis/PSF⁶¹(implementado em maio de 1998 em São Paulo) que contou com a participação da equipe de dirigentes que acompanhou a experiência de Bauru (1984 a 1986) e a de Santos (1989 a 1996). No Projeto Qualis/PSF foram criadas duas equipes volantes de saúde mental⁶² de acordo com as premissas de que:

[...] a trama traçada pelo Projeto e suas conexões com os recursos da comunidade deveriam ser consideradas e ativadas em primeiro lugar. A segunda era a de que qualquer processo terapêutico consiste na ressignificação do sintoma, e que, para isso, era preciso criar um dispositivo articulado à rede tecida pela organização de saúde. A terceira é que a invenção, e esse foi o tesouro que extraímos de todas as experiências vividas, deve fazer parte do método. Queríamos com essa estratégia radicalizar na desinstitucionalização (Idem, s/d, p. 19).

Um dos primeiros passos dados no território foi a capacitação realizada com os agentes comunitários e a criação de um Guia de Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde, que “se propunha a orientar posturas, fortalecer a noção de equipe e transmitir as idéias principais. Tudo isso com o objetivo de habilitá-los para operarem futuramente como *amigos qualificados*” (Idem, p. 21). Certamente não nos passa despercebida a inclusão dos amigos qualificados na trama desse projeto que se propunha a radicalizar a desinstitucionalização, uma vez que essa aposta vai ao encontro da nossa.

Ao longo desses anos, as experiências de Acompanhamento Terapêutico na rede pública de serviços paulista vêm acontecendo através de parcerias entre os serviços de saúde e universidades, estabelecimentos clínicos, ou organizações não-governamentais (ONGs). Uma dessas instituições ocupa um lugar de destaque na trajetória do AT em São Paulo e no Brasil: o Instituto a Casa, criado em 1979. Esta é uma instituição privada que conta com atendimento ambulatorial, hospital-dia e oficinas, além de um centro de pesquisa das psicoses. Desde

⁶¹ Em 1996 foi criado o Projeto Qualis I, num convênio da Secretaria de Saúde do Estado e a Fundação Santa Marcelina. Em 1997 o Projeto Qualis II foi criado a partir de um convênio da mesma secretaria, desta vez com a Fundação Zerbini.

⁶² Segundo Lancetti (2001) “a equipe de saúde mental é volante, não está locada em nenhuma das unidades do Projeto Qualis e sempre atua em parceria com as equipes de saúde da família” (p.22). Não foram utilizadas consultas psicológicas, psiquiátricas ou visitas domiciliares no intuito de evitar o processo de tratamento da demanda que começa na consulta (psiquiátrica) e termina no hospício, criando a cronificação dos pacientes e dos próprios dispositivos de atenção. Foram capacitadas as equipes de saúde mental e de saúde de família.

1981, ela conta com um grupo de ats engajados na descoberta de novas estratégias clínicas e, segundo Carrozzo (1991), a psicanálise é a teoria básica de entendimento de todos os profissionais da clínica. A Casa é também um espaço de formação em Acompanhamento Terapêutico, oferecendo cursos e estágios para profissionais da área da saúde mental.

O trabalho de AT, na Casa, surgiu “como uma clínica para atender a uma demanda institucional de um pedaço do tratamento que ficava fora dos tratamentos institucionais oferecidos” (Serenó, 1996, p. 29). A equipe da Casa, no trabalho com os pacientes, acabou se deparando também com uma outra questão importante: o problema da moradia vivido por alguns pacientes. A solução encontrada foi a criação de uma república⁶³. Segundo Cauchick (2001), a idéia de criar a moradia surgiu da equipe de ats, juntamente com o psiquiatra e psicanalista Nelson Carrozzo, pois perceberam que poderia ser transformador para alguns pacientes sair da casa dos pais e morar em outro lugar.

O município de São Paulo tem também parcerias com a Organização Não Governamental ATUA e com o Instituto Sedes Sapientae. A ATUA trabalha em parceria com o Caps Infantil da Mooca, no qual é realizado Acompanhamento Terapêutico individual com algumas crianças. Esta também se dá com o Hospital-Dia da Escola Paulista de Medicina e com o Centro de Reabilitação e Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Há uma outra parceria da ATUA com a Associação Saúde da Família e a Secretaria Municipal de Saúde no acompanhamento do processo de desospitalização de oito moradoras de hospital psiquiátrico. Esta constitui a implantação da primeira residência terapêutica de SP (paga pela prefeitura de SP). Há também um projeto da ATUA junto à SAS (Secretaria de Assistência Social) para montar uma república terapêutica, ou seja, uma residência terapêutica para moradores de rua (informação verbal)⁶⁴.

O Instituto Sedes Sapientae também conta com projeto de AT em parceria com serviços da rede pública. É uma instituição filantrópica criada na época da ditadura e que acolheu alguns dos psicanalistas argentinos exilados. Oferece cursos de especialização e tem serviço clínico para atender a demanda de pacientes. A equipe é composta por terapeutas contratados e por estagiários dos diferentes cursos de especialização. Há dois anos foi criada uma equipe de Acompanhamento Terapêutico, sob a coordenação de Deborah Sereno, para um grupo de pacientes graves e para um grupo de pacientes oriundos de três Caps da cidade,

⁶³ A experiência de criação da moradia República, seus desdobramentos e a relação com o trabalho de AT são relatados por Maria Paula Cauchick, na sua dissertação de mestrado, que deu origem ao livro: “Sorrisos Inocentes, Gargalhadas Horripilantes” (2001).

⁶⁴ Comunicação por e-mail com Maurício Porto.

que segundo as equipes estavam se cronificando nesses serviços. Os ats da equipe são psicólogos recém-formados e o trabalho é voluntário. Alguns fizeram o curso oferecido entre 2001 e 2004 e outros fizeram o curso da Casa (informação verbal)⁶⁵.

A partir do contrato feito com os Caps de Itaim, Perdizes, Butantã e Campo Limpo (três dos 13 da cidade) o grupo de ats do Sedes passou a elaborar, junto com a equipe dos Caps, o projeto de Acompanhamento Terapêutico. Desde 1997, há também uma parceria do Sedes com a PUC para desenvolver a escolaridade dentro da sala de aula a partir de um trabalho realizado com acompanhantes terapêuticos. Este trabalho é denominado de educação inclusiva.

A partir do Convênio com a Secretaria Municipal de Educação, estabelecido em dezembro de 2001, e do financiamento de verba do Fundo Municipal da Criança e do Adolescente (FUMCAD), a parceria *Sedes/PUC* pôde ampliar suas ações no sentido de intervir em políticas públicas por meio do “Projeto de Escolarização: Educação Inclusiva”. Esse convênio permitiu a realização dos “Cursos de educação inclusiva: construindo modos de ação” para profissionais da educação e saúde em cinquenta escolas da região de Pinheiros/Butantã. Os cursos favoreceram processos de formação conjunta das equipes de saúde mental e educação da região, visando desenvolvimento de projetos que favorecessem a inclusão e o sucesso escolar de crianças e adolescentes, em uma perspectiva de articulação e potencialização dos recursos locais (SERENO, 2006, p. 168).

Em 2005, numa parceria entre a Universidade Paulista (UNIP) e alguns Caps da cidade, houve um estágio curricular para alunos de Psicologia em que se formaram turmas de AT, sob a supervisão de Luciana Goldman. Como na clínica da faculdade não havia procura específica por AT foi firmada uma parceria com o Caps da Lapa e com o Caps de Perdizes. Assim os alunos acompanharam os usuários desses serviços. O estágio aconteceu até o final do ano de 2005 e não foi reeditado em 2006. Também na UNIP haviam aulas sobre AT ministradas por Kleber Duarte Barreto (informação verbal)⁶⁶.

Joana Tarraf coordena um curso de AT no qual há parcerias com o Caps, com o Hospital de Clínicas e com a Escola Paulista de Medicina através de estágio. Além disso, atualmente o AT está sendo contratado pela prefeitura para atuar no Projeto Pixote (do Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo - USP), com meninos em situação de rua (informação verbal)⁶⁷.

⁶⁵ Comunicação por e-mail com Deborah Sereno.

⁶⁶ Comunicação por e-mail com Luciana Goldman.

⁶⁷ Comunicação por e-mail com Joana Tarraf.

Em Ribeirão Preto está sendo construída a possibilidade do AT nos Residenciais Terapêuticos da cidade. Ana Celeste Pitiá, que trabalha com AT e escreveu sua tese de doutorado sobre AT⁶⁸, também faz parte da AAPSI (Associação de Apoio ao Psicótico) e segundo ela, todos os usuários e familiares são favoráveis à inclusão do AT na rede pública de serviços, mas esse processo ainda está na fase inicial de construção (informação verbal)⁶⁹.

Nessa mesma cidade, no período de dezembro de 2004 a julho de 2005, houve a implementação do AT em uma unidade para pessoas com quadro psicótico agudo internadas no Setor de Agudos Masculino (SAM) do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, que presta serviço para a rede estadual da saúde mental da Direção Regional de Saúde XVIII (DIR XVIII), composta por 25 municípios. Esse trabalho fez parte da pesquisa de mestrado de Regina Fiorati⁷⁰, que aponta alguns dos motivos que justificam a implementação dessa estratégia terapêutica: dificuldades de integração dos pacientes em serviço ambulatorial, alto número de reinternações hospitalares e necessidade de inclusão social dos mesmos.

Segundo a autora, foram selecionados pacientes internados no SAM que tinham indicação para o Acompanhamento Terapêutico, segundo critérios elaborados pela equipe multidisciplinar. Os critérios eram: apresentar problemática sócio-familiar e/ou baixa aderência ao tratamento em serviços de saúde mental; manifestar quadro sintomatológico grave, de difícil remissão de sintomas e com risco de reincidência da crise aguda após a alta hospitalar; apresentar a necessidade de vinculação em atividades em serviços de saúde mental de caráter ambulatorial, comunitários ou de semi-internação e em redes de relações sociais (FIORATI, 2006).

A autora destaca em sua pesquisa a necessidade de realização do trabalho de AT em parceria com outros serviços da rede de saúde e para além dela, assim como a comunidade, organizações ou associações governamentais ou não “que possibilitassem a abertura de uma rede de relações sociais para o acompanhado” (Idem, p. 91).

1.3.4 Em Minas Gerais

Na década de 70, sob influência da Psiquiatria Argentina, houve em Belo Horizonte uma experiência de Acompanhamento Terapêutico simultânea à implementação de

⁶⁸ A tese foi publicada na forma de livro: PITIÁ, A. C. A. e SANTOS, M. A. *Acompanhamento Terapêutico: A construção de uma estratégia clínica*. São Paulo: Vetor, 2005.

⁶⁹ Comunicação por e-mail com Ana Celeste Pitiá.

⁷⁰ Fiorati (2006).

comunidades terapêuticas, mas que terminou junto com o fechamento dessas comunidades. Aconteceram ainda outras experiências isoladas e em instituições psiquiátricas particulares.

A partir da década de 90 o AT reapareceu, principalmente na capital mineira, depois da experiência na década de 70, num movimento congruente com o de instalação de uma prática antimanicomial no estado (GUERRA E MILAGRES, 2005). O trabalho de AT em Belo Horizonte começa efetivamente com a Clínica Urgentemente, uma instituição privada, inspirada no Instituto A Casa, de São Paulo. A Urgentemente introduziu a discussão do AT em Minas sob a supervisão de Nelson Carroso, psiquiatra do instituto A Casa. Uma das supervisoras do trabalho de AT é a psiquiatra Maria Silvana Maia. O trabalho de AT também é realizado através de um convênio com a Cassi (Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil)⁷¹, oferecendo, inclusive formação de AT para interessados. Foi realizado um curso de formação de Acompanhantes Terapêuticos, que resultou em um grupo de 10 ats, cujo trabalho é dirigido a pacientes psicóticos, egressos de internações psiquiátricas, ou pacientes em situação de risco de internação (informação verbal)⁷².

A Urgentemente organizou o funcionamento de quatro casas, num regime de moradias protegidas e que funcionam com o acompanhamento dos ats, sendo custeadas pelas famílias. Há uma revista chamada "A rede", da Clínica Urgentemente, que tem textos sobre AT, com apenas um exemplar lançado até o momento (idem)⁷³.

A partir de 2001 as universidades PUC Minas e FUMEC, iniciaram trabalhos de estágio dos seus alunos de Psicologia, dentro do programa Liberdade Assistida da Secretaria de Justiça do Estado e nas Residências Terapêuticas da Prefeitura de Belo Horizonte.

A rede de Belo Horizonte conta hoje com sete CAPS (dois deles com funcionamento 24 horas), com equipes de saúde mental em 65 unidades básicas e com sete Serviços Residenciais Terapêuticos distribuídos em diferentes pontos da cidade (MILAGRES, mimeo). Em 2000, o município implantou o Programa de Desospitalização Psiquiátrica (PDP) para clientela de longa permanência dos hospitais psiquiátricos – atualmente “Programa de Volta para Casa” – e inseriu o Acompanhamento Terapêutico como estratégia clínica (VELOSO E SERPA JÚNIOR, 2006). O acompanhante não faz parte da equipe oficial de recursos humanos da rede municipal, mas sim de um convênio firmado entre a Prefeitura de Belo

⁷¹ A Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) montou uma equipe com acompanhantes terapêuticos que atendem aos pacientes conveniados em Minas Gerais, no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e em São Paulo. Podemos supor que tal projeto apresenta-se como uma reverberação das políticas públicas nesse campo.

⁷² Comunicação por e-mail com Maria Silvana Maia.

⁷³ Idem.

Horizonte e o Unicentro Newton Paiva, através de estagiários bolsistas do curso de Psicologia vinculados ao Projeto de Extensão em Acompanhamento Terapêutico⁷⁴.

A indicação para o acompanhamento se dá a partir da equipe do PDP em função da história e da particularidade de cada caso, de modo que cada at tem se responsabilizado pelo acompanhamento de dois moradores. Importante lembrar que cada morador tem seu técnico de referência localizado no âmbito da rede municipal, seja nos Centros de saúde ou nos Cersams (Centros de Referência em Saúde mental que acolhem as urgências) onde realizam o tratamento propriamente dito. O at participa e interfere na rotina de cada moradia, circulando entre os moradores e hospedadores, acompanhando-os à consultas, às compras, às atividades de lazer e outras que se fizerem necessárias. Sua presença não se restringe a “passear pela rua”: se dá no sentido de acompanhar a trajetória de cada um, ainda que nos limites entre o portão e a varanda, visto que para alguns sujeitos o para além dos muros da casa consiste numa experiência ameaçadora que os expõe às vicissitudes imprevisíveis do encontro com um Outro avassalador. É preciso então nestas circunstâncias conquistar antes o acesso a cada cômodo, criar limites na convivência entre cada um ali presente, construir muros simbólicos que o permitam gradativamente inventar seu modo particular de destacamento subjetivo que seja, no entanto compatível com o laço social (MILAGRES, mimeo).

O Hospital Raul Soares (FHEMIG), do Estado de Minas Gerais, também começou a utilizar o AT e essas duas experiências foram apresentadas em um pequeno evento. Já houve dois encontros mineiros de AT, esse pequeno encontro no Raul Soares e outro maior ,promovido em parceria com o Conselho de Psicologia de Minas Gerais em 2005 (Idem).

Há também uma pesquisa realizada por alunos, professores e ex-alunos do Centro Universitário da Faculdade de Ciências Humanas (FCH - FUMEC), desde março de 2003, coordenada por Lúcia Grossi. Essa pesquisa está sendo desenvolvida junto ao Programa de Pesquisa e Iniciação Científica (PROPIC) da FCH - FUMEC, sobre o tema: O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo clínico na reinserção social do psicótico. Partindo da constatação feita a partir de uma revisão bibliográfica, de que há uma grande dificuldade de teorização dessa prática clínica, os pesquisadores buscaram reconstituir as determinantes históricas do surgimento do AT para então apontar as raízes dessa dificuldade (NOGUEIRA ET AL apud MILAGRES, mimeo).

Além do Hospital Psiquiátrico Instituto Raul Soares, há também AT no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e nos serviços da rede aberta e substitutiva de assistência em Saúde Mental através de estagiários de Psicologia, junto aos CERSAM (Centros de Referência em Saúde Mental, que compõem a rede de serviços abertos que visam a substituição progressiva do hospital psiquiátrico, correspondendo aos Caps). Há também

⁷⁴ Inicialmente coordenado pelas professoras Andréa Guerra e Andréa Milagres e atualmente apenas pela última.

um trabalho realizado por estagiários de Psicologia na rede de saúde mental de Betim, junto ao Cersam (equivalente ao CAPS III que trabalha prevalentemente com a urgência psiquiátrica) desse município (GUERRA E MILAGRES, 2005). Todos esses convênios entre universidade e serviços públicos acontecem com usuários adultos. Há alguns anos Andréa Guerra coordena um estágio de AT com crianças e adolescentes também em Betim.

Atualmente existe um convênio entre a rede pública e a PUC Minas Betim, através de estágios curriculares, de quatro meses de duração. Há também um projeto de extensão em Saúde Mental da PUC Minas Betim com estágio nos mesmos campos em que acontece o curricular: no Caps III da cidade, no Caps II, em um Capsi, em uma moradia e em um centro de convivência, com um ano de duração. O projeto é orientado pelo professor Renato Diniz Silveira (informação verbal)⁷⁵.

Até 2006, em Uberlândia também havia estagiários da universidade fazendo AT em um Caps da cidade, sob a coordenação de Ricardo Wagner Silveira. Os usuários eram encaminhados pelo Caps e o critério prevalente de encaminhamento costumava ser a não adesão ao tratamento, esclarecimentos diagnósticos, cárcere privado e reinserção social (informação verbal)⁷⁶.

1.3.5 No Espírito Santo, em Pernambuco e em Santa Catarina

A experiência de ATs na rede pública no Estado do Espírito Santo aconteceu na cidade de Vitória – Caps de Santa Maria – da prefeitura municipal de Vitória e outra experiência foi no Hospital Aduino Botelho, na cidade de Cariacica, através da Secretaria de Saúde do Estado do ES. Ambas as experiências foram em 1988, quando foi organizado o I Curso de AT da cidade de Vitória. A parte prática do curso foi realizada com alguns pacientes em tratamento nesse Caps e no referido Hospital. A experiência durou apenas um ano, não sendo possível a continuidade do trabalho dos ats que não fosse pela via voluntária, em função da questão orçamentária e política de ambas as secretarias (informação verbal)⁷⁷.

Em Recife existem atualmente oito Residências Terapêuticas funcionando e mais três em processo de implantação. Nas Residências existe um profissional com a função de cuidador, que faz o papel de “fazer junto com os moradores” as atividades do dia-a-dia. Também existe a figura do técnico de referência, um técnico de nível superior que faz o papel

⁷⁵ Comunicação por e-mail com Carolina Nogueira e Cláudia Generoso.

⁷⁶ Comunicação por e-mail com Ricardo Wagner Silveira.

⁷⁷ Comunicação por e-mail com Gláucia Pacca Amaral.

de articulador com a rede substitutiva e outros dispositivos presentes na comunidade. Nos CAPS não existe oficialmente a presença do AT, embora haja um entendimento de que as tarefas desempenhadas pelos técnicos, principalmente no serviço de residências terapêuticas, sejam semelhantes à atuação do AT. Há um grupo de discussão, chamado de Fórum das Residências, que estuda e discute a possibilidade de inserção do AT, embora não exista uma formação específica nesta área (informação verbal)⁷⁸.

Em Santa Catarina, há estagiários que realizam AT, acompanhando usuários do Caps de Florianópolis. Até 2006, havia dois estagiários da Universidade Regional de Blumenau (FURB) que faziam acompanhamento com usuários do Caps Blumenau. Também há AT no Caps de Palhoça, sob a coordenação de Fernando Brandalise (informação verbal)⁷⁹.

1.4 Embates e alianças: articulações políticas no processo de institucionalização do AT

O Acompanhamento Terapêutico é efeito de uma rede tensa de relações com os diversos saberes que o compõe, com o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e com a clínica. Essa rede é feita de embates e alianças, que ganham visibilidade através dos eventos (colóquios, congressos) de AT que vêm sendo realizados tanto no Brasil quanto na Argentina. Tomaremos estes naquilo que eles apresentam como analisadores de processos no campo do AT, permitindo-nos perceber a direção das articulações políticas que vêm sendo estabelecidas nesse campo. Não consideraremos os eventos, portanto, como estado de coisas, mas como acontecimentos, no sentido daquilo que emerge produzindo rupturas, catalisando fluxos, decompondo, produzindo análise.

Na Argentina, segundo Pulice e Manson (2005b), na década de 90, havia um entendimento no campo do AT de que era necessário avançar na produção teórico-clínica que orientava de algum modo o trabalho dos ats e que demonstrava ter uma potencialidade e uma eficácia enorme no tratamento de uma grande quantidade de pacientes. Isso levou alguns profissionais a pensar em propiciar o encontro daqueles que muitas vezes estavam envolvidos na prática do AT, de forma solitária. Foi assim que organizaram o Primeiro Congresso Nacional que aconteceu em novembro de 1994, e cujo tema era “Hacia una articulación de la clínica y la teoría”. Um dos efeitos do esforço coletivo de articulação entre a clínica e a teoria, foi a produção de um livro que passou a ser então referência bibliográfica para a formação dos acompanhantes na Argentina.

⁷⁸ Comunicação por e-mail com Marcos Otávio Cahú Rodrigues.

⁷⁹ Comunicação por e-mail com Felipe Brognoli e Fernando Brandalise.

Anos depois, no Segundo Congresso Argentino, realizado em Córdoba, em setembro de 2001, o panorama descrito pelos autores era outro, não só pela participação de colegas das mais diversas regiões do país, mas também pela participação de pessoas de outros países como Marisa Pujès, da Espanha, e Kleber Duarte Barreto, do Brasil. O tema era *Hacia una inscripción institucional y académica del Acompañamiento Terapéutico*. Como fruto desse evento, os autores destacam a publicação de um novo livro, *Eficacia Clínica Del Acompañamiento Terapéutico* e de um projeto, posto em andamento um ano depois, de começar a criar as instâncias institucionais necessárias para reunir formalmente os profissionais e instituições desta prática que já vinha sendo tomada por tais autores como uma especialidade.

A inauguração, ao final de 2002, de um seminário sobre os Fundamentos Clínicos do AT na Internet (Psiconet) possibilitou a realização do Terceiro Congresso Argentino, o Primeiro Congresso Ibero Americano de AT. Tal evento aconteceu na Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, no final de novembro de 2003. Participaram desse encontro colegas da Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México, Peru e Uruguai, o que fortaleceu a necessidade de estabelecer sólidas vias de intercâmbio e colaboração para a realização dos objetivos em comum (PULICE E MANSON, 2005).

Nesse evento foram apresentados trabalhos de investigação teórico-clínicos que vinham sendo desenvolvidos em alguns dos países acima mencionados, como na Universidad Autónoma de Querétaro (México), onde foi criado o primeiro curso universitário em AT, e em Lima (Peru), a partir da Sociedade Peruana de Acompanhamento Terapêutico, fundada por Carolina Benavides e Roxana Dubreuil⁸⁰. Também foi nessa ocasião que os autores argentinos reencontraram e conheceram alguns ats brasileiros.

Foi sendo criada, assim, uma rede entre os atores argentinos e brasileiros, que culminou no primeiro Congresso Internacional, em setembro de 2006, em São Paulo, sendo também o segundo Congresso Ibero-americano e o primeiro brasileiro de Acompanhamento Terapêutico (Idem). Segundo Pulice e Manson (2005b), a organização desse evento esteve também fortemente ligada ao nascimento, nesse mesmo ano, da Asociación de Acompañantes Terapéuticos da República Argentina (AATRA), que tem sua sede na cidade de Buenos Aires. Para os autores, a criação da associação possibilitou que pela primeira vez, um marco institucional para a realização desses eventos.

⁸⁰ Em setembro de 2004, foi realizada a Primeira Conferência Internacional de Acompanhamento Terapêutico no Peru, da qual não conseguimos obter informações.

Tal Associação tem como objetivos: fomentar e coordenar atividades científicas de disciplinas e/ou matérias vinculadas ao AT; filiar-se a federações ou confederações; efetuar atividades de capacitação e de caráter cultural entre seus associados; organizar congressos, conferências, cursos, debates e seminários, para o público em geral e/ou para profissionais especializados; realizar e organizar cursos regulares de preparação e capacitação de acompanhantes terapêuticos e de aperfeiçoamento tanto para seu ensino como para sua difusão; tratar, assistir e/ou prevenir condutas aditivas, drogadição e alcoolismo, desordens alimentares e de conduta, depressão, doenças terminais, discapacidades; oferecer serviço de acompanhantes terapêuticos, cursos, supervisão e capacitação; velar pelas normas da ética profissional relativas ao Acompanhamento Terapêutico e estabelecer disposições a respeito; propiciar a hierarquização do nível acadêmico dos títulos, assim como do exercício desta profissão; desenvolver um ambiente de cordialidade e solidariedade entre seus associados, evitando, dentro da instituição, discussões de caráter religioso, político ou questões contrárias a moral e aos bons costumes; organizar cursos de pós-graduação; propender ao intercâmbio de informação, tanto técnica como científica, em colaboração com organismos nacionais, estaduais, municipais e/ou internacionais, tanto de caráter público como privado, e em especial com entidades de estudos avançados ou superiores, terciários ou universitários, de ciências relacionadas e afins; propender a criação e posterior manutenção de escolas e/ou centros educacionais de instrução ou aperfeiçoamento como também a instalação de filiais em todo território nacional; propender a criação e posterior manutenção de centros assistenciais, hospitais-dia e oficinas multidisciplinares para a atenção a todo tipo de problemática do âmbito da saúde mental vinculadas ao Acompanhamento Terapêutico⁸¹ (AATRA, 2006, tradução nossa).

⁸¹ “En la ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina, donde tendrá su domicilio social, queda constituida una ASOCIACIÓN CIVIL denominada: «ASOCIACIÓN DE ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA», que tendrá por objeto y finalidad las siguientes actividades: a) Fomentar y coordinar actividades científicas de disciplinas y/o materias vinculadas con el Acompañamiento Terapéutico; b) Adherirse a federaciones o confederaciones cuando así lo resuelva la asamblea; c) Efectuar actividades de capacitación y de carácter cultural entre sus asociados; d) Organizar congresos, conferencias, cursos, charlas, ateneos, debates, seminarios, para el público en general y/o para profesionales especializados; e) Realizar y organizar cursos regulares de preparación y capacitación de acompañantes terapéuticos y de perfeccionamiento en todo su espectro, inclusive en las ramas técnicas, humanísticas, pedagógicas, tanto para su enseñanza como para su difusión; f) Tratar, asistir y/o prevenir conductas adictivas, drogadicción y alcoholismo, desórdenes alimentarios y de conducta, depresión, enfermedades terminales, discapacidades, y toda otra de incumbencia en el campo de la salud mental; g) Ofrecer el servicio de acompañantes terapéuticos, cursos, supervisiones y capacitación laboral; h) Velar por las normas de la ética profesional relativas al acompañamiento terapéutico y establecer disposiciones al respecto; i) Propender a la jerarquización del nivel académico de los títulos, así como del ejercicio de esta profesión; j) Desarrollar un ambiente de cordialidad y solidaridad entre sus asociados evitando, dentro de la institución, discusiones de carácter religioso, político, o cuestiones contrarias a la moral y las buenas costumbres; k) Organizar cursos de postgrado, bajo el régimen de enseñanza que al respecto dicte la Asociación; l) Propender al

Mas em que contexto se deu a criação dessa associação? Há atualmente uma pressão para garantir a regulamentação do AT na Lei de Saúde Mental da cidade de Buenos Aires, promulgada durante o ano de 2000. Essa Lei tem uma perspectiva de trabalho em rede, com a comunidade e com a proposta de saída do modelo hospitalocêntrico. Tem havido muitos embates a respeito dos termos da Lei e dificuldades para que ela seja implementada. Além disso, há um movimento de alguns profissionais da Saúde Mental no sentido de incluir o dispositivo do AT na Lei, já que ela se refere a alternativas de atenção, incluindo a ênfase nos tratamentos ambulatoriais, o trabalho em rede com a comunidade, a atenção domiciliar, a diminuição das internações psiquiátricas, os direitos dos pacientes, entre outros, e em nenhum momento nomeia explicitamente o AT como uma dessas alternativas (PULICE E MANSON, 2005). A AATRA vem, então, buscando uma maior inserção do AT na rede de Saúde Mental (informação verbal)⁸².

Segundo Pulice e Manson (2005), na Argentina existem acompanhantes terapêuticos em quase todos os hospitais públicos em que há serviços de saúde mental, mas os mesmos não podem ser contratados porque não são reconhecidos formalmente. Para os atores, o AT precisa deixar de ser recurso para poucos pacientes – já que os planos de saúde ou sistemas pré-pagos de saúde não reconhecem esse serviço – e passar a ser um recurso disponível para todos os tratamentos em que se façam necessários. Tornar-se-ia indispensável, então, segundo eles, a criação de instâncias de formação regulamentadas que tornassem possível que “essa especialidade aspirasse a ter *o lugar que lhe corresponde no sistema de saúde mental*” (Idem, p. 30, grifos nossos). Um dos passos dados no sentido de garantir ao AT “*o lugar que lhe corresponde no sistema de saúde mental*” foi a homologação do Título Terciário de Acompanhamento Terapêutico pela Secretaria de Educação da cidade de Buenos Aires, e a inauguração da formação de técnico nessa especialidade na Universidade Católica de Cuyo e na Universidade Autônoma de Entre Rios (UADER).

intercambio de información, tanto técnica como científica, en colaboración con organismos nacionales, provinciales, municipales y/o internacionales, tanto de carácter público como privado, y en especial con entidades de estudios avanzados o superiores, ya sean terciarios o universitarios, de ciencias relacionadas y afines; m) Administrar el otorgamiento de becas, subsidios, subvenciones y ayudas económicas con sujeción al reglamento que al respecto se dicte para estudiantes, profesionales, docentes y socios; n) Propender al intercambio con organismos de similares fines y objetivos que la Asociación; ñ) Adherir y participar en forma activa en los convenios de intercambio cultural suscriptos por el Gobierno de la República Argentina u organismos oficiales, sea cual fuere el orden: nacional, provincial y/o municipal; o) Propender a la creación y posterior mantenimiento de escuelas y/o centros educacionales de instrucción y/o perfeccionamiento como así también a la instalación de filiales en todo el territorio nacional; p) Propender a la creación y posterior mantenimiento de centros asistenciales, hospitales de día, y talleres multidisciplinarios para la atención de todo tipo de problemática del ámbito de la salud mental vinculadas al acompañamiento terapéutico” (AATRA, 2006, <http://www.aatra.org.ar>).

⁸² Comunicação por e-mail com Gustavo Rossi.

O movimento que se inicia buscando garantir condições de trabalho para os acompanhantes terapêuticos e uma maior cobertura assistencial para a população culmina numa regulamentação do dispositivo. A tentativa de disponibilizar o AT para o maior número de pessoas possíveis termina por restringir a própria prática, já que a proposta é que haja um curso técnico que determine e garanta os pré-requisitos e a titulação necessária para que os acompanhantes possam exercer seu trabalho. Isso significa que mesmo aquelas pessoas que trabalham como ats há 10 anos, passam a precisar dessa determinada formação para ter o seu “fazer” garantido.

É exatamente como marco institucional, pretendendo a garantia de uma identidade especialista que foi criada na Argentina, em fevereiro de 1997, a Associação de Acompanhantes Terapêuticos de Bahia Blanca (AAT), uma organização sem fins lucrativos. São objetivos da AAT: fomentar a função do acompanhante terapêutico, formar, capacitar e supervisionar os mesmos no sentido de melhorar seu trabalho cotidiano. Para tanto, a AAT oferece cursos de formação na cidade de Bahia Blanca e em outras cidades e a cada dois anos realiza o Congresso Nacional de Acompanhamento Terapêutico. Essa mesma associação considerou um direito e um dever essencial que o AT tivesse um código que regulasse seu funcionamento⁸³ (tradução nossa). Tal Código de Ética tem como objetivos: assegurar o correto e regular exercício da prática do acompanhamento, no resguardo da saúde psíquica da população; estimular a harmonia e solidariedade com as áreas que correspondem a outros profissionais; promover a atitude responsável, lúcida e comprometida frente ao ser humano concreto e suas condições, que aparecem como o objeto fundamental da prática do acompanhante terapêutico. Além disso, estabelece que qualquer um que trabalhe como acompanhante terapêutico ou que deseje trabalhar como tal deve registrar-se na associação e reger-se pelo código⁸⁴ (tradução nossa).

Ou seja, o Código define o que é entendido como correto na prática do AT e não se furta a distinguir o que seria específico da função do AT, naquilo que lhe distingue dos demais profissionais de saúde, ou seja, atuar como auxiliar do médico e/ou psicólogo, na contenção de pacientes hospitalizados ou não. O AT poderá conceder informação pertinente, propondo e sugerindo, em função de seu trabalho, a orientação da estratégia terapêutica a ser

⁸³ “Los objetivos de la misma son: fomentar la función del Acompañante Terapéutico, formar, capacitar y supervisar la tarea los mismos, brindando todo aquello que estando a nuestro alcance mejore su tarea cotidiana” (AAT, 2006, <http://www.aatbb.com.ar>).

⁸⁴ “Asegurar el correcto y regular ejercicio de la práctica del acompañamiento, en resguardo de la salud psíquica de la población; estimular la armonía y solidaridad con las áreas que corresponden a otros profesionales; promover la actitud responsable, lúcida y comprometida frente al ser humano concreto y sus condiciones, que aparece como el objeto fundamental de nuestra práctica” (Codigo de Ética, AAT, 2006 <http://www.aatbb.com.ar>).

seguida, como parte integrante de uma equipe interdisciplinar. Sua função implica também em fazer parte da dita equipe, como elo fundamental na contenção de ansiedades e angústias, tanto em internação como em pós-internação. E de acordo com indicado pelo médico e/ou psicólogo, para evitar a internação; acompanhar pacientes em tratamento de reabilitação por dependência de qualquer tipo. Nesses casos, acompanhar e conter para logo informar ao terapeuta encarregado do paciente. É importante assinalar que sua função jamais será a de interpretar. Acompanhantes de pacientes psicóticos, internados ou não com prévia indicação profissional. Contenção em caso de crianças, adolescentes ou adultos em situação de risco, se indicada a intervenção por parte do profissional. O AT, logo de sua participação no Curso, possui conhecimentos teórico-práticos relativos à saúde mental formando parte de uma rede de comunicação social⁸⁵ (tradução nossa).

Parece-nos interessante em tal proposta que os cursos oferecidos em AT possam ser cursados por toda pessoa com interesse em capacitar-se na área de saúde, independente de seu nível de formação. Entretanto, ao tentar legitimar essa prática a partir de um Código, o at fica não apenas engessado num “modo de fazer”, como constrangido a ser auxiliar de outros profissionais (médicos e/ou psicólogos).

Percebemos, então, que o modo como vai se tecendo o dispositivo do AT aponta caminhos diferentes no Brasil e na Argentina, porque são diferentes os vetores que entram em cena nos dois países. Acompanhemos, então, os encontros brasileiros.

O Primeiro Encontro de Acompanhantes Terapêuticos no Rio de Janeiro foi realizado em 1984 e o Primeiro e o Segundo Encontro Paulista de Acompanhamento Terapêutico (1991 e 1997 respectivamente) foram promovidos pelo Hospital Dia A Casa e resultaram nos dois primeiros livros publicados por essa mesma instituição: *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico* e *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. Nestes foram organizados os trabalhos apresentados nos dois encontros. O terceiro Encontro Paulista

⁸⁵ “Actuar como auxiliar del médico y/o psicólogo a cargo, en la contención de pacientes hospitalizados, o externados. El AT podrá otorgar información pertinente, proponiendo y sugiriendo en función de su labor, la orientación de la estrategia terapéutica a seguir, como parte integrante de un Equipo Interdisciplinario. Su función implica también la de formar parte de dicho equipo, como eslabón fundamental en la contención de ansiedades y angustias, tanto en internación como en post-internación. Y de acuerdo a lo indicado por el médico y/o psicólogo para evitar una internación; acompañante de pacientes en tratamiento de rehabilitación por adicciones de cualquier tipo. En estos casos la función del mismo será la de acompañar y contener, para luego informar al terapeuta a cargo del paciente. Es importante señalar que su función jamás será la de Interpretar. Acompañante de pacientes psicóticos, internados o no, previa indicación profesional. Contención en caso de niños, adolescentes o adultos en situaciones de riesgo, si es indicada la intervención por parte del profesional. El AT, luego de su participación del Curso posee conocimientos teóricos-prácticos en lo relativo a la Salud Mental formando parte de una red de comunicación social” (Código de Ética, AAT, 2006 <http://www.aatbb.com.ar>).

de AT⁸⁶ aconteceu em São Paulo, em 2001, mesmo ano em que acontecia, na Argentina, o Segundo Congresso Argentino de AT.

Em 2003 foi realizado o 1º Encontro Mineiro de Acompanhantes Terapêuticos, com presença de ats de todo o estado, ano em que os argentinos fizeram seu Terceiro Congresso. Em 2005 o Conselho Regional de Psicologia, organizou durante a semana do psicólogo um ciclo de debates sobre o Acompanhamento Terapêutico.

Em 2005 e 2006 foi realizado o evento *Colóquio em Dois Movimentos: de Porto Alegre a Niterói – Acompanhamento Terapêutico e Políticas Públicas de Saúde*. O evento, ocorrido em outubro, em Porto Alegre e em janeiro, em Niterói, foi fruto da parceria entre a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ambas as universidades encontravam-se envolvidas em Projetos de Acompanhamento Terapêutico, abrangendo ensino, extensão e pesquisa no campo da Psicologia articulados com a rede pública em saúde mental. A afinidade entre as propostas de trabalho, num compromisso ético-político de invenção de uma clínica pública e coletiva foi o princípio maior que orientou a proposta de um evento em que os ats gaúchos e cariocas pudessem se encontrar e compartilhar suas experiências.

O Movimento Um: Porto Allegro ocorreu em de outubro de 2005, em Porto Alegre e contou com a participação de cerca de 180 pessoas, entre estudantes, professores e profissionais de saúde mental. Os debates abordaram a potência do dispositivo do AT na construção do trabalho em rede e na articulação entre universidade e serviços, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

O Movimento Dois: Niterói Andante aconteceu em de janeiro de 2006, no Campus do Gragoatá da UFF, em Niterói, reunindo cerca de 200 participantes. Além da apresentação de vinhetas clínicas dos acompanhantes terapêuticos dos projetos UFF e UFRGS, o evento em Niterói contou também com relatos do Projeto de Acompanhantes Domiciliares ligado à Secretaria de Saúde de Niterói. O encerramento do evento se deu com a realização de uma mesa-redonda sobre o Acompanhamento Terapêutico no contexto da Reforma, com a participação do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr. Pedro Gabriel Delgado, e de outros atores ligados às políticas públicas em saúde mental. Os eventos, em seus dois movimentos, foram marcados por importantes trocas entre estudantes, professores, pesquisadores, profissionais e gestores em saúde, mantendo aceso o debate entre a clínica e a política e entre universidades e redes de serviços de atenção em saúde.

⁸⁶ Carvalho (2004) realizou sua pesquisa mapeando o campo do AT por meio de questionários aplicados aos participantes desse encontro.

A parceria entre os ats gaúchos e cariocas foi se estendendo na feitura de outras alianças com alguns ats paulistas e mineiros, tendo como pano de fundo o entendimento do AT como um dispositivo importante para o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A rede de relações que se estabelecem no campo do AT vem constituindo-se como produto e produtora não apenas de alianças, mas também de embates. Tais tensões compareceram no I Congresso Internacional, no II Congresso Ibero-Americano e no I Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico que aconteceram simultaneamente em setembro de 2006, em São Paulo. Foram três dias de trabalhos divididos em mesas redondas, temas livres, grupos de trabalho e apresentações de vídeos e um último dia de assembléia para a discussão da continuidade ou não da Associação de Acompanhantes Terapêuticos (AAT) brasileira, criada em princípio com o objetivo de viabilizar a realização do próprio evento.

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

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

Vimos então, ao longo desse capítulo, o contexto de surgimento do AT, a inserção do mesmo na rede pública de serviços de saúde e o que vai aparecendo, a partir dos eventos que aqui trazemos, é o contexto em que essa pesquisa se faz, isto é, de institucionalização do AT. Faz-se necessário, então, que esclareçamos o que entendemos por institucionalização, pois o termo “instituição” comporta muitas definições, as quais se apóiam em diferentes referenciais

teóricos e políticos. Tomaremos aqui o conceito de instituição tal como proposto pela Análise Institucional.

Para o movimento institucionalista, a instituição não se equivale à organização ou estabelecimento, mas é entendida como um processo que se constitui pelo tensionamento entre as forças instituintes e as formas instituídas. O instituinte diz respeito então ao plano das forças, aos processos de criação, enquanto que o instituído diz respeito às formas, às normas, as hierarquias, as leis. Essas duas dimensões se distinguem, mas não se separam. Há, entretanto, um primado do instituinte, uma vez que são as forças que garantem os movimentos e os fluxos. É o “devir instituição” que se atualiza no processo de institucionalização.

O conceito de poder constituinte, analisado por Negri (2002), nos ajuda a pensar os processos de institucionalização/constituição. Ao tomar o poder constituinte como objeto de análise, o autor afirma que ele pode ser entendido como transcendente face ao sistema do poder constituído, como imanente sendo a sua ação a de um fundamento ou ainda como fonte integrada do sistema constitucional. De qualquer uma dessas três formas, “a relação que a ciência jurídica (e, através dela, o ordenamento constituído), quer impor ao poder constituinte atua de modo a neutralizá-lo, a mistificá-lo, ou melhor, de esvaziá-lo de sentido” (Idem, p. 19). O único conceito possível de constituição seria o de revolução, mas o que a teoria jurídica faz é limitar a revolução na medida em que juridiciza o princípio constituinte, limitando a democracia. O poder constituído apresenta-se como mediação centralizada, diluindo e neutralizando o poder constituinte em um mecanismo representativo que pode se manifestar apenas no espaço político (nas cortes supremas ou nos órgãos do Estado). Ele constitui-se num mecanismo de regulamentação com a função de manter a ordem. O poder constituinte, por sua vez, é a força que desfaz todo equilíbrio e continuidade possível, como “dispositivo radical de algo que ainda não existe, e cujas condições de existência pressupõem que o ato criador não perca suas características na criação” (Idem, p. 36). Ou seja, o poder constituinte é a manifestação da força revolucionária da multidão⁸⁷ construtora da história e por isso não se trata de limitá-lo através das formas, mas de torná-lo ilimitado.

Para Negri (2002) “no momento em que a potência se institucionaliza, ela deixa de ser potência, declara jamais tê-lo sido” (Idem, p. 37), por isso faz-se necessário seguirmos o que nos ensinaram os institucionalistas e atentarmos ao que foge nas instituições, ou seja, aos

⁸⁷ “Toda prática do poder constituinte revela, tanto em seu início como em seu final, tanto na origem quanto na crise, a tensão de uma multidão que procura se tornar sujeito absoluto dos processos da potência. Em torno desta aspiração e contra ela, podemos ler as descontinuidades e as inversões do processo constituinte da racionalidade ocidental, assim como podemos ler, na continuidade e na preservação do sentido da ação da *multitudo*, o caráter tendencial, indefinido e sempre ressurgente do processo” (NEGRI, 2002, p. 423).

movimentos instituintes que fazem da institucionalização um processo que não se conclui nas formas instituídas. Dimensão processual e formal, dimensão instituída e instituinte das instituições. É nessa dinâmica de tensionamento entre o que se estabelece e o que está em movimento que se dão os processos de institucionalização.

Assim, nos processos de institucionalização, sabemos que sempre haverá algum grau de formalizações, regulamentações, mas não podemos ficar restritos a uma preocupação com a forma (com o instituído), perdendo de vista as forças instituintes que implementam sempre novas lutas e tensões. O processo de institucionalização deve manter-se sempre tensionado com novos vetores que vão suscitando sempre novas questões, garantindo os fluxos, os movimentos, a potência. No que diz respeito ao nosso campo específico do AT não podemos acreditar nas formas (como as associações de Acompanhamento Terapêutico) ou em quaisquer leis que o regulamentem como sendo a garantia do reconhecimento e da legitimidade dessa prática. As formas precisam ser tomadas apenas como estratégias e não como fim em si, sendo o nosso desafio garantir a potência criadora da dimensão instituinte dos processos de institucionalização do AT.

Além disso, tal contexto se apresenta criando tensões para a clínica. Como vimos, o AT surge num movimento de desinstitucionalização da loucura, num processo de desmantelamento e rearranjo da trama de saberes e práticas construídas em torno da experiência de sofrimento, que vai forçando uma desinstitucionalização da própria clínica. Nesse contexto, aliado a outros dispositivos que se pretendem substitutivos ao modelo manicomial, o AT experimenta, paradoxalmente, um processo de institucionalização pela via de um especialismo e de uma privatização da clínica.

Assim, quando afirmamos que em seu processo de institucionalização o AT não pode separar-se de sua força instituinte, tal força diz respeito justamente a um movimento de desinstitucionalização. Nesse processo, a pergunta a qual não podemos nos furtar é: o que ganhamos com a institucionalização do AT? Que tipo de provocação para a clínica é colocada aqui?

2. TEXTO – ALGUNS VETORES QUE COMPÕEM O DISPOSITIVO AT

Trataremos aqui alguns textos referentes ao AT, considerando-os não apenas como publicações científicas e livros, mas também como trabalhos apresentados em congressos sobre AT, mensagens eletrônicas (e-mails) conversas, falas, etc. Não tomamos os textos como algo a ser interpretado, decifrado ou entendido, tampouco como efeito de um determinado contexto, mas transversalizamos texto e contexto, mostrando que eles são efeito e também produtores do próprio contexto.

Segundo Pulice e Manson (2005), durante décadas, o único material bibliográfico específico sobre o tema do Acompanhamento Terapêutico foram alguns artigos publicados em Buenos Aires. O denominador comum destes textos eram os obstáculos que enfrentavam os acompanhantes em suas atividades, devido, entre outras coisas, à falta de uma clara linha teórica e de algum marco regulador de sua atividade. O multi-atravesamento de saberes é apontado pelos autores como possível justificativa para a diversidade de versões sobre sua criação e surgimento, e para a dificuldade de estabelecer um marco conceitual próprio ao AT. Os dois autores argentinos enfatizam reiteradamente a necessidade de construção desse marco, que parece vir sendo formalizado a partir de uma perspectiva psicanalítica.

O primeiro livro sobre o tema foi publicado por Mauer e Resnizky, na Argentina, em 1985 e era bastante guiado por um debate entre a Psiquiatria Dinâmica e a Psicanálise. O segundo e o terceiro livros sobre AT foram publicados no Brasil, respectivamente em 1991 e 1997, pela equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, trazendo como mote das discussões o trabalho na cidade. Desde então, ao longo desses anos, a produção de textos sobre AT, que era inicialmente escassa, vêm aumentando consideravelmente através da publicação de artigos⁸⁸, livros⁸⁹, dissertações e teses⁹⁰. Além disso, passaram a acontecer mais eventos e discussões sobre o tema.

⁸⁸ Em 2002 a Revista *Pulsional* traz artigos tratando do tema do AT; em 2005 a Revista *Estilos da Clínica* dedicam uma edição ao tema e em 2006 é a Revista *Psychê* quem publica uma edição sobre AT.

⁸⁹ Depois dos dois primeiros livros organizados pela Equipe de AT do Hospital-Dia A Casa, temos, em 1998 a publicação um livro organizado por Márcio Belloc, Károl Cabral, Nauro Mittmann e Eduardo Pelliccioli intitulado *Cadernos de AT: uma clínica itinerante*; em 2000 a publicação do livro de Kléber Duarte Barreto *Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*; em 2001 Maria Paula Cauchick publica *Sorrisos inocentes, gargalhadas horripilantes*; em 2004 Analice Palombini publica com nossa colaboração e de outros autores o livro *Acompanhamento Terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*; no mesmo ano há a publicação de Sandra Silveira Carvalho *Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?*; em 2006 Fábio Araújo publica *Um passeio esquizo pelo Acompanhamento Terapêutico*; no mesmo ano Ana Celeste Pitiá e Manuel Antônio dos Santos publicam *Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*; em 2006 a Equipe de AT do Hospital –Dia A Casa publica seu terceiro livro intitulado *Textos, Texturas e Tessituras*.

A partir dos textos, pudemos identificar diferentes vetores que compõem o plano da experimentação clínica do AT. Estamos tomando tais vetores como linhas que constituem o dispositivo, lembrando que o dispositivo é constituído de linhas de visibilidade, de dizibilidade, de poder e de subjetivação (DELEUZE, 2005). Cada vetor imprime certa força que tensiona com as forças dos outros vetores e é dessa forma que emergem os territórios, sempre por um efeito de vetorização. No território do AT, destacamos alguns vetores, algumas linhas que constituem, permeiam e modificam tal dispositivo: a *Psiquiatria*, a *Psicanálise*, a *Universidade* e a *cidade*. Entendemos que a Reforma Psiquiátrica também é um vetor de constituição do dispositivo AT, sendo também por ele interferida, além de ser um vetor de desestabilização de muitos contextos. Tomaremos em nosso trabalho o que ela assim tecida constitui-se como contexto para o AT. Destacamos principalmente a Reforma Psiquiátrica brasileira e nela, seu caráter de movimento, de embates e de lutas desestabilizadoras dos saberes que se pretendiam universais e hegemônicos, constituindo um tecido que permite justamente a criação de outros dispositivos no campo da saúde mental.

Nos textos de AT, parece haver uma preocupação em explicitar as definições (*o que é*) e os objetivos (*para quê*) do Acompanhamento Terapêutico. Com menor frequência, mas também com certa insistência, vemos comparecer o tema da indicação (*objeto a quem se dirige*), questão que certamente não se separa das anteriores. Mas o que os textos mais nos ajudam a perceber é o atravessamento dos diferentes vetores e as diferentes funções que o AT atualiza (*o modo como opera*), dando-nos algumas pistas das políticas da clínica nas quais o AT implica.

2.1 O Vetor Psiquiatria

Apesar das distintas versões sobre os começos do Acompanhamento Terapêutico, num ponto todas convergem: a ligação com a Psiquiatria (ROSSI, 2006). Embora ele tenha surgido num movimento que deixava de ter no saber da Psiquiatria a ferramenta exclusiva para o tratamento dos sofrimentos psíquicos, compartilhando terreno com outros saberes, o saber psiquiátrico esteve desde sempre presente nessa prática, de maneiras mais ou menos rígidas. O surgimento do AT parece então se inscrever em um panorama inovador frente à crise da clínica mais tradicional, tanto no âmbito psiquiátrico como psicanalítico, como veremos a seguir.

⁹⁰ Algumas dissertações e teses foram citadas no nosso primeiro capítulo, à exceção da tese de doutorado de Analice de Lima Palombini *Vertigens de uma Psicanálise a céu aberto: a cidade* de 2007.

Foucault (1989) nos ensina que cabia à Psiquiatria a função de normalização da diferença e de exclusão da desrazão no interior da instituição disciplinar por excelência: o manicômio. Que a loucura, como doença mental foi produzida em um determinado contexto histórico através de sua apropriação pela Psiquiatria⁹¹. Segundo Foucault (1995), a Psiquiatria emerge como campo de saber e dispositivo de poder no contexto de conformação da sociedade disciplinar (cuja relação de poder que estabelece é de assujeitamento), constituída pela disseminação maciça dos dispositivos disciplinares em todo corpo social, a partir do século XVIII, na Europa⁹². Houve então um processo de medicalização da loucura dirigido à massa presente no hospital geral, classificando os loucos e destinando-lhe um espaço específico: o hospício. Produziu-se um saber e um discurso sobre a loucura, que passaram a incidir sobre o alienado/doente mental em práticas de tutela e controle. O louco foi transformado em objeto de conhecimento e alvo do poder médico, de modo que “o único autorizado a enunciar um discurso verdadeiro sobre a loucura é o especialista, o técnico da insanidade disciplinada” (SANTOS, 2003, p. 114).

Entretanto, o discurso da Psiquiatria não incidiu apenas sobre o louco, mas ampliou sua abrangência do corpo individual ao corpo coletivo e descobriu a cidade. As estratégias passaram a ser dirigidas à população, através da higiene mental e do controle do desvio/anormalidade implicando na prescrição de estilos de vida saudáveis e da medicalização dos comportamentos. O poder psiquiátrico deixou de se passar somente no espaço fechado do manicômio, e de operar efetuando aquela rígida distinção entre loucura e normalidade, e passou a investir prioritariamente na indeterminação dos limites entre o normal e o patológico, tomando como foco principal de sua incidência as fronteiras abertas da depressão, do transtorno do pânico, da fobia social, etc. (Aguiar, 2002). A cidade também passou a ser tomada como objeto de intervenção de um saber especializado, apesar de se constituir, ao mesmo tempo, como vetor de resistência aos saberes especializados, como veremos a seguir.

⁹¹ Comentando sobre o trabalho de Foucault publicado no livro *História da Loucura*, Machado (2001, p. VIII) diz: “articulando o saber médico com as práticas de internamento e estas com instâncias sociais como a política, a família, a Igreja, a justiça, generalizando a análise até as causas econômicas e sociais das modificações institucionais, foi possível mostrar como a Psiquiatria, em vez de ser quem descobriu a essência da loucura e a libertou, é a radicalização de um processo de dominação do louco que começou muito antes dela e tem como condições de possibilidade tanto teóricas quanto práticas”.

⁹² Segundo o autor (apud PALOMBINI, 2007), é nesse contexto que se estabelecem as condições para o surgimento da Psicanálise, a partir de um processo que leva à implantação do modelo familiar na Psiquiatria, já no final do século XIX.

No Brasil, são as necessidades impostas pela explosão urbana que levam à instalação do saber e das instituições psiquiátricas no Brasil, com o objetivo da exclusão social aliada a um intenso esforço classificatório (PALOMBINI, 2007).

A teoria da degenerescência e do organicismo, portanto, com a qual a Psiquiatria europeia tratou de enfrentar a mesma problemática urbana, vai possibilitar ao alienismo brasileiro de então, ao lado dos seus procedimentos de exclusão, a medicalização de um amplo leque de comportamentos pessoais e sociais que se afastavam das normas da moral ou da disciplina (Idem, p. 90).

O alienismo brasileiro foi responsável então pelo esquadramento do tecido social e pelo aumento das internações, no intuito de forjar uma cidade organizada, asséptica, livre da ameaça da loucura. Com a Psiquiatria eugenista dos anos 20 e 30 o tratamento da loucura passou a ser atribuição exclusiva dos médicos psiquiatras e a prática asilar seria desinvestida em favor da prevenção. Entretanto, a Psiquiatria eugenista não abandonou o espaço do asilo, mas o fortaleceu através da ideologia da reprodução ideal do conjunto social no seu interior (CUNHA apud PALOMBINI, 2007).

Após a Segunda Guerra Mundial, as muitas críticas e reformas da instituição asilar culminaram nos processos de Reforma Psiquiátrica contemporânea, repercutindo em transformações na assistência psiquiátrica no Brasil, especialmente a partir dos anos 1970, quando essa passa a ter na perspectiva preventivista o carro chefe das políticas de saúde no Brasil (RESENDE, 2000). O preventivismo no Brasil dos anos 70 significou a reatualização do projeto de medicalização da ordem social, sendo iniciado apenas entre os anos de 1978 e 1980 o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, como Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Tal movimento foi ampliado, incluindo não apenas trabalhadores, mas também usuários, seus familiares e demais interessados sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, integrando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Na década de 90 o Ministério da Saúde afirma a política de saúde mental na perspectiva apontada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica através da instituição das primeiras normas federais (PALOMBINI, 2007) e da implementação de diversos serviços substitutivos ao manicômio.

É nesse contexto de embate político entre forças homogeneizantes e forças de questionamento do saber/poder da Psiquiatria que o AT se insere, sendo atravessado e constituído por elas. É também na década de 90 que ele se alia ao Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, como importante dispositivo junto aos Caps e Residenciais Terapêuticos. Embora na literatura sobre AT, a partir de diferentes alianças clínico-políticas, encontremos tanto trabalhos mais vinculados a uma Psiquiatria tradicional, como também

trabalhos aliados ao movimento da Reforma Psiquiátrica, não há dúvidas de que é na aliança com os últimos que as práticas manicomiais são radicalmente interrogadas e o AT junta forças ao Movimento de Reforma da assistência e da política em saúde mental.

Tais tensionamentos, presentes ainda hoje no contexto da saúde mental, se atualizam também no objeto a quem se dirige o AT e nas funções que o mesmo cumpre. Segundo Simões (2005) a clientela a quem inicialmente eram dirigidas as atividades de AT, desde as primeiras experiências nos anos 60, era composta por psicóticos adultos sendo expandida para crianças e adolescentes e outras condições de saúde incapacitantes nos anos 80. “No entanto, se no início tais práticas eram voltadas para o atendimento de pessoas em regime de internação psiquiátrica, com o decorrer do tempo passou a ser indicado para o período pós-internação e até, muitas vezes, para se evitar uma internação” (Idem, p. 79). O AT passou a ser apresentado como um recurso clínico destinado a pessoas – sejam elas crianças, adolescentes, adultos ou idosos – que em um dado momento de sua vida apresentam-se com dificuldades de manter sua circulação social, suas atividades cotidianas e sua rede de relações com o mundo (KEHDY, 2006). Autores como Carvalho (2004) afirmam que o AT se destina a diversos tipos de patologias e diagnósticos, tendo como elemento comum, nos mais diferentes casos, o fato do paciente estar acometido por um grave sofrimento psíquico, excedendo sua capacidade de suporte e elaboração.

Os acompanhantes da experiência do CETAMP pautavam as possíveis intervenções no trabalho de acordo com os seguintes diagnósticos: esquizofrenia, psicopatia, depressão, risco de suicídio e adictos (MAUER e RESNIZKY, 1987). Dos anos 80 para cá, percebemos que a demanda para Acompanhamento Terapêutico tem incluído uma diversidade de experiências, como o abuso de drogas, depressão, distúrbios alimentares, comprometimento orgânico, deficiências físicas e mentais, situações pré e/ou pós-cirúrgicas e o acompanhamento de pessoas idosas (SERENO, 1996). Tem sido também comum o trabalho com crianças autistas ou com Síndrome de Down (CARVALHO, 2004).

Em que pese a importância do trabalho e a riqueza dos relatos de acompanhamentos na literatura, percebemos ser ainda insuficiente a reflexão crítica quanto aos efeitos clínico-políticos dessas experiências, principalmente quando demasiadamente referidas aos diagnósticos. Consideramos importante atentarmos ao risco de que tais diagnósticos funcionem como referência para o trabalho a partir da lógica racionalista de “problema – solução”. O AT poderia, então, ser equivocadamente tomado como mais uma especialidade clínica, tal como poderíamos supor uma clínica da depressão, da psicose ou da drogadição, para citar alguns exemplos.

O parâmetro de indicação para AT não se faz a partir de qualquer diagnóstico a priori, mas sim quando identificamos momentos em que algumas pessoas encontram-se impedidas de exercer uma circulação, impedidas de movimentos em direção à vida (SERENO, 1997). São os momentos que costumeiramente nomeamos de crise e que não se referem a um sentido sintomatológico, mas sim dizem de uma crise no modo de experimentar a vida. A discussão feita pelos ats, na década de 80, quando foi realizado o Primeiro Encontro de Acompanhantes Terapêuticos no Rio de Janeiro, era justamente a de desatrelar ainda mais a prática do AT do saber da Psiquiatria tradicional. O risco de tal aliança era, e continua sendo, o de uma certa psiquiatrização da vida.

Quando o trabalho de AT ainda era denominado atendente ou auxiliar psiquiátrico, e o saber psiquiátrico se fazia presente com muita força, seu fazer era explicitamente submetido à coordenação de algum psiquiatra. Por mais que trabalhasse numa equipe interdisciplinar e ajudasse no planejamento das estratégias de tratamento, o at permanecia subordinado às direções de tratamento estabelecidas pelo psiquiatra ou, depois, pelo psicólogo e/ou psicanalista. Cabral (2005), analisando as funções do amigo qualificado descritas por Mauer e Resnizky (1987), nos mostra o quanto cabia a este transmitir informações para a equipe responsável pelo tratamento, num esforço de garantir que a intervenção fosse de responsabilidade da mesma. Para a autora, a mudança de nomenclatura – de amigo qualificado para acompanhante terapêutico – não garantiu uma mudança na função atribuída ao at, pois esta continuou sendo semelhante a de um atendente psiquiátrico, com o trabalho referendado no tripé proteção – vigilância – contenção.

Através da literatura, constatamos que, ainda hoje, alguns autores afirmam que o projeto terapêutico de acompanhamento deve ser indicado pelos responsáveis pelo tratamento do acompanhado, sendo esses os que sugerirão as estratégias para cada momento do processo de acompanhar. Nesses casos, o at pode escutar e dar continência ao paciente, pode incentivar ou desestimular certas atividades, pode funcionar como operador terapêutico entre o paciente e a família, mas não intervirá como terapeuta, nem será considerado um gestor do próprio cuidado que desempenha. Para alguns autores, o at ainda se assemelha com os auxiliares, que tinham o poder do “não” nos processos terapêuticos sem ter o poder do “sim”. Ele não tem autoridade para conduzir o tratamento, zelando apenas pela direção que o psiquiatra ou

psicanalista estabelece. Tal hierarquia define, de antemão, a função do at como função auxiliar, seja da Psiquiatria⁹³, da Psicologia e/ou da Psicanálise.

Ainda no que diz respeito ao estabelecimento de uma hierarquia no trabalho, diferentes textos enfatizam a importância do trabalho de AT ser realizado em equipe⁹⁴, mas podemos perceber, entretanto, duas diferentes posições em tais propostas. Uma em que o at é considerado como parte da equipe e outra em que ele é submetido a ela. Muitos textos propõem que tal fazer esteja submetido a um médico, psicólogo ou psicanalista, sendo esses os capacitados a definir a direção do tratamento.

De modo diverso, entendemos que as relações profissionais numa equipe de saúde não podem ser estabelecidas a partir de uma hierarquia, pois se trata, justamente, da necessidade de construção de um trabalho que é coletivo. Faz-se, então, extremamente necessária a diluição da importância das competências específicas e a redução da hierarquia entre os membros das equipes para que não haja apenas uma equipe multidisciplinar em que cada um tem um papel bem delimitado (BEZERRA JÚNIOR apud SIMÕES, 2005). Sandra Fagundes (apud CABRAL, 2005), secretária de saúde do município de Viamão na gestão em que houve concurso para at, considera “o acompanhante terapêutico como mais um profissional para integrar a equipe de saúde, contribuir para a inserção do usuário e criar vias de subjetivação para os mesmos, o qual não é nem superior nem inferior a nenhum outro profissional” (Idem, p. 35). Entendemos o at, portanto, como um importante personagem no estabelecimento da direção do tratamento, não estando hierarquicamente submetido a nenhum dos outros profissionais que possam vir a compor uma equipe.

Assim, o cenário de Reforma Psiquiátrica vem constituindo-se num movimento de descentralização do saber-fazer médico, na medida em que diferentes saberes vêm sendo convocados a enunciar um novo discurso sobre a loucura. A Reforma não produz a superação de saberes e fazeres, ela produz um movimento de desinstitucionalização. Ela não pretende acabar com a Psiquiatria, mas sim garantir a discussão política e uma transformação institucional.

O que é, portanto, nesse sentido “a instituição” nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto

⁹³ Comentando os primórdios do AT Reis Neto (1995) observa que, ainda que para uma determinada Psiquiatria o at se apresentasse como “auxiliar psiquiátrico”, o processo de acompanhar resguardava um espaço livre para experimentação.

⁹⁴ Carvalho (2002) descreve que a maioria dos acompanhantes terapêuticos faz parte de uma equipe de acompanhantes, embora muitas pessoas trabalhem de modo independente. Segundo a autora, o trabalho em equipe tem sido marca do AT e é indispensável para o sucesso do trabalho.

“doença”. Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se a “existência sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para esse objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001, p. 30-31).

Entretanto, ainda hoje, percebemos a presença de uma atenção em saúde médico-centrada, num movimento explicitamente contrário ao da luta pela desinstitucionalização. Não por acaso, no ano de 2002, inicia a tramitação no Senado do Projeto de Lei No. 25, que passou a ser conhecido e referido como Projeto de Lei do Ato Médico⁹⁵, e que representa um movimento em prol da centralização das ações de saúde pelos médicos.

Estelita-Lins, Oliveira e Coutinho (2006), ao apresentarem o AT como recurso terapêutico em Psiquiatria clínica, propõem a adoção de “medidas ou protocolos de atuação do AT em domicílio” (Idem, p.152) para o trabalho realizado com pacientes com risco de suicídio. Entendemos que mesmo nessas situações extremas, a criação de protocolos de atendimento apresenta-se como uma sobrecodificação do fazer do at, que fica então restrito a uma regulamentação do seu fazer: o que a sobrecodificação faz é justamente esquadrihar e enquadrar, estabelecendo padrões de normalidade que passam a ser definidores valores (BENEVIDES DE BARROS, 1994) como o que é certo ou errado, o que deve ou não ser feito e em determinadas circunstâncias. É assim que alguns autores propõem o AT como tendo função de correção e de adaptação da conduta dos acompanhados, tendo como referência o que é considerado como “normal”.

Se o paciente tem medo de sair de casa por causa dos seus perseguidores, o at vai junto à lanchonete para *corrigir* seu delírio. Mostra que é uma atitude normal, num bar, que duas pessoas estejam dando risada, mas que não estão rindo dele. [...] São todas situações que não aparecem nas sessões psicoterápicas, necessitam de *correção* no momento em que ocorrem e ajudam o paciente a crescer (SHIRAKAWA, 1992, p.95-96, grifos nossos).

Tal tipo de proposta clínica comparece no campo do AT produzindo modos de vida que se adaptem às convenções sociais, a partir de uma normatização que anula a singularidade das subjetividades. Como Chauvet (2002), entendemos que o Acompanhamento Terapêutico não pode ser um trabalho adaptacionista aos modos de funcionamento social no sentido de

⁹⁵ Projeto de lei 025/2002 que institui o Ato Médico, de autoria do ex-senador Geraldo Althoff (PFL/SC), cujo substitutivo foi apresentado pelo senador Tião Viana (PT/AC) se encontra em tramitação no Senado Federal e que regulamenta o exercício da Medicina, e centraliza na consulta médica a definição do tratamento aos usuários. Tal projeto estabelece uma hierarquia entre a medicina e as demais profissões do campo da saúde. “As atividades que ‘envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem indicação terapêutica são atos privativos do profissional médico’, segundo dispõe o parágrafo único do art.1º” (www.naoaoatomedico.com.br).

uma normalidade, em que o at corrigiria condutas do acompanhando, reduzindo seu trabalho à solução de problemas. Por isso mesmo, faz-se necessário ao at saber-se sempre ignorante sobre o que servirá a uma pessoa e não a outra, tendo o cuidado de não impor formas de vida. No trabalho de Acompanhamento Terapêutico, não há “correção” a ser feita, pois não existem normas e objetivos fixos (BARBOSA, 2006). A questão que o AT coloca é justamente a possibilidade de criação de regras e códigos em cada relação acompanhante/acompanhado que se estabelece, de modo que cada acompanhado possa criar novos modos de relação consigo, com sua família, com sua comunidade, com sua cidade.

As mudanças desencadeadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica remetem, portanto, a transformações que envolvem aspectos políticos, legislativos, administrativos, culturais, científicos, formas de se posicionar frente às diferenças, frente às certezas do mundo da razão. Todavia, um problema se coloca quando as propostas de inovação no campo da atenção à saúde mental são facilmente incorporadas e legitimadas como novas tecnologias (RUIZ, 2003). Apesar de novos nos nomes, os serviços e dispositivos podem (re) produzir antigas práticas, de forma genérica.

Transportadas ou importadas na forma de assessorias, cursos de capacitação, propostas de novos modelos de gestão ou de novos serviços a serem implantados, podem ser apenas consumidas como mais uma técnica, esvaziada de qualquer potência disruptora. Afinal de contas, é uma ‘exigência do mercado capitalista contemporâneo’ ter profissionais comprometidos, competentes, criativos, flexíveis e atualizados com as ‘novas tendências’. Além disso, a Psiquiatria, saber ainda hegemônico no campo da saúde mental, convive hoje com práticas diversas e às vezes contraditórias, tais como: eletrochoque, pesquisa/utilização de novos psicofármacos, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, grupos, etc. (Idem, p. 10).

Vemos que mesmo num contexto de desinstitucionalização, há uma tendência da Psiquiatria tradicional a agenciar-se com o AT de modo a reproduzir os códigos institucionais. Entretanto, o que se coloca como questão é justamente o AT constituir-se como uma práxis que rompa esses códigos, de modo que tratar o sofrimento signifique combater a doença-instituição. É nessa luta contra as políticas de homogeneização e de privatização da saúde mental, que o AT se constitui e se engaja para não acabar consumido como mero objeto “travestido e incorporado como mais uma prática médica, fazendo parte de um protocolo ou receituário, ao lado do remédio, internação, etc” (SILVA E SILVA, 1997, p. 219). Nessas situações ele seria reduzido a mais uma técnica com o intuito de adaptar e/ou socializar o paciente.

2.2 O Vetor Psicanálise

Segundo Birman (1996), no início dos anos 60, a Psicanálise no Brasil restringia-se a pequenos grupos em São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Belo Horizonte. Estes eram vinculados à Associação Brasileira de Psicanálise e à Associação Internacional de Psicanálise. Nos anos 80 ela se inseriu com maior abrangência na sociedade e ultrapassou suas influências iniciais restritas apenas ao Sul e Sudeste do Brasil, multiplicando os centros de formação psicanalítica. Psicólogos, até então não aceitos para as formações, uma vez que essas eram restritas aos médicos, iniciaram suas formações com psicanalistas argentinos, já que o concomitante processo de ditadura na Argentina favoreceu a imigração de psicanalistas argentinos para o Brasil (BEZERRA JÚNIOR, 1994).

Tais psicanalistas teriam trazido concepções distintas daquelas difundidas aqui pelas sociedades oficiais, inclusive criticando a limitação da prática analítica aos consultórios privados. As inovações que eles propunham eram objeto e instrumento de um debate acirrado na Argentina, suscitado principalmente pelo Contracongresso organizado em 1969, em Roma, como forma de protesto ao XXVI Congresso Internacional da IPA que se realizava na mesma ocasião. O Contracongresso foi organizado por grupos europeus descontentes com a política da associação e que pretendiam pôr em debate a formação psicanalítica, o significado, a função e a estrutura das sociedades psicanalíticas, o papel social dos psicanalistas, e as relações entre Psicanálise e instituições (KESSELMAN apud RODRIGUES ET AL, 2001).

Tais questionamentos redundam na formulação de críticas contundentes às ideologias burguesas presentes na Psicanálise oficializada, culminando na criação de uma comissão internacional encarregada de conectar grupos de trabalho em diferentes países. Elaborava-se, então, uma pauta de reivindicações, ou *Plataforma*, batizando assim o recém-criado movimento Plataforma Internacional (Idem, p. 142).

Em 1971, no XXVII Congresso Internacional da IPA, realizado em Viena, o grupo Plataforma Internacional posiciona-se pela afirmação do compromisso político dos psicanalistas com os povos que estavam empenhados em diferentes lutas. Nesse mesmo ano, todos os integrantes do movimento Plataforma Argentino e do Grupo Documento renunciam à APA e à IPA através de declaração pública e passam a se reunir com associações de psicólogos, de assistentes sociais e de psicopedagogos, constituindo uma frente sindical conjunta, a Coordenadoria de Trabalhadores em Saúde Mental (CTSM). Tal Coordenadoria implementou um Centro de Docência e Investigação (CDI), com o objetivo de oferecer uma

formação analítica alternativa aos trabalhadores de saúde mental. Com o golpe de 1976 e as conseqüentes prisões de alunos e professores, bem como prisões, assassinatos e seqüestros daqueles considerados subversivos, inimigos da família e da pátria, o Centro foi obrigado a fechar suas portas.

Segundo Rodrigues et al (2001), os psicanalistas argentinos chegaram então, ao Brasil num contexto também de ditadura. Comentando a vinda desses para a cidade do Rio de Janeiro, as autoras problematizam o tratamento em bloco dado a tais atores, apontando uma tendência de totalização-homogeneização dos mesmos. Segundo as mesmas, é comum a afirmação de que os psicanalistas argentinos tiveram um papel fundamental na modificação do contexto no qual as sociedades psicanalíticas se consideravam as detentoras da verdadeira Psicanálise. As autoras reafirmam a expressão “gerações de argentinos”, proposta por Coimbra (apud RODRIGUES ET AL, 2001), ressaltando que o termo “geração” não busca caracterizar um conjunto definido de agentes ou uma temporalidade específica, mas uma particular articulação entre estes elementos, preservando o vínculo entre a gênese teórica-técnica de tais práticas e a gênese social das mesmas (suas condições histórico-institucionais de existência).

[...] na primeira metade da década de 70 uma “primeira geração” de argentinos – modernizadora, desenvolvimentista, sanitaria-preventivista, grupalista em compreensão (kleiniana, bioniana, pichoniano-blegeriana) e em extensão (mães, gestantes, crianças, adolescentes, pacientes orgânicos, professores, instituições) – vem ao Brasil e logo retorna a seu próprio país, sempre respondendo às demandas formativas que ela mesma ajuda a produzir. Já na segunda metade da década, uma “segunda geração” – igualmente grupalista, contudo também freud - marxista, estruturalista, althusseriana, institucionalista, antipsiquiátrica, deleuze-guattariana, etc; em suma, “plataformista” – vem porque é obrigada a sair da Argentina em função do golpe militar de 1976 e tão cedo não pode retornar à terra natal. [...] enquanto a primeira geração era bem acolhida pelos hierarcas oficialistas da Psicanálise do Rio de Janeiro, a segunda só recebe, por parte deles, desqualificação e desprezo (RODRIGUES ET AL, 2001, p. 145).

No Brasil, os integrantes da “segunda geração” passaram a ser chamados de “os grupalistas”, indicando que suas práticas estavam voltadas para questões político-institucionais, enquanto os primeiros eram os que faziam Psicanálise. A nomeação de “grupalistas” passou a ter então uma conotação associada aos movimentos sociais que, naquela época tinham como uma das metas principais a luta contra a ditadura (RODRIGUES E BENEVIDES DE BARROS, 2003). Essa segunda-geração não colocou entre parênteses o

contexto sócio-político brasileiro daquela época e foi, sem dúvida, responsável por uma importante contribuição para o campo psicanalítico brasileiro.

As modificações nas instituições psicanalíticas tiveram, então, conseqüências culturais imensas no Brasil, pois possibilitaram o confronto entre diferentes modelos teóricos e clínicos, havendo inclusive um crescimento da pesquisa nessa área. Além disso, a Psicanálise foi introduzida na universidade brasileira através de cursos de mestrado e doutorado e reforçou sua articulação com os demais campos do saber (BIRMAN, 1996).

Nas décadas de 60 e 70 ela tornou-se uma das linhas teóricas presentes em alguns hospícios públicos e em comunidades terapêuticas, com inspiração nas experiências reformistas européias. Foi na década de 80, num momento de luta pela redemocratização do país, com o Movimento Sanitarista, com a vinda de Basaglia ao Brasil e com o recém articulado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que se efetivou a participação de psicanalistas na gestão, teorização e implementação de reformas nos grandes asilos psiquiátricos e ambulatórios públicos (BEZERRA JÚNIOR, 1992).

Castel relembra que a Psicanálise foi o principal operador das modulações na Psiquiatria, tornando-a capilar e possibilitando sua penetração em todo o conjunto social. Fraturando o caráter absoluto das categorias psiquiátricas, flexibilizando os limites entre normal e patológico e as modalidades de intervenção deste campo de saber, ela *desinstitucionaliza* a Psiquiatria e possibilita sua enobrecida recuperação. Conectando as palavras de Castel às de Foucault, podemos dizer que a Psicanálise opera uma paradoxal *despsiquiatrização* da Psiquiatria, ao deslocar o ponto de incidência do saber médico do asilo para a relação médico-paciente, que, doravante, será mediada pelas regras do encontro privado, do contrato livre e da liberdade discursiva (SANTOS, 2003, p. 170).

Sabemos que “a lógica psicanalítica atravessa a todos no campo da saúde mental, sejamos psicanalistas ou não” (Idem, p. 178). Entretanto, apesar de ter sido uma forte aliada ao movimento de desinstitucionalização, percebemos hoje uma tendência que insiste em tomá-la como a clínica da Reforma, algumas vezes, inclusive, definindo qual escola psicanalítica é capaz de dar conta do sofrimento mental. De modo análogo àquela Psiquiatria que se considera (va) detentora da verdade sobre a loucura, tal tendência reproduz uma lógica centralizadora e totalitária. É com essa pista que nos perguntamos de que modo a Psicanálise se agencia ao AT: de modo a juntar forças num processo de problematização e desinstitucionalização da clínica ou num processo de afirmar-se como o saber capaz de dar conta da experiência de AT.

Como vimos, no CETAMP, que contava com o amigo qualificado, e depois nas comunidades terapêuticas brasileiras que contavam com as figuras do atendente/auxiliar psiquiátrico, muitos dos profissionais tinham na Psicanálise um referencial teórico importante. Segundo Reis Neto (1995), a forte presença da Psicanálise no contexto da Clínica Vila Pinheiros no Rio de Janeiro e na prática do AT na Argentina contribuiu para sua ênfase como referência maior do AT no Brasil. Podemos certamente incluir o Hospital-Dia A Casa como tendo também contribuído para a presença psicanalítica no campo do AT.

Para Reis Neto (1995), o “saber” atrelado ao “fazer” do AT não era uma questão que incomodava quando ele estava diretamente ligado às comunidades terapêuticas, pois aquele era um momento fortemente marcado pelos movimentos de contracultura em que as identidades estabelecidas eram questionadas. Mas, num segundo momento, cresceu um movimento de dar aos ats uma identidade bem definida: ele seria o “auxiliar do psiquiatra” e seu “não saber” ganhou um novo valor e um novo sentido, agora não mais “terapêutico”, mas sim de “terapeuta menor”, justamente porque não sabia tanto.

Se podia desempenhar o acompanhamento, era porque esta atividade não era “tão terapêutica” quanto a que desempenhavam o psiquiatra e o psicanalista e portanto não demandava tanto “saber”. O acompanhamento seria uma prática "coadjuvante", devendo por isto ser feita por aqueles que ainda não possuíam uma formação profissional mais adiantada (Idem, p. 11).

Além disso, foi sendo construída a necessidade de que o acompanhante possuísse conhecimentos em teorias do sujeito, teorias da família, psicodiagnóstico etc, ao mesmo tempo em que procuravam situar o acompanhamento como uma prática clínica. A presença do aparelho conceitual psicanalítico foi se fortalecendo, então, com essa necessidade sentida por alguns acompanhantes terapêuticos de conceitualizar as experiências que vinham sendo vivenciadas junto aos seus acompanhados.

Era bastante presente uma sensação entre os precursores do AT de que havia um “fazer sem saber” e de que era preciso construir um saber específico ao AT⁹⁶. Contudo, é de nosso conhecimento que havia saberes compondo os modos de fazer dos ats. Tais como o

⁹⁶ Ao longo dos anos foi havendo uma aproximação crescente do trabalho de AT com autores como Freud, Lacan, Winnicott, Reich. Conceitos - ferramentas como transferência e interpretação passam a compor com o dispositivo AT (BERGER, 1991; CHNAIDERMAN, 1991; SERENO, 1996; GHERTMAN, 1997; SILVA E SILVA, 1997; HERMANN, 2005; METZGER, 2006; SANTOS, 2006, e outros). Muitos trabalhos têm referenciais em Freud, Lacan (SERENO, 1996; CABRAL, 2005; METZGER, 2006; RIBEIRO, 2006 e outros) e Winnicott (BARRETO, 2000; SAFRA, 2006; MAIA, 2006; e outros). Foram escritos também trabalhos como o de Pitiá (2005, 2006a, 2006b, 2006c) com um referencial em Wilhelm Reich e Alexander Lowen; e de Cauchick (2001) e Araújo (2006) com um referencial em Gilles Deleuze, Félix Guattari e Michael Foucault. Palombini et al (2004), Palombini, Belloc & Cabral (2005), Pellicoli (2004) e Fiorati (2006), trouxeram explicitamente à cena a discussão do trabalho do AT na rede pública de saúde brasileira.

saber médico, o psicológico e o da enfermagem. Mas eles pareciam não fornecer um suporte teórico suficiente para as experiências que vinham acontecendo. Por conta disso, houve um movimento de abertura para o encontro com outros saberes, entre eles o da Psicanálise.

Simões (2005), no que diz respeito aos pré-requisitos exigidos dos atendentes, afirma que existem contradições na literatura, pois, diferentemente de Reis Neto (1995) e Lápiz (apud SIMÕES, 2005), Zimerman (Idem) apontava uma necessidade do atendente ter conhecimentos psicodinâmicos para melhor cumprir sua função. Assim, o perfil dos acompanhantes foi mudando: “enquanto nas experiências do atendente psiquiátrico e do auxiliar psiquiátrico não era bem definida a formação necessária para desempenhar tal tarefa, a partir da experiência do acompanhante terapêutico estas condições foram sendo mais delimitadas” (SIMÕES, 2005, p. 83).

São muitos os trabalhos e, conseqüentemente, os textos da literatura sobre AT que têm como referencial teórico o saber psicanalítico. Carvalho (2002) descreve que a maioria dos acompanhantes que participaram do seu estudo afirmou ter a Psicanálise como referência teórica, e Simões (2005) afirma que a maioria dos textos analisados aponta esta teoria como embasamento para a compreensão e intervenção do trabalho de AT. Hoje, dada a expansão da Psicanálise também no campo dos serviços da rede de serviços de saúde mental, quando o AT se insere em tal rede, é também com a Psicanálise que ele muitas vezes compõe seu fazer.

Percebemos então, que ao longo dos anos os acompanhantes passam de um suposto “fazer sem saber” para um “saber para fazer”, a partir das aproximações com a teoria psicanalítica, que permitia que os mesmos se diferenciasssem do lugar de auxiliar ocupado por tanto tempo. Mas será que tal aproximação com a Psicanálise vem construindo uma trajetória em que tal fazer se pretende tão específico que se torna uma especialidade? Será que o encontro com a Psicanálise vem servindo para isso?

Ghertman (1997) refere-se a efeitos análogos à análise produzidos pelo Acompanhamento Terapêutico, a partir da possibilidade de abertura para outras significações que a própria rua, a cidade e os encontros oferecem. O autor propõe pensarmos o Acompanhamento Terapêutico dentro de uma prática com conceitos psicanalíticos, mas faz uma ressalva que nos parece fundamental:

Tivemos, com base em nossa prática, de promover ‘rupturas de campo’, estender os limites das paredes de nossos consultórios e sairmos às ruas (visto que um grande número de ats são analistas que trabalham no consultório). Propor que voltemos a pensar nossa experiência sob os mesmos parâmetros que nos ‘aprisonavam’ soa um tanto quanto ameaçador. Pensando melhor, talvez estejamos mais aprisionados do que

nunca, tentando manter uma certa assepsia em relação a esses conceitos que ainda nos garantem minimamente respaldados e seguros em nossa clínica de consultório. Penso que há aí um impasse. Impasse, esse, que se estrutura muito mais sobre preconceitos da clínica psicanalítica do que em um real conhecimento de onde atualmente os desdobramentos das ‘tramas dos conceitos’ podem nos levar. [...] A ruptura de campo na teorização do Acompanhamento Terapêutico é podermos nos apropriar do que já está aí, a *potência latente* dos conceitos de que dispomos, para, quem sabe, até mesmo poder superá-los. (GHERTMAN, 1997, p.237-238).

Autores como Chnaiderman (1991), Carvalho (2004) e Cabral (2005) reconhecem também a importância das muitas contribuições psicanalíticas, e propõem um referencial composto por diferentes saberes para a construção de um saber a respeito do Acompanhamento Terapêutico. Não são poucos os autores que consideram que o campo do AT não pode ser sustentado em um único saber, precisando ser fundamentado com base em diversos saberes. Além disso, criticam “a aplicação direta de idéias psicanalíticas oriundas da clínica em consultório a situações institucionais ou de Acompanhamento Terapêutico, bastante diversas daquela, sem levar em conta a especificidade de cada uma” (LERNER, 2006, p. 22).

Maia e Nery (1997) retomam o que Freud dizia sobre a Psicanálise dever ser reinventada a cada novo paciente:

A teoria deve servir à prática, ou seja, ela deve vir em decorrência de um posicionamento que comporta um certo tipo de ignorância, um olhar de estranhamento sobre o que aparentemente é óbvio e compreensível, o previsível lugar-comum... Não se trata de vestir o Acompanhamento Terapêutico com uma roupa teórica psicanalítica, tornando-o uma Psicanálise mal acabada. Mas sim criar pontos teóricos estratégicos que nos auxiliem a pensar essa prática (Idem, 1997, p.134).

Na medida em que o que se acompanha é a produção de mundos (BERGER, 1991), não há um “dever ser”, mas sim o acompanhamento da particularidade de cada experiência (BERGER, 2006). Nesse sentido, o dispositivo AT realiza uma clínica no/do movimento, nos ensinando a nós que a clínica é mais um saber-fazer (*know how*) do que um saber-o-que-deve-ser-feito (*know what*) e por isso, se constrói no movimento da experiência. Assim, os cursos dos tratamentos e os projetos terapêuticos vão sendo traçados no processo, constituindo, conforme apresentado anteriormente, um método que não constrói um percurso de encaminhamento para a verdade ou para uma meta previamente definida. A experiência clínica do AT radicaliza uma subversão dessa definição, quando constrói a meta no próprio

caminhar⁹⁷. E, se é assim que concebemos o processo da clínica, como um movimento que enquanto se faz cria suas metas, a fórmula “saber-fazer” é também revertida, tornando o fazer anterior ao saber. Seguindo as pistas da Socioanálise trata-se de transformar para conhecer. Assim sendo, aposta do AT não é num conhecer para fazer, mas num fazer para conhecer.

O aumento da produção científica acerca do Acompanhamento Terapêutico nos últimos anos parece indicar que os acompanhantes terapêuticos têm investido na reflexão e elaboração da própria atuação, realizando produções teóricas com ênfase na vivência prática. A riqueza dos relatos de acompanhamentos é uma forte marca encontrada nos mais variados escritos sobre AT e nos chama atenção justamente pelo fato de se diferenciar da maioria dos escritos clínicos, os quais costumam ser ricos em material teórico, mas pouco contam a respeito das experiências vividas. A generosidade nas descrições e o compartilhamento de reflexões críticas sobre o desenrolar dos acompanhamentos denotam a construção de um “fazer-saber” do Acompanhamento Terapêutico. “Fazer-saber” que compõe e articula saberes que são da clínica e de fora da clínica (“fora-clínica”) através de uma prática coletiva e comunicacional, implicada na construção coletiva de sentidos. A experiência de produção de conhecimento pressupõe, portanto, agonística, embate, combate, tensionamento de forças.

2.3 O Vetor Universidade

Ao longo dos anos, vêm sendo oferecidos muitos cursos de formação em Acompanhamento Terapêutico para aqueles interessados em aprender tal fazer⁹⁸. Além de cursos oferecidos por grupos privados de AT, algumas Universidades, principalmente através dos cursos de Psicologia (mas também de Terapia Ocupacional, Enfermagem e Medicina) vêm oferecendo estágios curriculares e/ou projetos de extensão em AT em parceria com serviços de saúde mental da rede pública de saúde.

⁹⁷ Anotações de aula, da disciplina “Subjetividade e Clínica” no mestrado de Psicologia/UFF no ano de 2005, ministrada pelos professores Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros. Anotações também da fala do professor na mesa de abertura do I Congresso Internacional, II Congresso Ibero-Americano, I Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico, no dia 07 de setembro de 2006.

⁹⁸ Na Argentina, houve a inclusão do tema do AT no curso de graduação de Psicologia da Universidade de Buenos Aires, bem como a criação de estágios em AT. Desde então novas instâncias de formação profissional de ats vem sendo criadas na cidade de Buenos Aires, em Córdoba e em outras cidades do interior da Argentina como Paraná (Entre Tios), Bahia Blanca y La Plata (Buenos Aires), Esquel (Chubut), Viedma (Rio Negro); Rosario (Santa Fé), Dan Juan y San Luis. O mesmo vem acontecendo em outros lugares da América Latina, como em Lima (Peru), Querétaro (México), Montevidéo (Uruguai), Porto Alegre, São Paulo, Belo Horizonte, Betim, Rio de Janeiro e outras cidades (Brasil).

No contexto brasileiro, nos primeiros anos da década de 80, no campo da saúde, deu-se a consolidação dos serviços públicos como locais de ensino e formação, de tal forma que avanços foram produzidos, “apesar das enormes oscilações políticas no período e do conservadorismo, quando não do franco reacionarismo psiquiátrico da maioria dos espaços acadêmicos” (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p. 178). Desde então, tal parceria vem possibilitando a “problematização dos saberes e práticas agenciados pela Universidade a partir do que é vivido e construído na interação com saberes e práticas produzidas pelos serviços” (PASSOS ET AL, mimeo).

Na medida em que muitas experiências de AT estabelecem os serviços públicos de saúde como campo de estágio, trata-se de atentarmos para a direção política dessa parceria, pois os serviços podem ser tomados única e exclusivamente como possibilidade de estágio, sem qualquer engajamento ético-político. O caráter institucional da educação, sustentado no tripé “pesquisa, extensão e ensino” não é suficiente para evitar o surgimento de práticas privatistas na articulação com a rede de saúde e dentro da própria Universidade. Mesmo num contexto de ruptura com a lógica manicomial, que deixa de ter como direção o espaço fechado dos manicômios e passa a tomar a cidade como campo de experimentação, ainda é “recente e insuficiente a incorporação pela academia dos inventos resultantes dos processos de desinstitucionalização da doença mental” (VICENTIN, 2006, p. 110).

Se a formação pudesse ser olhada do ponto de vista da loucura, seria fácil ver o quanto ela porta de uma lógica manicomial: instrumentalização e fragmentação do saber, distanciamento entre teoria e prática, distanciamento entre conhecimento e vida, hierarquia, autoritarismo, racionalidade não operativa, etc... Isso faz da academia, muitas vezes, um lugar da ordem e da reprodução, tão oposto ao acontecimento e à vivacidade e prazer da descoberta e da invenção conceitual (Idem, p. 110-111).

Discutindo a relação do AT com a Universidade, Vicentin (2006) afirma que o AT problematiza a própria idéia de formação, pois a experimentação clínica que ele possibilita diz de uma disposição transdisciplinar, ou transversal que embaralha as fronteiras disciplinares: “ao cruzar as fronteiras espaciais/institucionais, ao circular pelas escolas, espaços públicos, a clínica do AT põe em questão a fragmentação dos serviços e dos saberes” (Idem, p. 114).

No caso das produções coletivas de saber, é bom salientar que esta disposição transdisciplinar, a necessidade de aproximar disciplinas diferentes é interessante tanto porque os saberes são lacunares e chamam outros saberes em suas fronteiras e vazios, quanto para revigorar a imanência existente entre todos os saberes. Há um fundo não passível de ser recortado, de onde emergem as disciplinas como diferentes decisões, mas não como muralhas de conhecimento (Idem, p. 115).

O AT, a partir de sua criação operativa, “misto de expressividade, estilo e capacidade de reinvenção do mundo” (Idem, idem), de sua atitude relacional e do convívio radical com a diversidade, configura uma formação de pensamento, em contraposição à idéia de uma formação de verdade (idéias de universalidade, verdade, a dicotomia sujeito-objeto). Desta forma, ele coloca em análise a própria instituição da universidade e da formação, uma vez que esta última é comumente tomada como processo de “transmissão de verdades” descolada de uma política de construção de conhecimento.

A respeito da relação que se estabelece entre AT, universidades e serviços da rede pública de saúde nos chama a atenção o fato de ela vir se fazendo principalmente através de estágios oferecidos pelos cursos de Psicologia. Como já dissemos em nosso primeiro capítulo, desde primórdios do AT nos anos 70, os laços com a Psicanálise foram influenciando o perfil das pessoas escolhidas nas comunidades terapêuticas para serem ats. Na Vila Pinheiros, por exemplo, a equipe inicial era formada por leigos e passou cada vez mais a contar com estudantes de Psicologia interessados na clínica (REIS NETO, 1995). Parece que no transcorrer dos últimos 30 anos esse interesse dos estudantes de Psicologia em trabalhar como ats vem se afirmando. Carvalho (2002) descreve em seu estudo que atualmente os acompanhantes terapêuticos são predominantemente mulheres e com formação em Psicologia, seguidos por estudantes e terapeutas ocupacionais. Simões (2005) confirma tal formulação em sua pesquisa através de trabalhos científicos, afirmando que a maioria dos autores é do sexo feminino com formação em Psicologia.

Esse agenciamento entre Psicologia e Acompanhamento Terapêutico talvez seja um dos motivos pelos quais alguns dos textos sobre AT apresentem o acompanhante como sendo psicólogo, sem que isso seja posto em análise. Além disso, algumas instituições têm tomado tal formação como condição para o Acompanhamento, o que parece nos indicar um movimento tendencial de identificação do AT com a Psicologia. Todavia, nenhuma formação específica pode ser considerada pré-requisito para o exercício do AT e essa é uma questão para a qual precisamos atentar:

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. Também não se restringe àqueles que detêm diploma de curso superior (PALOMBINI, 2004, p. 87).

O agenciamento do AT com a universidade tangencia também o tema da supervisão. Alguns autores, como Mauer e Resnizk (1987), Marazina (1991) e Barreto (1996) enfatizam a importância da supervisão no/do trabalho de AT.

É preciso não só acompanhar como saber desacompanhar o percurso do paciente no seu labirinto fechado. Se nos propomos a criar deslizamentos, mal-entendidos, escorregões no seu trânsito circular dilemático, devemos ter quem nos ajude a deslizar, escorregar daquele ponto do roteiro, onde nossa cena ressoa univocamente com a cena do nosso acompanhado. Então, para isso, os espaços de discussão, de coletivização da prática, de supervisão, são indispensáveis (MARAZINA, 1991, p. 123).

Em que pese a importância da supervisão, ela também não pode ficar restrita a qualquer categoria profissional, tampouco ser tomada naquele sentido clássico de supervisão que termina por se constituir num espaço de controle da prática dos supervisionados. A supervisão se faz importante na medida em que produz um acompanhamento dos processos disparados pelos encontros entre todos os atores que compõem a rede de tratamento (at, equipe, acompanhado-usuário, família, vizinhos, etc), garantindo um espaço alteritário para os ats em relação às equipes dos serviços em que se inserem. Ela oferece o suporte necessário para os ats, problematizando os projetos terapêuticos dos acompanhados e possibilitando a produção de desvios e efeitos institucionais para além da dupla acompanhante-acompanhado. Nesse sentido, a supervisão, mas também a pesquisa e a produção de conhecimentos, no plano clínico-político em torno à função do Acompanhamento Terapêutico são determinantes da direção que assume o acompanhamento (PASSOS ET AL, mimeo).

A universidade, instituição de formação comprometida na definição de uma identidade profissional, dessa forma, responsabiliza-se por colocar saberes a serviço da comunidade e pelos processos de formação na direção da desmontagem dos clichês e dos saberes consagrados a partir de um alargamento dos espaços de atuação, trânsito e intercruzamento entre diferentes áreas na direção da produção de conhecimento numa perspectiva transdisciplinar, constituindo novas práticas (Idem). Por isso é fundamental o estabelecimento de tais parcerias entre a universidade e os serviços públicos de saúde, afirmando um compromisso com a produção de conhecimento entre ambos, consolidando uma formação voltada a realidade social do país e, ao mesmo tempo, difundindo e problematizando o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

É nessa perspectiva que o AT vem comparecendo nas práticas de ensino, pesquisa e extensão voltadas ao campo da saúde mental. Como vimos, em 1998, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, criou-se o Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede

Pública e em 2003, na Universidade Federal Fluminense, o Projeto de Acompanhamento Terapêutico, ambos explicitamente comprometidos com o mandato social da educação atrelado a um projeto de saúde pública e preocupados não apenas com a construção de um projeto em educação, mas também em saúde. Nesses projetos, não apenas as ferramentas clínicas são valorizadas, mas também os princípios que norteiam nosso sistema público de saúde (SUS). Além disso, constituem-se como experiências não apenas de estágio, mas também de extensão, mostrando que o AT opera um movimento para fora da universidade, constituindo uma formação comprometida com o que é de fora da universidade.

Na aliança com os serviços, as dificuldades se fazem visíveis e garantem um tensionamento necessário, de modo que a universidade não pode abster-se tão facilmente daquilo que a tensiona. Assim como os serviços não podem abster-se dos desafios da própria experiência de desinstitucionalização.

2.4 O Vetor cidade

Em diversas produções sobre o tema do Acompanhamento Terapêutico, sobretudo nas brasileiras, é marcante a ênfase dada ao mesmo como sendo uma clínica que se dá em saídas pela cidade: “conhecer a cidade, caminhar por suas ruas, explorá-la e se deixar tocar por ela, é, com certeza, uma experiência que poderá fundar um lugar melhor para o seu habitante. É esse o horizonte que guia o trabalho do at” (PALOMBINI ET AL, 2004, p. 41).

O tema da cidade se faz presente desde os primeiros escritos sobre Acompanhamento Terapêutico no Brasil. Dois deles trazem a rua e o espaço da cidade já no título: *A Rua como Espaço Clínico* e *Crise e Cidade* são os nomes dos dois primeiros livros publicados pela equipe de acompanhantes terapêuticos da instituição de saúde A CASA, tendo sido os primeiros livros de AT escritos no Brasil. Esses livros trazem a importância e a peculiaridade desse trabalho que se propõe a acontecer nas “ruas da cidade”.

Num desses livros, o Grupo Trama de acompanhantes afirma que grande parte da produção teórica sobre AT estabelece uma relação direta entre o fazer do acompanhamento e a rua, e conclui que a rua está para o at como o medicamento está para o psiquiatra ou a interpretação para o psicanalista. A rua seria o lugar de atuação do at por excelência, embora, em alguns casos, não seja a única possibilidade nem mesmo a mais importante. Ela está no horizonte do acompanhante e é dela que ele vem quando encontra seu acompanhado, levando consigo suas marcas (GRUPO TRAMA, 1997).

Caiaffa (1991) também traz a rua como o fio comum que caracteriza o trabalho do AT, entendendo a intervenção na rua, como aquela que se dá fora de um local definido, em locais de circulação pública (mesmo que esse espaço público seja uma residência). A autora destaca a ousadia nesse acompanhar que se dá atravessando ruas, esperando em filas, andando de ônibus, comprando roupas, fazendo ginástica, brincando e até mesmo encontrando amigos de ambos no meio das ruas, ou seja, em inúmeras situações possíveis.

Historicamente o AT é apresentado como a “clínica de rua”, conquanto muitos acompanhamentos iniciem-se entre quatro paredes para só depois ampliar este espaço e ganhar a rua (CABRAL, 2005). Richter (2004) também enfatiza o equívoco da idéia de que o *setting* do Acompanhamento Terapêutico é única e exclusivamente a rua, já que às vezes o acompanhamento se passa no interior da casa e mesmo do quarto.

Na medida em que os acompanhantes passaram a exercer seu fazer nas ruas, a cidade, “em sua rica variabilidade, passou a ser concebida como matéria constitutiva e primeira dessa clínica” (PALOMBINI, CABRAL e BELLOC, 2005, p. 43). Fenômenos do cotidiano urbano passaram a funcionar como materiais e atividades de tratamento (CARROZZO, 1991) num “fazer andarilho” (SILVA, 2006c), produzindo algo para além da dupla acompanhante-acompanhado que transitam pela rua.

É indiferente se o espaço da cidade toma, aqui, a forma de uma rua, uma praça, uma cama ou um quarto, quando se considera que cada um desses territórios pode revelar-se poroso à matéria do mundo para além de suas fronteiras mais ou menos estreitas, e que se os habita na perspectiva de um itinerário por vir. (PALOMBINI, CABRAL e BELLOC, 2005, p. 54).

Para alguns ats, a rua passou a ser o “cenário principal de uma dupla aventura que é acompanhar e ser acompanhado” (SILVA E SILVA, 1997, p.129). Para outros, ela não foi tomada como simplesmente cenário, pois essa idéia poderia nos remeter à psique como representação do mundo: as ruas da cidade não são como panos de fundo de uma história, mas são elas mesmas interpeladoras, lançando o sujeito em uma proximidade imediata ao mundo (PALOMBINI ET AL, 2004).

Segundo Palombini (1999), o AT é uma clínica em ato, em que a cidade (a rua, a praça, a casa, o bar) se oferece como campo múltiplo de possibilidades imprevistas, produzindo espanto e desacomodação. É uma clínica onde a palavra, mas também o corpo, os gestos e as atitudes compõem busca por alternativas para a construção de uma rede de atenção à saúde mental. Nessa modalidade de intervenção circula-se com o acompanhado, utilizando-se do espaço público não como cenário, mas como dispositivo para o ato terapêutico. A

cidade é tomada como protagonista, com seus sons, movimentos, transeuntes, cores e cheiros (BELLOC, 2005). O cotidiano não ilustra a vida, mas provoca-a. Constrói-se assim uma nova possibilidade de relação da loucura com a cidade através da sustentação de movimentos produzidos no acompanhante e no acompanhado (PALOMBINI, 2005).

Para Porto e Sereno (1991) “é marcante para um acompanhante operar na produção de uma (re) colocação do sujeito em funcionamento com a realidade urbana, de encontrar espaços onde a cidade incorpora o que ele tem” (Idem, p.26) de modo a aproveitar seus recursos e sua capacidade criativa. “Uma saída ao bar, ao museu, ao parque tem a intenção de ser um momento em que o sujeito, com a facilitação do estar acompanhado, exerça alguma coisa de sua potencialidade vital, o que, muitas vezes, tira-o do mergulho que pode estar fazendo em direção à morte psíquica” (Idem, p. 28). Caiaffa (1991) reforça a idéia de que a saída para as ruas possibilita “uma transformação deste social de algo mortífero e apavorante para algo que pode impedir a morte, que possibilita a vida”. Entretanto, enfatiza que isso só é possível se os acompanhantes não burocratizarem seu trabalho, “enclausurando o psicótico a uma circulação neurótica no social, ditando modos de estar alheios ao paciente” (Idem, p. 98).

É interessante que, na experiência carioca de AT da década de 70, Reis Neto (1995) pontua que quando os ats saíam para a rua, o fizeram em parceria com psiquiatras com tendências mais tradicionais de tratamento, de tal forma que a intervenção esperada dos ats deveria ser mais objetiva, de contenção, normatizadora e moralizante. Isso nos faz pensar um pouco sobre os modos de estar/circular na cidade.

Baptista (1999), em seu livro – A Cidade dos Sábios –, nos fala do contexto em que vivemos como sendo de desqualificação da rua e de sacralização do lar, lugar de enobrecimento. Para isso dá como exemplo uma certa experiência do viver na cidade do Rio de Janeiro:

Nos condomínios da classe média carioca, a segurança e a privacidade caminham juntas com o *apartheid*. Privacidades paranóicas temem perder referências de classes, que temem negros, trabalhadores braçais e a diferença. A vida condominizada solicita limites e barreiras que não só segregam, mas solidificam e afirmam a construção de identidades. Nesse território, as linhas divisórias de seus muros excluem, justificam e delimitam um social homogenizador, naturalizado, que defende e zela pela privacidade sem história que necessita de referências e de cercas para sua afirmação. Protegidas em confortáveis identidades, a classe média faz do diferente um incômodo forasteiro (BAPTISTA, 1999, p.38).

O autor nos alerta para o quanto essa moderna proposta de arquitetura e de subjetividade, sem ruas e esquinas, não se direciona para a praça pública ou para vizinhos. Ela

se assenta em inertes e solitárias formas de convivência. O morador dessa cidade, fragilizado pelos riscos da violência urbana e pelas exigências de consumo, ansioso por segurança e conhecimento de si, encontra nos condomínios, além de seus iguais, privacidade e tutela.

Não se trata, segue afirmando o autor, de moralizar, patologizar ou reduzir ao psicológico o diagnóstico de uma “sociedade doente”, mas de apostar na reinvenção do cotidiano. A tarefa necessária para a sobrevivência de nosso mundo humano passa justamente pelo estabelecimento de outras e melhores relações entre produção desejante e produção social, no sentido da expansão da vida.

Para tal tarefa, é preciso que avancemos na relação da clínica com esse modo de experimentarmos a vida na cidade contemporânea. Poderíamos fazer uma rápida relação entre esse morador dos condomínios e os profissionais de saúde mental e suas práticas, realizadas primordialmente dentro do espaço fechado dos consultórios, e possíveis produtoras também de intimização e privatização. Mas com tal relação correríamos o risco de construir uma falsa oposição entre público e privado, remetendo os atendimentos realizados em *setting* fechado a uma clínica entendida como privada e privatizante e aqueles realizados na rua como dizendo respeito a uma clínica pública. E não se trata disso. A aposta que fazemos é de uma experiência clínica sempre pública, coletiva, porosa às intensidades circulantes na cidade, aconteça ela num gabinete ou na rua. Porosas podem ser tanto as paredes do consultório, quanto as paredes das casas, de tal forma que o mundo entre por elas, possibilite a experimentação da vida e não apenas construções identitárias. Na rede de saúde mental, tal “luta pelas porosidades” vem sendo encampada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica através da luta pela desinstitucionalização da doença mental e é nesse sentido que a cidade passa a ser o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada (PALOMBINI, 2007).

Pelbart (2000), entretanto, aponta uma tendência atual da cidade genérica: um tipo de cidade uniforme que prolifera por toda parte, sem identidade, e sem passado. Uma cidade órfã, de arquitetura prática aliada a uma espécie de prática do pânico. Cidade de uniformidade apenas aparente, pois nela constatam-se desigualdades crescentes:

É que não há mais uma concentração do poder capitalista numa única metrópole, numa cidade mãe, mas como diz Guattari, a concentração ela mesma se esparrama por um arquipélago de cidades, isto é, por pedaços de grandes cidades, conectadas entre si pela informática, numa espécie de rizoma multipolar recobrando a superfície do Planeta. Pequenas ilhas de primeiríssimo mundo por toda parte, constituindo a cidade da elite global, rodeada de Terceiro Mundo por todos os lados, o mar dos excluídos, dos

inempregáveis, dos inúteis e sem préstimo. A cidade é desmembrada e satelizada pelo capitalismo (PELBART, 1999, p. 46-47).

A cidade perfeita do capitalismo é a afirmação da subjetividade como individualidade. O capitalismo não age sobre o homem, mas age produzindo outro homem. Ou seja, reduzindo a produção desejante às fantasias, interioridades e intimidades. O desenvolvimento do capitalismo agrava condições concretas que levam ao isolamento, ao esvaziamento da esfera coletiva, ao empobrecimento afetivo das cidades e a modalidades de controle sobre o campo da subjetividade que têm como efeito dissociar a produção da vida material da produção da vida em geral. Segundo Guattari (2001) vivemos atualmente num contexto de centralização da distribuição de sentidos e valores, que produz uma homogeneização dos territórios a partir de complexos equipamentos sociais. Esse sistema não funciona mais na base da repressão, mas na incitação do desejo, sob a condição de interceptar o acesso ao invisível, entulhando tudo de imagem até que o próprio gesto criador fique soterrado e não possa mais se lançar. Sendo assim, uma existência feita de territórios psicossociais padronizados. Esse modo de produção combina a incitação da força do desejo e a esterilização de sua potência criadora, operando uma captura deste para o investimento na reprodução do sistema capitalista e no fortalecimento de seu poder.

O capitalismo afirma-se através da opressão direta no plano social e econômico e através de sua instalação na própria produção de subjetividade. Ou seja, a ordem capitalística é projetada na realidade do mundo e na realidade psíquica. A produção capitalística equipou novos territórios subjetivos como os indivíduos, as famílias, grupos sociais, as minorias, e etc, homogeneizando-os. Na atualidade, o objeto do capitalismo é produtivo-econômico-subjetivo. O poder capitalista se desterritorializou em extensão e em intenção, constituindo uma lógica que aponta para uma ação no campo das competências subjetivas. Não se trata mais da exploração do trabalho, mas da exploração da vida (GUATTARI, 2001). Vemos acontecer uma estranha operação de mimetismo do capitalismo com a vida e uma das conseqüências de tal operação é que estar em movimento não significa necessariamente a garantia de espaços de passagem.

Na sociedade em que vivemos, há então, a produção de um misto de velocidade, paralisia e controle. A subjetividade vê-se presa a uma inércia de tal forma que o desafio consistiria em livrar-se do pseudo-movimento que nos faz permanecer no mesmo lugar e sondar que tipo de “meio” a cidade pode vir a ser, que afetos ela favorece ou bloqueia, que trajetórias ela produz ou captura, que devires ela sufoca ou libera, que forças ela aglutina ou

esparze, que acontecimentos ela engendra, que potências fremem nela e quais novos agenciamentos espera (PELBART, 2000).

Temos percebido claramente que não basta estarmos na rua com nossos acompanhados para garantirmos a circulação e o trânsito de fluxos de vida, pois, a cidade da modernidade propõe um movimento, mas barra o movimento do acaso, do inesperado. Convivemos com uma forma híbrida de controle que fixa, mas que também não deixa fixar. “Vamos circular!” parece ser a palavra de ordem. A saída para a rua não garante, por si só, a passagem de intensidades ou a emergência daquilo que estamos chamando de dimensão invisível da cidade. Pode acontecer de andarmos pelas ruas da cidade sem que nada nos toque, sem que nada nos faça vibrar, de modo que ficamos presos e privatizados em pleno espaço público. Tal risco nos faz lembrar de um dos sentidos daquele movimento de saída para as ruas dos ats, assinalado anteriormente por Reis Neto (1995) e por Ibrahim (1991): os ats levavam consigo o esquema proteção-vigilância-contenção.

A respeito desse risco na experiência de saída para as ruas do AT, Porto e Sereno (1991) assinalam: “é uma vivência que pode cair no silenciamento do corpo esfacelado, que pode endurecer-se numa saída ritual onde o sujeito não está implicado, reestabelecendo o isolamento e a exclusão” (Idem, p. 26-27). O autor também reitera que:

A prática de Acompanhamento Terapêutico nos deixa sensíveis para a variedade da cidade; variedade de pessoas, de ritmos, de materiais, de aproximações, evitações, de ocupações de espaços – abertos e fechados – que a cidade comporta. Apesar disso, tive noção do medo que sente a dupla acompanhante-paciente, já que ela também teme a cidade, vivida como perigosa. E de quanto o acompanhante pode ser um muro grosso que ‘protege’, insensibiliza, isola, dirige e impede um contato dessa dupla com o resto das pessoas no espaço público. Essa dupla pode se tornar uma bolha perfeita, cuja casca é o acompanhante, que viaja mergulhada na cidade sem ser tocada e sem se relacionar com a cidade (PORTO, 1997, p.44).

Sereno (1997) nos adverte para a possibilidade de produção de um movimento de fechamento no AT, em seu agenciamento com a cidade:

A questão da ampliação do espaço torna-se relevante, se pensarmos que ele pode ainda ser mais restrito: é o que se percebe em um grande número de acompanhantes que se preocupam fundamentalmente em preservar ‘espaços clínicos’, mesmo estando na rua; estando, enfim, absolutamente fechados em si mesmos e na relação, sem nenhuma abertura para o movimento urbano. Durante o processo de Acompanhamento Terapêutico são freqüentes esses ‘fechamentos’ na relação, muitas vezes necessários até para sustentar saídas à rua ou por determinados momentos do processo do paciente. O que não se deve perder de vista, no entanto, são as saídas: o Acompanhamento Terapêutico como clínica específica no tratamento das psicoses visa, essencialmente, ampliar os espaços de circulação e de

articulação do paciente com a cidade. Para isso, é fundamental que se esteja aberto para esse atravessamento urbano, para que a cidade e seus elementos possam participar ativamente do acompanhamento; do contrário, estaríamos apenas repetindo técnicas conservadoras e mantenedoras do *status quo*, segregativas e de exclusão⁹⁹, e isso é tudo o que não se quer (Idem, p.56).

É ressaltando perigos como os apontados por Porto e Sereno que Rolnik (1997) faz duas observações importantíssimas que os acompanhantes terapêuticos precisam ter sempre consigo:

Primeira: deslocar-se concretamente – para fora dos consultórios, dos ambulatórios ou dos hospitais (sejam eles dos que funcionam de dia e noite ou apenas dia) – em nada garante uma sensibilidade ao fora como nascente de linhas de tempo e, menos ainda, uma capacidade de acolher a dor da desestabilização que o surgimento de tais linhas provoca.

Segunda: é prudente precaver-se do perigo de constituir na rua, por meio do Acompanhamento Terapêutico, um novo dentro absolutizado, uma nova insensibilidade às reverberações das diferenças que se engendram no fora da subjetividade. Perigo de parar de nomadizar no tempo e de sedentarizar-se numa nova seção do supermercado de saúde mental, para infelicidade de nossos pacientes e de nós mesmos (Idem, p.95).

Ainda que não garanta por si só um movimento de desinstitucionalização, podendo ser feita de modo burocrático, tutelar e adaptacionista, parece que não há dúvidas de que a saída para as ruas da cidade, para fora dos muros do hospital, das portas dos serviços de saúde e dos consultórios vem se tornando a direção do trabalho dos ats. Se em alguns casos, tais saídas significam apenas uma mudança no cenário dos atendimentos, de modo geral, o encontro com a rua força o dispositivo ao seu limite, na criação de novas produções existenciais. A cidade não compõe o dispositivo no sentido de uma superação do trabalho, mas insere uma nova linha de subjetivação, que é necessariamente coletiva.

A clínica do/no AT na qual apostamos toma a cidade tal como Pelbart (2000) propõe entendê-la: como um universo dissonante e pluralista, mundo do perspectivismo nietzschiano onde não se trata de múltiplos pontos de vista sobre a mesma coexistência de cidadãos, mas de múltiplas cidades em cada ponto de vista, unidos por sua distância e ressoando por suas divergências. Entendendo que somos sempre interiores e exteriores à cidade, o autor enfatiza que precisamos fazer a cidade tornar-se vetor da imaginação e que talvez isso só seja possível se nos livrarmos da geografia mental que nos é imposta pela formatação do Estado (a forma da interioridade), e rearmos no próprio pensamento e na vida com a forma da cidade (a

⁹⁹ Cf. nosso terceiro capítulo, onde discutimos a questão da inclusão/exclusão.

forma da exterioridade). O autor sugere a cidade como uma metáfora do pensamento, isto é, o pensamento deveria poder perder-se na cidade, perder as referências, perder-se de si mesmo.

A cidade historicamente existe em função de uma circulação, de entradas e saídas cuja incumbência é fazer passar os fluxos. [...] Assim, *a cidade é rede*, multiplicação, fluidez, escape, dispersão. Ela é a relação com o fora, ou mais radicalmente ela é a própria Forma da exterioridade. [...] A forma-cidade é escape, exterioridade, dispersão, a forma-Estado é totalização, interioridade, estratificação. Isso significa que a cidade luta contra o Estado. Mas também contra o capitalismo, com o qual pretendem identificá-la, num jogo muito complexo (PELBART, 2000, p. 46-47, grifos nossos).

É essa dimensão de rede, de circulação de fluxos, de abertura para o fora, de luta e resistência que pretendemos afirmar aqui. E a noção de fora aqui não se confunde com o exterior ao consultório, ou a casa. Refere-se ao fora como plano das intensidades e a possibilidade de abertura na/da cidade para tais forças desindividualizantes. Refere-se à dimensão pública, coletiva.

Pelbart recorre a Benjamin para falar que o homem habita uma cidade real e é, ao mesmo tempo, habitado por uma cidade de sonho. A realidade onírica remete aqui ao sonho coletivo, ao sonho do coletivo, ao desejo do corpo coletivo, suas utopias e esperanças abortadas, as miragens e fantasmagorias que o assediam. O autor afirma que seria preciso evocar esse plano para falar de um aspecto da cidade que ele diz que poderia ser chamado de virtual. Ele aponta proximidades entre sua idéia de cidade e o que Guattari chamou de cidade subjetiva: subjetivo não significando interior, mas exterioridade, afirmando que não há coisa mais exterior do que a cidade. Deleuze e Guattari (1997) sugerem a cidade como a exterioridade por excelência, ou a forma da exterioridade. Assim, cidade e subjetividade deveriam ser a mesma coisa, desde que ambas fossem remetidas à dimensão de exterioridade que lhes é comum, ao plano do Fora, que não é exterior.

A cidade é o correlato da estrada. Ela só existe em função de uma circulação e de circuitos; ela é um ponto assinalável sobre os circuitos que a criam ou que ela cria. Ela se define por entradas e saídas; é preciso que alguma coisa aí entre e daí saia. Ela impõe uma frequência. Ela opera uma polarização da matéria, inerte, vivente ou humana; ela faz com que o *phylum*, os fluxos passem aqui ou ali, sobre as linhas horizontais. É um fenômeno de *trans-consistência*, é uma rede, porque ela está fundamentalmente em relação com outras cidades (DELEUZE E GUATTARI, 1997, p. 122).

Nelson Peixoto (1996)¹⁰⁰ propõe a idéia de paisagem para entendermos a linguagem da cidade: paisagens como imagens do invisível. As paisagens são vivas, plenas de palavras e de silêncios. Não se confundem com as descrições da cidade, nem com o lugar onde se está. Não são tratadas de maneira romântica, como elevação da alma ou encontro com a natureza. Tampouco se trata de um perspectivismo renascentista, em que o sujeito é exaltado na medida em que o sentido do mundo muda dependendo de quem olha. Ao contrário, a idéia de paisagem proposta não é promotora de identidades, mas sim promotora de deslocamento, de saída de si. A aposta do autor parece ser a da construção de uma força política no conceito de paisagem – ínfima, pequena, impessoal, e de tal intensidade, que desvia um caminho. Não se trata do que deve ser recuperado, mas daquilo que interrompe, que nos desloca, tirando-nos do lugar, abrindo espaços para a vida acontecer, abrindo passagens. A paisagem não diz de um lugar, mas de imagens em movimento, de passagens.

Benjamin & Lacis (2000) nos ajudam a avançar no sentido de atentarmos para o aspecto sensível da cidade através de uma concepção de cidade como improvisação. Ao contar-nos sobre Nápoles, os autores se preocupam em tirá-la do cartão-postal e deixar que ela apareça em sua dimensão de cidade invisível. A invisibilidade é da ordem do que não está etiquetado. Trata-se de um plano onde todo o possível é convocado. O invisível se dá no ato; é efeito de um jogo; é produzido num jogo de produção de sentidos; é inventado e não algo que está latente. As imagens das cidades invisíveis nunca são congeladas.

Os autores contam que em Nápoles evita-se cunhar o definitivo e nada está pronto, nada está concluído. Nápoles como uma cidade de arquitetura porosa: porosidade necessária para a abertura ao imprevisto, ao acaso, ao Fora de que nos fala Foucault. Poderíamos pensar a porosidade também como coeficiente de transversalidade (GUATTARI, 1981). Ou seja práticas de atravessamento e conexões, atravessamento de corpos, o que nos remeteria a noção de um sujeito efeito dos atravessamentos do desejo. Não um sujeito atravessado por passagens, mas feito delas. Tal porosidade diz então de uma abertura para arriscar-se, que nos remete ao conceito de caráter destrutivo de Benjamin (2000), que refere-se a um modo, uma operação. Com tudo, não remete a uma noção psicológica, mas refere-se à destruição da continuidade do tempo, à saída da clausura de uma identidade.

¹⁰⁰ “Uma outra paisagem, então se descortina se não nos limitarmos às descrições costumeiras dos turistas, dos fiscais, dos cartógrafos e dos moradores habituais das cidades. Uma outra maneira de ver, um outro paisagismo. Cidades invisíveis se deixam entrever, ao se buscar contemplar estas paisagens essenciais” (PEIXOTO, 1996, p. 311). Falando sobre os filmes do cinema mudo, o autor nos diz: “Não é apenas o passado do cinema que se mostra nestes filmes. Estamos sendo confrontados com uma outra coisa: uma presença, vibrando particularmente nestes rostos e paisagens. É isso – esta evidência de algo que não podemos ver nem definir, mas que nos arrebatava – que dá consistência a estas imagens” (Idem, p. 301).

Tomando a cidade como símbolo do possível, trata-se da invenção de possibilidades nas saídas e de fazermos como nos indicou Calvino (1999): saber e reconhecer quem e o quê, no meio do inferno, não é inferno, e preservá-lo, abrir espaço. Em *Despina* (Idem), cidade confinada entre dois desertos, cada cidade recebe a forma do deserto a que se opõe. Diferente da imagem árida, na proposta do autor, o deserto parece nos sugerir um lugar onde as coisas podem acontecer. Ou melhor, talvez não remeta exatamente a um lugar, mas ao fora, isto é, um aquém ou além dos contornos visíveis e dizíveis do mundo objetivo e subjetivo, um aquém ou além da representação. Plano das forças, das intensidades, plano do invisível.

O at é como um “malabarista”¹⁰¹, como um “saltimbanco”¹⁰² implicado na produção de modos de viver, aventurando-se pelas ruas, casas, quartos, serviços, cinemas, parques, shoppings, mercados, experimentando os imprevistos, transformando as mentalidades e os hábitos coletivos. No trânsito pela cidade, mesmo que o at esteja enrijecido em uma posição teórica e/ou numa posição mais objetiva, normatizadora e moralizante, ele é forçado nos seus limites para uma necessária abertura. Acompanhante e acompanhado se vêm tomados pelas forças da cidade, lançados no plano das sensações.

Está na cidade o desafio a ser enfrentado por uma clínica que não quer se colocar como referência única, que busca o alargamento dos modos de habitar para que nela possam habitar também as subjetividades loucas (PALOMBINI, 2007). Ela se constitui dessa forma, então, como vetor de desestabilização das diferentes instituições, colocando em evidência a necessária criação de projetos clínico-políticos capazes de produzir novas redes de sociabilidade. Tais projetos aliam-se à criação de novos modos de subjetivação e de novos modos de relação com a loucura e com as diferenças. A cidade é, então, disparadora de novos processos, liberando linhas de subjetivação: ela força o dispositivo do AT ao seu limite, constituindo-se como possibilidade criação de novas produções existenciais. Ela possibilita criação, resistência e processos de libertação. Ela é vetor de existencialização.

¹⁰¹ Idéia apresentada por Mariana S. David no trabalho “Uma clínica refletida na cidade” numa mesa de tema livre do I Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico, no dia 8 de setembro de 2006.

¹⁰² Idéia apresentada por Thomas Brogiollo no trabalho “O AT na perspectiva da fátia: a força da composição grupal nas cenas de grupo de saída” na mesma mesa de tema livre.

3. FORATEXTO - FUNÇÕES QUE O DISPOSITIVO AT ATUALIZA

Na medida em que traçamos o contexto em que têm acontecido as experiências de Acompanhamento Terapêutico e os vetores que compõem o dispositivo AT, percebemos que os textos constituem o efeito e também são produtores do próprio contexto. É no tensionamento entre texto e contexto que se produz um foratexto do AT: o plano das relações de poder que se estabelecem nesse campo.

Segundo Araújo (2006), o acompanhar é próprio da clínica, de tal forma que a clínica é sempre acompanhamento:

*O que queremos afirmar é que, além de um dispositivo, de uma forma de fazer clínica, isto é, o modus operandi de determinados clínicos, o Acompanhamento Terapêutico é o modus operandi da própria clínica, ou seja, o acompanhamento está presente em qualquer lugar onde a clínica se dê. Dupla afirmação nesse sentido: o acompanhamento é apenas uma forma de fazer clínica; o acompanhamento é a forma pela qual a própria clínica se faz. [...] o Acompanhamento Terapêutico aparece como a forma própria da clínica, isto é, o que é próprio da função da clínica. Todavia, o que vem a ser essa função? Responderemos, antes de qualquer coisa, que é função de passagem referenciada e evidenciada pelo próprio ato de passar (ou passear) pela cidade. Porém, se afirmamos a passagem como função da clínica não é unicamente pelo fato de o Acompanhamento Terapêutico passear pela cidade e sim porque passeando pela cidade *ele faz passar algo*, e aí nesse *fazer passar algo* encontramos a clínica (ARAÚJO, 2006, p.20).*

Para Palombini (2007), em que pese tal afirmação (de que toda a clínica é Acompanhamento Terapêutico), o AT carrega uma especificidade. A autora se pergunta sobre qual singularidade o AT marcaria em relação ao campo da clínica ao mesmo tempo a ele retornando para radicalizar os seus sentidos. Tal questionamento convoca-nos a afirmar, então, um específico do AT para além de todo especialismo.

Araújo (2006) afirma que o AT comparece como uma função clínica, que se atualiza em diferentes dispositivos clínicos. Queremos propor uma reversão nesta afirmação e definir diferentes funções clínicas que se atualizam no dispositivo AT.

Ao colocarmos o dispositivo AT em análise, deparamo-nos com algumas funções que ele opera, diferente daquelas funções de proteção, controle e adaptação, bem como de auxiliar do psiquiatra, psicólogo ou psicanalista e de extensão e representação da equipe terapêutica. A partir de uma posição clínico-ético-política, destacamos aqui as funções clínico-políticas produtoras de subjetivação e não de sujeição. São elas: função micropolítica, função de transversalização, função deslocalizadora e analisadora da clínica, função rizomática, função

de resistência aos modelos centrípetos e analisadora do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, função de territorialização, função inclusiva e, por fim, função de publicização ou de geração de um plano comum na clínica. Tais funções estão separadas apenas didaticamente, pois se articulam e adensam umas as outras.

3.1 Função micropolítica ou de conversão da minoridade em devir minoritário

Podemos acompanhar, nos textos sobre o Acompanhamento Terapêutico, uma mudança do nome amigo qualificado (Argentina e Brasil) e auxiliar psiquiátrico (Brasil) para acompanhante terapêutico. As justificativas para a modificação da nomenclatura nos dois países são distintas e nos apontam dois movimentos em direções também distintas.

Na Argentina, várias foram as discussões em torno do nome e, visando uma maior discriminação na relação acompanhante-acompanhado, optou-se pela denominação acompanhante terapêutico. Segundo Mauer e Resnizky (1987) a denominação de amigo qualificado passou a ser entendida como incompatível com o tipo de relação que se estabelecia, já que valorizava o componente afetivo. Com a mudança para acompanhantes terapêuticos entendia-se que a tarefa terapêutica ficava enfatizada.

Segundo Cabral (2005), a mudança de nomenclatura pôde fazer deslizar o sentido do vínculo entre acompanhante e acompanhado, mas não garantiu um caráter terapêutico ao at. Este seguiu com funções como as do atendente psiquiátrico, pois o território de intervenção junto ao paciente seguiu sendo demarcado como da equipe e não do acompanhante. Além disso, havia um desaconselhamento quanto ao uso da interpretação como recurso do at, devendo a mesma ficar reservada ao profissional considerado habilitado e que, na maioria das vezes, era um psiquiatra ou psicanalista.

Também no Brasil, como vimos, até determinado momento, o auxiliar psiquiátrico “desempenhava tão somente um papel de auxiliar mesmo, de psiquiatras e/ou psicólogos responsáveis pelos atendimentos. Questões relativas ao diagnóstico, perspectivas clínicas, intervenções terapêuticas baseadas em técnicas e teorias psicológicas estavam fora de sua competência” (PELLICIOLLI, 2004, p. 45)¹⁰³. Justamente trazendo à cena a discussão do quanto se sentiam ocupando um lugar “menor” em relação aos outros modos de fazer clínica no Brasil, em 1984, foi realizado o Primeiro Encontro de Acompanhantes Terapêuticos no Rio

¹⁰³ Percebemos que esse tipo de discurso se faz presente ainda hoje, principalmente através daqueles que parecem querer garantir “seus lugares” de analistas e defendem que não cabe ao acompanhante terapêutico, por exemplo, interpretar.

de Janeiro. Nesse encontro, os auxiliares colocaram em discussão o modo como estavam trabalhando, questionando se não estariam reproduzindo no cotidiano do acompanhado, os mesmos princípios da Psiquiatria tradicional, que esperava (e ainda espera) do AT uma intervenção puramente objetiva, de contenção, normatizadora e moralizante (FIORATI, 2006).

Como vimos no nosso primeiro capítulo, diferentemente dos motivos argentinos, foi esse importante questionamento que levou os ats brasileiros a buscar um novo nome. Substituindo assim auxiliares psiquiátricos por acompanhantes terapêuticos (SERENO, 1996). Tal questionamento e conseqüente mudança configuraram-se como reafirmação de um movimento de ruptura com a terapêutica baseada na tradicional Psiquiatria (RICHTER, 2003). Embora aparentemente preocupados com a questão identitária, os ats produziram um deslocamento interior ao dispositivo, pois argüiram sobre suas funções, descolando-as daquelas de auxiliar da Psiquiatria.

Araújo (2006) supõe que talvez o nome amigo qualificado tenha surgido em função da impossibilidade de qualquer ideal de neutralidade comparecer no Acompanhamento Terapêutico, “sugerindo uma certa aproximação entre as partes envolvidas na relação” (Idem, p. 119).

O *amigo qualificado* foi então uma forma de fazer clínica que não se separava de uma intervenção política no campo da saúde mental, que não se separava de uma *prática de liberdade* e da criação de *novos direitos relacionais*. [...] é quando o *amigo qualificado* quer construir uma teorização e uma justificação clínica sobre o que faz que surja o movimento de mudança de nomes. Para que tal teorização se dê o *amigo qualificado* se afastará de sua base político-clínica na Psiquiatria social e se aproximará, agora como Acompanhamento Terapêutico, de uma inflexão estritamente clínica buscada na Psicanálise. Mesmo que, como veremos, essa manobra vá jogar o Acompanhamento Terapêutico em uma espécie de engodo que faz dele uma prática terapêutica entendida como menor. Ou seja, o *amigo qualificado* perde sua especificidade política se tornando assim Acompanhamento Terapêutico, porém o agora Acompanhamento Terapêutico, diante das outras formas clínicas e importando suas concepções de subjetividade, se torna uma prática clínica destituída do valor de uma clínica *stricto sensu* (ARAÚJO, 2006, p. 32).

O AT, tal como era praticado na década de 90 no Rio de Janeiro, ocupava “um espaço intermediário entre uma prática psicoterápica reconhecida como profissão e um estágio pré-profissional” (REIS NETO, 1995, p. 4), sendo quase sempre investido como um meio e não como um fim na formação clínica. O meio a que se refere o autor, diz respeito ao fato de que as pessoas que realizavam esse trabalho muitas vezes não queriam ser acompanhantes

terapêuticos, mas sim psicólogos, psiquiatras e/ou psicanalistas e o AT acabava funcionando “como uma ‘ótima escola’ para futuros terapeutas” (Idem, p.5). Tal postura considerava o AT como experiência para iniciantes, questão que não se sustenta mais, na medida em que há o reconhecimento de que tal trabalho comporta sem dúvida uma grande complexidade¹⁰⁴. Sabemos que “a saúde mental operada no território é uma práxis complexa, em oposição à simplificação que faz funcionar um manicômio” (LANCETTI, 2006b, p. 52).

A necessidade de uma sistematização teórica parece ter sido produzida por uma insistência em julgar o AT como uma “clínica menor”, como uma prática coadjuvante. A sensação entre os ats parecia ser de que precisavam garantir uma identidade e uma teoria capaz de sustentar essa prática deslocalizada do consultório, de modo a se sentirem reconhecidos e valorizados. A condição minoritária em que se encontravam ao propor uma clínica no território, fora dos espaços fechados e fora de uma lógica manicomial, era confundida com uma condição de menoridade.

Para Deleuze e Guattari (1997) uma maioria é sempre numerável e supõe um estado de dominação. A minoria, por sua vez, se define como um conjunto não numerável¹⁰⁵, independente do número dos seus elementos. A minoria faz valer a potência do inumerável, que não se mede por sua capacidade de se impor no sistema majoritário, mas justamente de fazer valer uma força dos conjuntos não numeráveis. Ela é a fórmula das multiplicidades, é devir de todo o mundo (Idem, 1997b). “No entanto, é preciso não confundir ‘minoritário’ enquanto devir ou processo, e ‘minoria’ como conjunto ou estado” (DELEUZE E GUATTARI, 1997, p. 88). O minoritário diz daquilo que foge ao padrão dominante do *socius*: “todo devir é um devir minoritário” (Idem, p. 87).

Percebemos então que o que há de devir minoritário no AT é muitas vezes considerado como menoridade e por isso um movimento de contorno sintomático do campo começa a ser traçado numa busca pelo saber supostamente capaz de emprestar uma identidade para o at. No

¹⁰⁴ Ao falar da complexidade de trabalharmos em *settings* não fixos, em movimento, Lancetti (2006b) propõe o conceito de complexidade invertida. “No sistema de saúde existe uma hierarquização que pode ser descrita da seguinte forma: os processos simples como programas de aleitamento materno, programas para diabéticos e hipertensos, enfim todas aquelas ações desenvolvidas em unidades básicas de saúde, situadas no bairro em que as pessoas moram, são procedimentos simples, de baixa complexidade. Os procedimentos realizados em centros cirúrgicos e hospitais de grande porte como cirurgias de transplante de órgãos, cirurgias cardíacas, etc. são procedimentos de alta complexidade. Na saúde mental ocorre exatamente o contrário: os procedimentos realizados do outro lado do muro do hospital psiquiátrico, nas enfermarias ou nos pátios; as atividades desenvolvidas nas clínicas de drogados são procedimentos simples e que tendem à simplificação. [...] As ações de saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade, sejam eles universos culturais locais, de culturas originárias, mídias, religiões, etc., são ações complexas” (p. 107-108).

¹⁰⁵ “O que caracteriza o inumerável não é nem o conjunto, nem os elementos; é antes a *conexão*, o ‘e’, que se produz entre os elementos, entre os conjuntos, e que não pertence a qualquer um dos dois, que lhes escapa e constitui uma linha de fuga” (Deleuze e Guattari, 1997b, p. 173).

campo discursivo do AT, este aparece como uma prática atrás de uma teoria, daí as interfaces dele com a Psicanálise e com a universidade (a partir principalmente da Psicologia)¹⁰⁶. É como se houvesse um certo mal estar da minoridade e uma certa desatenção com o que o AT tem de devir minoritário: constituir-se numa operação de desinstitucionalização da própria clínica. Faz-se necessária uma reversão do negativo em positivo, da condição de minoridade para uma potência minoritária isto é, uma micropolítica ativa.

3.2 Função de articulação da clínica com o não clínico: operação de transversalização

Segundo Reis Neto (1995), ao longo da construção do dispositivo do AT, houve uma alteração no perfil do acompanhante. Partindo do leigo (aquele que não sabe) para o estudante (aquele que está aprendendo) e deste para o profissional de psicologia (aquele que sabe). Para o autor, “apesar de tentarem conferir à sua prática um outro estatuto profissional e teórico, os acompanhantes nunca deixaram de lado este aspecto de sua prática que vem desde o tempo das comunidades terapêuticas: esta coisa meio solta, meio sem lugar” (Idem, p. 230). O autor identifica, inclusive, a figura do amigo qualificado com a concepção e a atitude em relação à doença mental proposta pela psiquiatria democrática, na qual Basaglia propõe um modelo de atendimento em saúde mental no qual os técnicos fossem todos um pouco acompanhantes. Traz à cena a figura do voluntário, surgido em Trieste, que tinha como premissas de seu trabalho a “finalidade política comum” dos trabalhadores e não a “profissionalização”, embora aponte que esse, diferentemente do at em seu contexto de origem brasileiro e argentino, surgiu sob um enfoque predominantemente político-social, inserido num sistema público de saúde.

Camargo (1991) sugere que o fato de ser comum aos ats serem considerados pelos seus contratantes como moças e moços talentosos e não como profissionais de uma “especialidade espinhosa e de alta exigência emocional” (Idem, p. 58), serviria como pano de fundo de muitas crises de identidade dos acompanhantes terapêuticos. Tal incômodo foi gerando entre os ats a necessidade de construção de uma identidade própria. Autores como Reis Neto (1995), Ghertman (1997), Pelliciolli (2004) e Araújo (2006) nos ajudam a problematizar tal busca por um referencial identitário, pois afirmam que a identidade é sempre provisória e que a potência do trabalho do acompanhamento depende em parte da “falta de identidade” do acompanhante, que garante a abertura para novas formas de se conceber e

¹⁰⁶ Embora na experiência do Projeto de AT da UFRGS tratava-se antes de uma teoria em busca de uma prática.

operar a clínica. O surgimento do AT se dá no limite entre os saberes da Psiquiatria, da Psicologia e da Psicanálise no encontro com outros vetores não clínicos, e é nesse multi-atravesamento que reside sua potência. Isto é, a possibilidade de situar-se nesse espaço limiar entre diferentes disciplinas. Em que pese tais saberes constituírem o dispositivo, o mesmo não pode ter sua singularidade subordinada às idiossincrasias e estereótipos de psiquiatras, psicólogos e psicanalistas, pois teria sua potencialidade de atualização de virtualidades radicalmente novas certamente enfraquecida (BAREMBLITT, 1997).

Aquilo que vimos acontecer desde a década de 60 até os dias atuais, é uma modulação do dispositivo. No caso brasileiro, certamente o AT vem sendo influenciado pelas conquistas e transformações do próprio processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Quando o AT surge, seu fazer aparece muito submetido a um saber médico e psicológico, e aos poucos é que se abre para o encontro com outros saberes, num processo de ampliação do fazer clínico. O movimento de ida às ruas surge como possibilidade de abertura para que o não clínico da clínica possa ser nela incluído, de modo a ampliá-la. O fato é que, com o processo da Reforma, novas abordagens de tratamento foram sendo criadas e um movimento em direção para fora dos hospitais e das clínicas psiquiátricas foi se efetivando. Foi havendo uma ampliação da clínica através do investimento em práticas não mais hospitalocêntricas nem médico-centradas. A abordagem terapêutica e o próprio campo de atuação foram se dilatando, de tal forma que o espaço público passou a ser um campo possível para a circulação da loucura. Mais do que um movimento para fora dos manicômios foi sendo feito um movimento para fora da própria lógica manicomial.

Sabemos que mesmo imbricados num processo de desconstrução da lógica manicomial, os dispositivos de saúde podem simplesmente reproduzir o processo de produção de subjetividades privatizadas, restringindo-as ao domínio de marcadores psicopatológicos. Se os dispositivos ficam presos a um campo de saber específico (médico, psicológico ou psicanalítico, por exemplo) correm o risco de se verem privatizados e cronificados. Quando os profissionais ficam presos ao que seriam seus campos específicos de saber, o trabalho em equipe acaba resultando numa soma dos diferentes olhares de cada especialidade, caracterizando um trabalho multidisciplinar. Ou ainda, pode acontecer a criação de uma zona de interseção entre as diferentes especialidades, caracterizando um trabalho interdisciplinar. Mas essas duas possibilidades mantêm as fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes. É a transdisciplinaridade, como vimos, que traz a proposta de transversalização dos saberes (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2000).

O processo de democratização da saúde produziu mudanças no modo de pensar e fazer ações em saúde, de tal forma que a própria clínica se movimenta no sentido de experimentar o seu Fora (a cidade, a política, os movimentos sociais), interiorizando-os. Experimentando uma crise que implica num processo de diferenciação, a clínica é ampliada (PASSOS E PITOMBO, 2000), rompendo com práticas de saúde hegemonicamente médico-centradas, operando a desinstitucionalização do paradigma racionalista problema-solução.

É nessa perspectiva que o AT passa a ser pensado não mais como um auxiliar da Psiquiatria, mas como um dispositivo que faz transversalizar diferentes saberes. Assim, uma das funções do AT é a própria transversalidade operada entre os saberes (ARAÚJO, 2006), numa atitude de transdisciplinarização das ações em saúde, colocando em questão a própria noção de disciplina. O AT se constitui como dispositivo híbrido, não pertencendo a nenhuma disciplina específica e é exatamente por isso que goza de uma certa liberdade de atuação. Tal liberdade e riqueza do trabalho do at se devem ao fato do mesmo não possuir uma formação regulamentada e poder ser exercido tanto por profissionais com curso superior (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, professores de educação física, artistas plásticos, etc.) quanto por agentes de nível médio e técnico (PELLICIOLLI, 2004). “A clínica do AT é um dispositivo de produzir profissionais para além das disciplinas” (VICENTIN, 2006, p. 115).

Como bem nos ensinou Foucault (2001) “trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome de uma ciência detida por alguns” (Idem, p.171).

Segundo Passos e Benevides de Barros (2000) a clínica não pode ser separada daquilo que poderíamos denominar como não-clínico (o campo político, ético, estético). Componentes teóricos, tecnológicos, estéticos, éticos, econômicos, políticos e afetivos se atravessam nesse plano a partir do qual a realidade se constrói. A clínica afirma-se como experiência limiar, numa zona de indefinição entre a clínica e a política, a ética e a estética, numa “estranha zona limite” em que o que se distingue não se separa.

Desnaturalizar os especialismos é, portanto, questão central para aqueles que repensam a produção do conhecimento, que problematizam as dicotomias. Não se trata, entretanto, de negar o poder do saber do especialista, isto seria uma farsa. Farsa liberal. Cabe-nos pensar sobre seu funcionamento, sobre as práticas que tem implementado e sobre o desmonte daquelas que em seu próprio nome desqualificam as demais. Eis o nosso desafio: ocupar o lugar do especialista, desmontando-o a cada momento (BENEVIDES DE BARROS, 1994, p. 160).

Chama a atenção no trabalho do AT justamente o movimento transversal que opera, entrecruzando as mais variadas referências políticas, econômicas, sociais, culturais, sexuais, etc., desestabilizando os limites identitários e produzindo diferenciações. A clínica habitando o limite, operando a transversalidade de saberes e práticas, regimes discursivos e extra-discursivos. Portanto, o que atesta a legitimidade pretendida pelos ats, é menos uma formalização e regulamentação do que a força das próprias experiências e os efeitos terapêuticos e institucionais que produzem, tanto para os acompanhados quanto para os contextos em que se inserem. Buscamos assim escapar de uma institucionalização do AT que pretenda definir uma identidade que fecha o AT em uma unidade totalizada (e totalitária), garantindo tal prática a uns poucos reconhecidos como especialistas. Tal movimento esforça-se em afirmar os limites entre as disciplinas, o que nos indica um não reconhecimento da experiência transdisciplinar, acarretando inevitavelmente numa ênfase no discurso da competência.

3.3 Função deslocalizadora: o AT como analisador da clínica

O AT desloca a clínica do consultório, seu território por excelência e “invade” outros territórios, como casas, quartos, carros, ruas, shoppings, padarias, ônibus, praias, etc. Dessa forma, desterritorializa e equivoca o espaço instituído do setting analítico. Na medida em que tem a cidade como campo de experimentação, o AT tensiona constantemente a clínica em seus limites, evidenciando que ela se dá no limiar da própria experiência.

Apesar do AT acontecer noutros espaços que não o do consultório, não podemos dizer que a deslocalização da clínica limita-se a uma diferença espacial. Mais do que deslocalizar o espaço da clínica, o at inventa uma nova atitude clínica. Não queremos, portanto, evidenciar somente uma alteração de lugar no sentido espacial, topológico (topos), mas sim a convocação de uma nova atitude (ethos). O território desperta uma outra sensibilidade clínica, principalmente em função de acontecimentos que não são produzidos nem pelo analista nem pelo analisando, mas que têm a força de reconfigurar o contexto de análise. Dessa forma, no Acompanhamento Terapêutico, ativamos uma abertura e uma prontidão para o imprevisível, que não deve ser apreendido somente pela escuta flutuante. Escutar, olhar, caminhar, definem não só uma escuta flutuante, mas sim uma “corporalidade flutuante”. Os elementos que compõem o território passam a ser manejados numa operação dita transversal, onde os passeios definem uma nova atitude e uma nova subjetividade.

Na medida em que entramos em contato com a dimensão de movimento da própria clínica, o sujeito, aquele supostamente imbuído desse saber, é colocado em questão. A partir de sua ação no território, o at deslocaliza a própria clínica, inventando um novo ethos e com isso, põe em análise a própria clínica. O AT se afirma, assim, como dispositivo clínico-político que é o analisador da própria clínica. Assim, as intervenções deixam de ser localizadas no analista, ficando a função de análise deslocalizada dos analisadores, que podem ser qualquer evento, situação ou pessoa com potência de catalisar os fluxos e fazê-los falar. A clínica deixa de estar referida a um lugar e passa a ser uma função que pode ser exercida por qualquer um.

Deslocalizar e despessoalizar a clínica significa afirmar um plano comum, um domínio público resultante de uma operação transversal e em rede. A afirmação que se faz necessária, portanto, não é a de um lugar, nem de uma categoria profissional, tampouco de um perfil do AT. As questões que se colocam são “como então sustentarmos esse não lugar? Como afirmarmos tal posição limiar do AT?”.

A questão do “lugar que corresponde ao AT no sistema de saúde mental” parece-nos então uma falsa questão, tal como “de quem é o AT?”, “quem pode ocupar esse lugar?” e “onde se passa a clínica?”. Há uma tensão entre apostar na abertura para o encontro com múltiplos e diferentes saberes e em delimitar com precisão os contornos do campo, tornando-o demasiadamente referido a um saber, seja ele médico, psicológico, ou psicanalítico. O resultado desse contorno duramente estabelecido pelos códigos de ética ou pelos estatutos das associações acaba sendo a captura do AT numa especialização. A busca por uma identidade e conseqüentemente por uma regulamentação da profissão do at se faz como sobrecodificação do AT tomado como funções. Se ele não é uma categoria, uma identidade profissional, se ele é um conjunto de funções porque põe a funcionar dispositivos clínico-políticos, o esforço de transformá-lo numa profissão é operação de sobrecodificação¹⁰⁷, ou seja, de sobreposição de um código sobre outros como tentativa de tornar hegemônico o fazer AT, de dominar as linhas de fuga “prendendo-o” num lugar.

A experiência de AT, paradoxalmente, se dá desmanchando os rígidos contornos dos territórios identitários: os acompanhados são deslocados do lugar de doentes mentais, os

¹⁰⁷ “Ela [a sobrecodificação] funciona, nos modos de produção capitalísticos, por desterritorializações/reterritorializações sucessivas e intermitentes. [...] O território pode se abrir, se engendrar em linhas nômades ou de fuga ou pode se sedentarizar. Nos dois primeiros casos há chance de criação, invenção de saídas; no terceiro, o que pode ocorrer é a cristalização de certas linhas, levando ao isolamento-dificuldade de conexões ou ao fenômeno do ‘tudo é sempre igual’, repetição identificada a um ‘mesmo que paralisa’” (BENEVIDES DE BARROS, 1994, p. 151-152).

acompanhantes do lugar de “*experts*”, os consultórios e os serviços de saúde do lugar de refúgio salvador, de modo que todos experimentam seus limites. Esse processo de deslocalização e dessubjetivação faz a clínica operar nas fronteiras de seus saberes e fazeres. O plano da clínica está sempre na passagem de seu domínio para outro, operando no limite. A clínica se dá nesse plano em que os domínios de si e do outro, do clínico e do não clínico se transversalizam e por isso a substituição da pergunta “onde a clínica se passa?” por “o que se passa na clínica?” (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2003). Ela se dá num não lugar, ela se situa na travessia, na passagem; ela se dá em passagens. Enquanto atitude, enquanto ética de intervenção, a clínica apresenta-se como uma experiência de desvio. O que importa é pensarmos o que se passa quando a clínica se dá (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2001).

3.4 Função rizomática ou limiar: operação em rede

No campo do AT, partindo do pensamento complexo de Edgar Morin, Carvalho (2004) apresenta a idéia de trama: “no AT, se está o tempo todo refazendo a trama. Trama da história de vida, trama dos hábitos, trama das redes sociais, tramas dos sonhos e desejos, trama dos projetos de vida” (Idem, p.49). O at é muitas vezes quem mapeia a rede social do acompanhado, realizando junto com ele rearranjos das/nas redes das quais tais indivíduos fazem parte, ajudando-o a usufruir as oportunidades de trocas suscitadas no âmbito das suas redes. Tais redes podem incluir desde a família até os amigos, colegas de trabalho e/ou de estudo, vizinhos e pares comunitários. “Assumir a relevância da perspectiva de rede no campo do AT implica assumir que quase nunca estaremos lidando pura e simplesmente com as pessoas que acompanhamos” (Idem, p. 53).

Deste modo, o AT potencializa a construção de um “olhar em rede” (HERMANN, 2005), que leva em conta as diferentes relações que o usuário/acompanhado constrói. Mas, mais do que isso, na medida em que produz, amplia e/ou mapeia uma rede de relações com múltiplos atores (usuário, família, CAPS, PSF, UBS, outros serviços da rede de saúde e de outros setores, coletivos de trabalho, serviços e pessoas da comunidade do acompanhado, espaços da cidade), o AT produz modos de cuidar de tal forma que quem acompanha é a rede. Assim, o desloca de si a função de cuidado, construindo um cuidado que se faz em rede.

Nesse sentido, faz-se necessária a ampliação dos pontos dessa rede, a partir da criação e conseqüente análise crítica de novos espaços que permitam um “trançado mais aberto”, possibilitando o acolhimento dos usuários e uma maior circulação dos mesmos na rede social

(rede-*socius* ou no *socius*-rede). Mas não é essa ampliação, nem as passagens de um ponto ao outro o que garante a qualidade do cuidado e sim o tipo de relações que se estabelecem entre os diferentes pontos dessa rede – a passagem dos fluxos.

Precisamos ter claro que o mais importante nos funcionamentos em rede não é a forma da rede, mas a força que liga, que conecta essa rede, ou seja, que tipos de agenciamentos e conexões se produzem, que tipos de relações de poder se estabelecem. Como vimos, as forças estão sempre em relação, se ligam e se põem a funcionar de certas maneiras (quentes ou frias, como distinguimos anteriormente, por exemplo). Essa certa maneira de se pôr em funcionamento é o que Foucault chamou de diagrama, uma estratégia do poder¹⁰⁸. Existem dois funcionamentos da força: força livre e força diagramatizada, sendo o plano da diagramação das forças, o plano do poder (DELEUZE, 2005). A rede tem, então, uma dimensão voltada para os estratos e outra voltada para o diagrama. No caso da rede de saúde, por exemplo, podemos pensar que os serviços de saúde e seus saberes constitutivos (médicos, psicológicos, sociológicos, etc) compõem os regimes de dizibilidade e visibilidade de uma rede. Isso é o que permite que uma rede seja dita rede de saúde e não de outra coisa qualquer. Porém a rede não se reduz aos estratos. O que garante que uma formação histórica seja colocada em relação com uma outra, de genealogia distinta, é o poder. Logo, é o diagrama que relaciona aquilo que parece não ter relação, constituindo uma rede¹⁰⁹.

Essa rede da qual falamos é uma rede virtual. Por ser virtual, ela precisa ganhar atualidade. “O atual é o complemento ou o produto, o objeto da atualização, mas esta só tem por sujeito o virtual. A atualização pertence ao virtual” (DELEUZE E PARNET, 1998, p. 174-175). Portanto não se trata de uma rede imaginária, ela é real. Muitas vezes ela ganha a forma de uma rede de serviços ou de uma equipe de tratamento, mas ela não se restringe a essa dimensão formal.

A relação que se estabelece então nesse modo de cuidado não é mais interpessoal (analista-analisando, acompanhante-acompanhado), o que vem à tona é a dimensão sempre coletiva da clínica, a dimensão das redes de relações nas quais os processos de produção de saúde e de subjetividade se efetivam. Assim, o acompanhamento não diz respeito a uma relação dual na qual apenas aspectos transferenciais (representacionais) estariam em jogo,

¹⁰⁸ Como vimos na nossa caixa de ferramentas, o poder é diagramático. Ele não passa por formas, mas por pontos que marcam a aplicação de uma força, a ação ou reação de uma força em relação às outras. As relações de poder não emanam de um ponto central, mas vão de um ponto ao outro no interior de um campo de forças (DELEUZE, 2005).

¹⁰⁹ Em sua dissertação de mestrado, Santos (2003) descreve o diagrama que engendra as práticas psiquiátricas do contemporâneo, modulando disciplina e biopolítica, indivíduo e população, através dos efeitos das reformas psiquiátricas iniciadas no pós-guerra.

mas sim graus de transversalidade, experiências de ruptura em que todos os vetores presentes nas ruas da cidade entram em jogo. A intervenção não vem mais apenas do dito acompanhante, mas da rua, ou ainda, da rede.

A respeito da experiência do AT, a clínica vê-se deslocada de seu lugar supostamente natural (o consultório) produzindo uma desterritorialização dela mesma. O AT evidencia que a clínica se dá num lugar que já não porta nem espacialidade nem temporalidade dada, de modo que a experiência clínica não é localizável. Isto é ela se dá no entre-dois das formas, nesse não-lugar que é ele mesmo um espaço qualquer. O AT se faz enquanto clínica sem local fixo, num não lugar, no “meio”, no “entre”, sempre em relação com uma paisagem da cidade, constituindo-se como uma clínica peripatética (ARAÚJO, 2006), realizada em passeios, num “caminhando”.

Como bem nos indica Brasil (2002), para pensarmos uma relação clínica que “escape das práticas e discursos instituídos, que compõe uma *demanda naturalizada* por parte de uma subjetividade sofredora a um agente perito previamente adaptado e legitimado à escuta e interpretação da mesma” (Idem, p. 153), precisamos justamente instalar-nos no “entre” ou “no meio”. O “entre”, aquilo que está no “meio”, segue uma orientação de proliferação, como no sistema rizomático e não tem como referências da origem ou do fim, mas privilegia as conjunções. O que vem à tona é caráter híbrido, limiar da clínica: “a experiência-limite é a experiência da ruína dos limites. Nela não se nega nada, pois não há nada para ser negado, a não ser um limite sempre novo, mas precário, combustível etéreo para um movimento infinito” (PELBART, 1989, p. 87).

Um aspecto limite do AT apresenta-se quando o at é convocado a se deparar com todos os inusitados e imprevistos que a vida pode suscitar. A dinâmica que rege o AT seria assim a de uma ausência de um padrão preestabelecido, uma flexibilidade radical (CARVALHO, 2004). O AT não é, portanto, um trabalho de solução de problemas, tampouco uma prática adaptacionista aos modos de funcionamento da cidade, das famílias ou dos serviços de saúde. Ao contrário, produz intervenções, mas não no sentido de assegurar a manutenção e/ou o reforço dos territórios já constituídos, reestabelecendo alguma ordem de conexão com os movimentos do invisível e com os fluxos que ainda não se atualizaram (BENEVIDES DE BARROS, 1994). O AT produz problematizações, desestabilizando as formas, pondo-se como mediação, como intercessor, na medida em que toma a própria cidade como espaço de conflitos e de negociação, de dissensos e de lutas (PALOMBINI, 2007).

Assim, o AT é um dispositivo que se monta sempre no limite das instituições, numa zona limite, funcionando muitas vezes como articulador, mas também desestabilizador das

relações cristalizadas presentes nas famílias e também na rede dos serviços de saúde. Na medida em que funciona como um dispositivo que opera numa função limiar, o AT produz como efeito a desestabilização das oposições sujeito/objeto, clínica e política, rompendo com a lógica dicotômica. E é justamente no limiar, na fronteira das instituições que se dá o aquecimento das redes. Apostamos nessa função limiar ou de fronteira exercida pelo at no tratamento, no sentido de um “entre” que não estabelece um limite entre exterior-interior, um “entre” que não mantém a dicotomia sujeito-objeto.

Ainda que o AT opere radicalizando a deslocalização na clínica, fazendo com que de fato se construa uma rede de cuidados, paradoxalmente, o acompanhante terapêutico é muitas vezes tido como a referência dessa rede. No que diz respeito às famílias¹¹⁰, elas costumam experimentar a entrada do at de forma contraditória: “por um lado o acompanhante é recebido como quem vai ajudá-los a minimizar o sofrimento, por outro, ele é sentido, em muitas ocasiões, como ameaçador ou intruso, já que sua mera presença alardeia o lugar de dependência e cristalização da dinâmica familiar” (MARINHO, 2006, p. 133). Cerqueira (2006) destaca que a família normalmente projeta no AT expectativas de desempenho nos papéis nos quais ela experimenta dificuldades, buscando no at um ponto de apoio para suas angústias. Segundo a autora, a família geralmente percebe gradativamente a necessidade do trabalho, o que não a impede de apresentar manifestações mais ou menos veladas de ciúmes, inveja, raiva, boicotes e outras. O at torna-se então uma referência e um suporte não apenas para aquele a quem acompanha, mas também para a família que, em geral, apresenta-se cansada e/ou desesperançada quando lança mão da estratégia do acompanhamento. Dessa forma, na medida em que compartilha com a família os projetos e responsabilidades quanto ao tratamento, o at intervém na dinâmica de funcionamento da mesma.

O mesmo acontece algumas vezes na entrada do at para uma equipe de saúde, quando este é colocado numa posição de referência da/na própria rede de tratamento. Tal referência fica localizada no at para permitir que o cuidado circule e que a própria função da qual ele se ocupa possa ser uma função da rede. Talvez nesse ponto a idéia de deslocalização, que apresentamos acima, ganhe uma melhor consistência. O AT permite que a função do cuidado seja deslocalizada e multiplicada por diferentes pontos que constituem uma rede, tornando múltiplas as referências.

Nessa estranha posição de referência, é também desnaturalizada a separação, muitas vezes presente no campo da Reforma, principalmente nos Caps e Residenciais Terapêuticos,

¹¹⁰ Na rede privada, as demandas de AT vêm principalmente das famílias dos acompanhados.

entre técnico de referência e terapeuta, entre atenção psicossocial e clínica. Essa falsa separação faz com que a primeira fique relegada a um lugar subalterno, de complementação da função clínica, cuja propriedade supõe-se então detida apenas por alguns iniciados (SANTOS, 2003). O AT faz coincidir tais termos, desenredando-se dessa querela.

O at é também, muitas vezes, um mediador das conexões possíveis de se (re) fazer entre o acompanhado, a família, outros serviços ou pontos da rede de tratamento nas quais ele se insere, e a cidade. Um mediador entre o acompanhado e o mundo, transitando pelas ruas da cidade e sendo o fio que às vezes liga a rede terapêutica (BELTRÃO, 2006; RIBEIRO, 2006; AGUIAR JÚNIOR, 2006; MARINHO, 2006). Frequentemente é o acompanhante quem media a comunicação entre os profissionais que compõem a rede de tratamento, funcionando como um articulador. Muitas vezes o projeto clínico de AT é construir uma rede de profissionais (que não existe ou que precisa ser modificada) que opere de modo singular com cada acompanhado (HERMANN, 2005).

Em geral é ele que estabelece o contato, que demanda encontros, reuniões, discussões, que une os fios desses pontos geradores e sustentadores de movimento. Essa potência de articulação que o acompanhante possui, advém da liberdade de atuação da própria clínica do acompanhamento. Cerzir, alinhar espaços concretos, criar conexões – tais entrelaces, asseguram uma superfície mínima de sustentação dos lugares de pertencimento e continuidade temporal ao acompanhado e também nos situam no turbilhão das diferenças de ritmos em que nos propomos imergir (MARINHO, 2006, p. 140).

Entretanto, dessas mesmas potencialidades do AT (ser referência, articulador, mediador, etc.), decorrem os riscos de ele ser naturalizado e sacralizado como receita mágica. O acompanhante então pode ser encarado como aquele que faz as conexões, fecha as amarras e “tapa os furos” (das equipes, da rede de serviços). Nesse caso, o equívoco é fazermos da rede um manto, que a tudo cobriria e do at um “salvador da pátria” ou “herói” e do usuário/acompanhado uma vítima que precisa ser salva¹¹¹. Teríamos assim a reprodução de práticas tutelares da/na clínica segundo a lógica de instituição total dos manicômios que produz sempre novas cronicidades. Segundo Benevides de Barros (2003): “sabemos bem que algo se cronifica quando paramos seus fluxos, quando naturalizamos nossas explicações,

¹¹¹ Leal (2002) nos dá uma pista bem importante quando fala do risco dos Caps e seus profissionais serem tomados como heróis salvadores da pátria perante aos usuários vitimizados: [...] no afã de defender os loucos fomos capturados por uma tendência de vitimizá-los. Há, nessa atitude, uma potência perigosa. Sob essa perspectiva, a direção das nossas ações segue num rumo que parece contrariar nosso projeto. Por quê? Porque a vitimização é uma forma de ver o paciente psiquiátrico que tanto o aprisiona no lugar de objeto, como elimina, ignora e abole totalmente de vida o contexto e a própria história do paciente (Idem, p. 148).

quando encontramos sempre as mesmas saídas ou quando não conseguimos mais inventar novas perguntas” (Idem, p.203).

Tal risco de cronificação se apresenta também quando um serviço ou mesmo a rede de tratamento “amarra” o usuário/acompanhado em uma circulação viciosa, acreditando ser o que garante a sobrevivência dele. Vemos isso acontecer, algumas vezes, quando os terapeutas criam uma rede que “enreda”, isto é que não permite criar saídas sequer para fora de seus serviços/consultórios, quiçá para fora de uma lógica manicomial. A rede que se estabelece nesses casos, se é que podemos chamá-la assim, é a rede protetora que captura. Se não há a construção de uma rede de fato descentralizada, com múltiplas possibilidades de conexão, a noção de rede precisa ser argüida, pois o que passa a funcionar é menos uma rede e mais um conjunto de pontos ligados frágil e burocraticamente (Idem).

O AT, além de ser uma das linhas da rede, constitui-se numa operação em rede, implicada na desconstrução das cronicidades e na desinstitucionalização da clínica. Com isso queremos dizer que, além de ser uma das linhas entre as redes sociais, as redes de serviços ou as redes intersetoriais, o AT também opera transversalizando tais redes. Nessa operação dá-se a constituição de uma rede entendida como plano do coletivo, de modo que a rede coincide com a dimensão pública da clínica. Acompanhar então é operar em rede.

3.5 Função de resistência aos modelos centrípetos: o AT como um analisador da Reforma

O AT surge dos/nos movimentos de resistência, pois tanto na Argentina quanto no Brasil, é em pleno período de ditadura que ele vai sendo construído, a partir de experiências que se propunham subverter o modelo manicomial e avançar no tratamento de pessoas com grave sofrimento psíquico. A resistência ao modelo vigente de funcionamento político-social e ao modelo centrípeto de tratamento em saúde mental (em que o centro era o manicômio) se fez presente em um momento em que qualquer crítica ao instituído era considerada subversão da ordem. O AT constitui-se, então, num processo de ruptura das instituições da clínica, do hospital, da doença mental, da família.

A clínica do AT, além de acompanhar os movimentos de produção de subjetividade, apresenta-se fenomenicamente em movimento pelas ruas da cidade, em parques, padarias, cinemas, ônibus, carros, etc. Nesse sentido é que afirmamos que o AT realiza então uma clínica no/do movimento, nos ensinando que o “fazer” clínico se constrói no movimento da experiência. A noção de movimento que emerge da intervenção do AT comumente se define pela prática de saídas pela cidade. Tais saídas apresentam-se como a dimensão mais

fenomênica do AT, mas não acontecem de modo aleatório e sim guiadas por uma proposta terapêutica que procura articular o acompanhado em seu espaço social, reconstruindo e reelaborando seu cotidiano (PITIÁ, 2005). Não são descoladas dos fluxos da vida, das passagens do desejo, e do que obstaculiza tais passagens. Trata-se de ressaltar o caráter de movimento que há na experiência da clínica que o AT evidencia.

O dispositivo AT, portanto, ganha sentido nos seus movimentos, sendo estes: de perambular pela cidade, que aparece como marca desse trabalho; de produção de subjetividades; de ruptura das instituições; do Movimento Sanitário; e do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Em suma, contextos nos quais o AT se insere. Assim, ele vai ganhando sentidos e tensionando esses contextos, a partir de uma postura transdisciplinar, forçando o necessário trânsito de saberes. Ele vai colocando em análise o próprio Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, mostrando que ela não produz superação, mas sim embates, lutas, num processo de contínua transformação. Ele coloca em evidência que a Reforma, “longe de reduzir-se a bandeiras ideológicas, traz para a clínica uma exacerbação de complexidade” (LANCETTI, 2006b, p. 51).

Sabemos que uma simples mudança de modelo pode produzir também efeitos de homogeneização e normatização, sendo necessário, portanto, manter-nos em movimento, “sustentando uma atuação ético-política que recusa a reprodução, favorecendo a produção inventiva de novas práticas de atuação e novos processos de subjetivação” (FERREIRA NETO, 2006, p. 77).

Como vimos em nosso primeiro capítulo, no processo de Reforma brasileira, foram sendo criados alguns serviços substitutivos, entre eles os Caps, entendidos como dispositivos provisórios, que funcionam como eixo de todo o sistema de saúde mental. Apesar de funcionarem como referência, a proposta é que grande parte do trabalho aconteça fora deles, ampliando as conexões com outros equipamentos e recursos comunitários. “Diferentemente do manicômio que condensa toda a vida – ali se trata, se come, se dorme, se *vive* –, os centros de saúde mental devem ser pontos de acoplamento ao cotidiano da cidade, ampliando a permeabilidade entre dentro e fora” (SANTOS, 2003, p. 152). O “Fora” entendido não apenas no sentido espacial (fora da casa, do manicômio, do Caps, etc), mas principalmente em seu sentido temporal¹¹² (fora da lógica manicomial) (BENEVIDES DE BARROS, 2003). Entretanto, na prática, um dos grandes obstáculos dos novos dispositivos é a centralização em si e a pouca abertura para o território, o que inclui uma escassa e por vezes precária relação

¹¹² No que diz respeito ao Fora, o tempo impõe seu primado ao espaço (DELEUZE, 2005).

com os demais serviços da rede de saúde, com associações comunitárias e com a população em seu território de vida.

Tomando a relação do AT com os Caps como exemplo, no contexto de uma crescente e por vezes “esmagadora” demanda de atendimentos para os serviços da rede pública, os acompanhantes terapêuticos geralmente acompanham poucos, pois costumam ter como referência o trabalho com dois ou três usuários. A aposta em um trabalho intensivo e não extensivo com os usuários produz um dos primeiros tensionamentos gerados pela entrada de acompanhantes em um serviço, pois o acompanhamento de poucos muitas vezes é vivido como um problema pelas equipes que já estão quase sempre esgotadas em suas possibilidades de atenção. O AT incide, então, institucionalmente, desestabilizando as organizações internas dos serviços de saúde, produzindo uma tensão entre a máxima extensão dos atendimentos oferecidos à intensidade máxima sobre um único acompanhamento (PALOMBINI, 2004). Além disso, ele provoca a definição de critérios para escolha dos usuários a serem acompanhados.

De modo geral, a partir de nossa experiência, temos percebido que os critérios de indicação para AT referem-se a dificuldades de circulação dos usuários, tendo como direção vinculá-los aos serviços, ao trabalho e à escola. A função do AT é possibilitar uma circulação de modo que o serviço se constitua como uma referência para os usuários, mas não de forma totalizante como aquela produzida pelos manicômios. Tal circulação se faz tanto dentro quanto fora dos serviços, construindo e re-significando laços afetivos.

O aumento de usuários tem sido uma realidade dos Caps e com isso cria-se uma tensão no modo como podem ser construídos os projetos terapêuticos, de forma que os usuários não venham a “depende” dos Caps, nem os profissionais venham a “se fechar” nos serviços como num “tipo de captura do paciente pela instituição: a porta fecha-se para dentro” (SERENO, 1997, p. 58). Nesse contexto, o Acompanhamento Terapêutico insere-se na rede de serviços de saúde mental, principalmente nos Caps e nos residenciais terapêuticos, tendo como direção o trabalho nos territórios em que vivem seus acompanhados e tal postura reverbera de muitas formas nas práticas desses serviços. O AT é um importante dispositivo para fazer funcionar os fluxos de entrada e de saída dos serviços. Opera no sentido de garantir que os usuários frequentem o serviço e/ou modifiquem sua relação com ele. Isto de modo que diminuam o número de internações em hospitais e promovam outros sentidos para além da doença mental em seu cotidiano, sustentando projetos de vida fora do Caps.

Os ats trabalham “ao mesmo tempo, dentro e fora das unidades de saúde, no território geográfico e no território existencial, no domicílio e no serviço” (LANCETTI, 2006b, p. 51).

E no seu trabalho de acompanhamento, evidenciam que é preciso sempre a invenção de novas estratégias clínicas para lidarmos com sempre novas e inusitadas situações no perambular pelas ruas. O AT coloca em evidência a necessidade de uma circulação feita a partir de um trabalho no território para que seja possível a criação de uma efetiva rede de atenção. Fechadas dentro dos serviços, as equipes correm os riscos da cronificação¹¹³, além de tenderem a escolher os pacientes, buscando adaptá-los às suas especialidades, aos seus modelos terapêuticos (ROTELLI, 2001; LANCETTI, 2006b). Nesse sentido, o AT tensiona com a prática dos profissionais de saúde, dando visibilidade à necessária experimentação de uma maior autonomia e a quebra de seus especialismos (BENEVIDES DE BARROS, 2003).

Notamos que os acompanhados nos chegam “represados”, “capturados”, “fechados” em um determinado lugar e/ou posição e trabalhamos no sentido de “abrir alguma brecha entre eles e esses lugares, deixando entrar outros espaços: outros relevos, outros climas, outras órbitas” (NETO, 1997, p. 108). É trabalho do at “servir-se de espaços rotineiros, circular por espaços desconhecidos, criar espaços inexistentes, atravessar espaços assustadores, transformar espaços” (ARAÚJO, 2006, p. 106). O at opera uma ampliação da trama e da circulação dos acompanhados pela rede social, rompendo com os isolamentos tão característicos daqueles acometidos por extremo sofrimento.

Essa experiência de circulação de um lugar a outro é então o que há de mais fundamental no Acompanhamento Terapêutico. Porém essa experiência de circulação não pode ser confundida com a permanência de um circuito fechado. A circulação da qual falamos é então uma experiência de desvio, de produção e de criação que engendra o próprio circuito através do ato de circular. Assim pode-se dizer que o Acompanhamento Terapêutico crê em um circuito aberto e na criação dessa própria abertura e que tenderá sempre para tal abertura como uma experiência de deriva (Idem, p. 46).

A circulação do AT se faz alargando os territórios. Na circulação pela cidade, acompanhante e acompanhado reinventam a história e a geografia da cidade e da rede. A necessidade de circulação que se faz evidente diz respeito aos usuários, mas também às próprias equipes (deslocalização). Acompanhantes, acompanhados e equipes de saúde abrem-se ao risco de se reinventarem, de se descobrirem outros, construindo novos territórios existenciais. Nesses percursos clínicos, traçados nos territórios geográficos e existenciais de seus acompanhados, muitos são os atores afetados.

¹¹³ Benevides de Barros (2003) destaca três ordens de cronicidade para as quais precisamos atentar: a “nova” cronicidade dos usuários, vivida agora nos Caps; a cronicidade nos modos de gestão, dos dispositivos e dos profissionais; e a cronicidade produzida pela inexistência ou fragilidade da rede de atenção em saúde, em especial em saúde mental.

Quando o at insere-se numa equipe de saúde, como acontece nos estágios a partir de parcerias entre a universidade e a rede pública de serviços, são muitas as questões que se colocam, entre elas: o at é um “apêndice” da equipe? Ele é da equipe ou não? Tais questões dizem da posição estrangeira e limítrofe do at e acabam constituindo-se como falsas questões. Mais importante do que saber se o at deve ou não fazer parte de uma equipe constituída a priori, é a possibilidade que, em parceria com a equipe, possa ser produzida uma rede descentralizada, produtora de multiplicidades, produtora de participação coletiva e de espaços de co-gestão.

Aqui a função analisadora retorna numa outra oitava e o AT apresenta-se como analisador do Movimento da Reforma, pois, em que pese os serviços serem substitutivos, incluem pouco uma desinstitucionalização da própria clínica. Os acompanhantes terapêuticos evidenciam a necessidade dos serviços vincularem-se aos usuários nos seus territórios, construindo uma rede de cuidados. Incluindo assim, novos atores sociais e ações intersetoriais, o AT coloca em evidência a importância dos serviços não se tornarem especializados - condição sem a qual não escapam de (re) psiquiatrizar a demanda. A circulação em rede resiste ao centripetismo do poder que produz nos dispositivos substitutivos ao manicômio um novo dentro absolutizado. O AT exerce, então, uma função de resistência à lógica centrípeta, dando visibilidade à dimensão de movimento como resistência.

3.6 Função de passagem das intensidades: operação de criação de territórios existenciais

A função em rede operada pelo AT produz circulação. Tais operações, entretanto, apresentam-se numa estranha sintonia com o capitalismo. Segundo Passos e Benevides de Barros (2004), a ordem capitalística possui um impulso planetarizante, um desejo do ilimitado, que se realiza na forma da figura atual das redes – redes infinitas, hiperconectivas. O capital tem como característica uma operação de desterritorialização dos fluxos e de conjugação deles na produção de uma axiomática, que diz respeito a um modo ilimitado de conjugação dos fluxos desterritorializados, não qualificados e pelo contínuo acréscimo de novos axiomas. Permitindo assim, a conjugação de novos fluxos desterritorializados, garantindo o movimento infinito e ilimitado do capital. Esse movimento, próprio do capitalismo, diz de um funcionamento nunca totalmente definido e que inclui os imprevistos, os desvios, os erros e resistências a ele, mantendo-se sempre em crise sem que com isso fique comprometida a sua funcionalidade.

Guattari e Rolnik (1996) nos advertem para o fato de que o CMI (Capitalismo Mundial Integrado, modo como designam o capitalismo contemporâneo) colonizou o planeta e tende a incluir toda e qualquer atividade humana, todo e qualquer setor da produção sob seu controle, realizando seu projeto ininterrupto de anexação e de equivalência. É deste modo que o mesmo investe na homogeneização dos modos de produção e nos modos de controle social (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2004), mostrando que sua inventividade é mercantilizar diferenças e originalidades, isto é, transformar o não capital em capital e incluir aí maneiras de ser, de fazer, de ter prazer, de ter atitudes (PELBART, 2003):

De repente os aspectos mais humanos do homem, seu potencial, sua criatividade, sua interioridade, seus afetos, tudo isso que ficava de fora do ciclo econômico produtivo, e dizia respeito antes ao ciclo reprodutivo, torna-se matéria-prima do próprio capital, ou torna-se o próprio capital (Idem, pg. 99).

Pelbart, comentando sobre o livro de Luc Boltanski e Ève Chiapello, *Lê nouvel esprit du capitalisme*, apresenta o que definiu como algumas teses gerais que atravessam tal livro. Uma delas é a de que o capitalismo retomou muitos aspectos das críticas formuladas contra ele nos anos 60-70 e incorporou ao seu sistema as reivindicações por mais autonomia, por autenticidade, por criatividade, liberdade e até mesmo as críticas à rigidez da hierarquia, da burocracia, da alienação nas relações e no trabalho. Segundo esses autores, tais críticas radicais ao capitalismo agora são postas a trabalhar em favor daquilo mesmo que criticavam, tendo sido tornadas as novas normatividades, atualmente presentes nos manuais de *management*¹¹⁴ utilizados pelos executivos. Pelbart nos conta que os manuais que os autores consultaram insistem, não por acaso, na palavra conexão, demonstrando a ironia desse capitalismo em rede, conexcionista, rizomático, pois a lógica rizomática formulada por Deleuze e Guattari.

O poder de conexão, a capacidade de conectar-se com pessoas do seu meio de trabalho, com pessoas de outros meios, com pessoas de outros universos, ampliando suas informações, seu horizonte, sua capacidade de navegação no magma de oportunidades, sua possibilidade de inventar projetos interessantes. O que se desenha aí, através desse estímulo a uma navegação mais aberta, a uma maleabilidade sem precedentes, é o que os autores chamam de um *capitalismo em rede*, um *capitalismo conexcionista*. [...] O mundo conexcionista é inteiramente rizomático, não finalista, não identitário,

¹¹⁴ “Trabalho em rede, equipes auto-organizadas, nova função do manager, onde não é propriamente o diretor que manda, calculista e frio administrador, mas aquele líder visionário e intuitivo, capaz de catalisar uma equipe, animá-la, inspirar confiança, comunicar-se com todos, com uma intuição criativa – um humanista. É o homem da rede, da complexidade, do mundo reticulado. É o homem da mobilidade, que atravessa fronteiras, geográficas, culturais, profissionais, hierárquicas, capaz de estabelecer contatos pessoais com atores muito diferentes dele” (PELBART, 2003, p. 98).

favorece os hibridismos, a migração, as múltiplas interfaces, metamorfoses, etc. Claro que o objetivo final do capitalismo permanece o mesmo, visa o lucro, mas o modo pelo qual ele agora tende a realizá-lo, e essa é a tese dos autores, é prioritariamente através da rede (PELBART, 2003, pg.97).

O CMI funciona exatamente assim: seu poder é sempre descentralizado em benefício de mecanismos desterritorializados, sendo por isso que não podemos cercá-lo. Ele faz coexistir zonas de superdesenvolvimento com zonas de subdesenvolvimento relativas e com zonas de empobrecimento absolutas. Justamente em razão da “desterritorialização de sua multicentragem e de suas técnicas de integração, consegue manter juntos esses segmentos, ultrapassar as disparidades que institui, e dominar os mais diversos sistemas sociais” (GUATTARI, 1981, p.216). Ele engaja seus membros pela condição de consumidores e desenvolve um senso de insuficiência artificialmente criado e subjetivo (BAUMAN, 1999). Tal processo de produção de consumo, portanto, não é só de objetos, mas de modos de viver.

Segundo Guattari (1992), “o ser humano contemporâneo é fundamentalmente desterritorializado” (Idem, p. 169) e a subjetividade encontra-se num nomadismo generalizado.

Mas enfatizemos imediatamente o paradoxo. Tudo circula: as músicas, os slogans publicitários, os turistas, os *chips* da informática, as filiais industriais e, ao mesmo tempo, tudo parece petrificar-se, permanecer no lugar [...]. No seio de espaços padronizados, tudo se tornou intercambiável, equivalente. [...] Assim a subjetividade se encontra ameaçada de paralisia (Idem, idem).

Passos e Benevides de Barros (2004) nos ajudam a entender que as redes comportam um funcionamento quente e um funcionamento frio. A globalização neo-liberal opera por conexão, mas produzindo redes frias, produtoras de homogeneização, pois sua lógica é a do capital enquanto equivalente universal. Tais redes produzem o que Pelbart (2000) nomeou de um pseudo-movimento, como apresentamos no vetor Cidade. As redes quentes, por sua vez, possibilitam a passagem das intensidades e conexões geradoras de efeitos de diferenciação, pois são produtoras de novas formas de existência a partir de experiências públicas e coletivas. As redes quentes reconquistam, então, o nomadismo existencial, destacando-se do falso nomadismo que fixa no mesmo lugar.

A operação em rede feita pelo AT se expressa então em certas formas, mas sua potência deve-se ao funcionamento em redes quentes. Essas sim, produtoras da diferença, de cooperação e autonomia. O nomadismo que ele opera não se dá numa circulação apenas entre espaços, mas também é temporal. Nesse sentido, desloca-se também o que poderíamos supor

ser o lugar do at: “de habitante do espaço fronteiro entre o interior das instituições e seu exterior, a cidade, ele se transformou em habitante do tempo” (ROLNIK, 1997, p. 94).

“Se a relação com ‘a doença’ tem sempre como referência um hospital, ambulatório etc..., a relação de desinstitucionalização requer relação com o território” (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, 47). A clínica no território ganha imensa materialidade, fazendo aparecer uma dimensão encarnada da experiência. Quando o acompanhado morador do manicômio fala do desejo em preparar uma lasanha, como quando morava na sua casa, trata-se objetivamente de ir com ele ao supermercado, decidindo e escolhendo juntos os ingredientes e a receita, e preparar a lasanha. Quando fica chateado por não saber se deveria ter-nos oferecido café na sua casa, é com uma xícara na mão e com o gosto do café na boca que essa discussão se faz; quando passa horas assistindo televisão em seu quarto fechado, é lá, sentados na cama do acompanhado assistindo televisão que estaremos. Quando o acompanhado sofre com suas dificuldades em sair do banheiro ao fazer cocô, é na porta do banheiro que nos encontramos. Quando gasta compulsivamente, é nas ruas, entre camelôs ou lojas de shopping que o acompanhamos. A matéria de intervenção no AT, portanto, é diferente daquela da clínica do consultório, pois o território impõe outros agenciamentos concretos.

Assim, se o acompanhante terapêutico inicia seu trabalho muitas vezes na casa dos acompanhados, nos serviços da rede e até nos hospitais psiquiátricos, não se restringe ao espaço dos equipamentos de saúde. O at busca a construção de uma rede, que muitas vezes inclui os serviços de saúde, mas não se limita a eles. Ele busca agenciamentos na comunidade em que o acompanhado se insere (com mães, pais, filhos, vizinhos, amigos, donos de bar, igrejas, com grupos de trabalho, e com outros inusitados), apostando na construção de uma rede afetiva capaz de sustentar a produção de novos territórios existenciais.

O conceito de território “coloca em evidência a materialidade do suporte, o espaço físico tão caro a nós ats, que sempre afirmamos nossa maior potência no fato de estarmos *in loco*, no local, na casa, na rua, no cinema, na cena do paciente” (SERENO, 2006, p. 170). Entretanto, ele “não se reduz a uma área física com características estáticas nem equivale à idéia de comunidade como totalidade homogênea e sem conflitos (...) o território é, antes, lugar de vida, possuindo um caráter processual” (PALOMBINI, 2007, p. 121). Ou seja, ele pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa” (GUATTARI E ROLNIK, 1986).

Vimos, em nossa caixa de ferramentas, que todo território é formado por linhas e é função do AT acompanhar e investir nas linhas que vão se construindo para que elas ganhem

territorialidade. Assim o AT tece redes que possibilitam o estabelecimento de múltiplas formas de relação com o mundo, novas conexões, desvios e bifurcações, novos agenciamentos com a cidade na contemporaneidade (ROLNIK, 1997).

A experimentação consiste em fisgar no contexto problemático que se delinea ao longo das errâncias do acompanhamento elementos que possam eventualmente funcionar como componentes dessas redes; identificar focos suscetíveis de fazer a existência do louco bifurcar em novas direções, de modo que, territórios de vida possam vir a ganhar consistência (Idem, p. 91).

É aí que Araújo (2006) situa a função não-formalizada da clínica: “Não só extraímos, mas suscitamos, provocamos, colocamos em xeque, forçamos, liberamos, abrimos caminho, botamos para circular, disparamos, mas principalmente acompanhamos essas intensidades” (Idem, p. 83). Segundo Rolnik (1989) a expressividade cria territórios e se traduz em marcas de intensidades, que vão se definindo através de certas matérias de expressão, criando mundos. A esse movimento dá-se o nome de territorialização. Quando os territórios vão perdendo a força de encantamento, mundos se acabam, partículas de afeto são expatriadas sem forma e sem rumo. Chamamos esse movimento de desterritorialização. Esses são os movimentos que acompanhamos na clínica.

O trabalho da clínica é acompanhar os movimentos afectivos da existência, construindo cartas de intensidade ou cartografias existenciais que registram menos os estados que os fluxos, menos as formas que as forças, menos as propriedades de si que os devires para fora de si. Traçamos, então, as linhas sedentárias, nômades, de fuga. Estas são as que se evadem dos territórios, que desmancham estados pelo efeito do aumento dos quanta afectivos de uma dada existência (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2005a, p. 91).

As intensidades constituem o plano de produção e elas buscam atualização em territórios, que por sua vez são compostos de linhas de sedentarização, de nomadização e de fuga. O AT então aciona e acompanha intensidades com o intuito de operar modificações nos mundos constituídos, colocando novas questões, novos problemas para esses mundos. Se o AT se fizesse apenas no campo das formas, diz o autor, “trabalharíamos apenas com mudanças de comportamento, correndo o risco de desenvolver práticas adaptacionistas e mantenedoras do *status quo*” (ARAÚJO, 2006, p. 83).

Partimos do pressuposto de que a clínica se realiza no plano dos afetos e que, como tal, tem nas afecções aquilo mesmo de que é composta e sobre o que intervém. Essas intervenções se realizam nas fendas da existência, lá onde o que somos está em vias de se modular, em que algo se anuncia como expressão da diferença, quando morremos no que somos para advir outra coisa (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2005a, p. 96).

Sabemos que produção de saúde está diretamente relacionada com a produção de subjetividade, pois as práticas de saúde acontecem entre pessoas e produzem assim transformações nos modos de viver dessas pessoas. A subjetividade é um conjunto de condições (vetores) a partir das quais são produzidos efeitos existenciais. O processo de subjetivação pode se fazer como assujeitamento a um modelo pronto qualquer ou como um processo de expressão e criação em que componentes de subjetivação são reapropriados para a criação de territórios existenciais (Idem). A construção e/ou ampliação da rede operada pelo AT possibilita novas experiências nos encontros que a cidade oferece, de modo a construir novas relações entre o acompanhado, sua família e a comunidade em que se insere (CARVALHO, 2004). Possibilita, assim, novas oportunidades de troca suscitadas no âmbito das suas redes, reinventando modos de produzir saúde e de experimentar a vida. Tal ampliação pode inclusive permitir a saída do acompanhado da rede de saúde mental (VARELLA, LACERDA e MADEIRA, 2006).

Jerusalinsky (2002), comentando sobre o AT com crianças, salienta que as saídas ao supermercado, ao zoológico, ao cinema não têm por objetivo divertir, animar ou preencher o tempo, tampouco fazem parte de lista de atividades previamente configuradas com base nos ícones de nossa cultura. Segundo o autor: “no trabalho de Acompanhamento Terapêutico, ocorre uma espécie de mapeamento concomitante entre a circulação do desejo e a circulação pela cidade” (Idem, p. 36).

O Acompanhamento Terapêutico se inscreve, portanto, no contexto das trocas sociais estabelecidas com a cidade, incluindo novas possibilidades de circulação dentro da própria casa, do trabalho ou mesmo do serviço em que se inserem. O AT possibilita o (re)estabelecimento de múltiplas formas de relação com o mundo, permitindo ao acompanhado experimentar novas conexões, novos agenciamentos com a cidade através de um cuidado não institucionalizante, que evita as mais variadas formas de cronificação (Passos, s/d). Dando suporte à expansão das redes vivenciais dos acompanhados, o AT contribui numa diminuição radical dos circuitos estabelecidos de internação-desinternação (PASSOS ET AL, mimeo).

3.7 Função inclusiva: produção de autonomia

O acompanhamento de pessoas em intenso sofrimento psíquico e de suas redes familiares tem sido um instrumento potencializador para o trabalho de inserção psicossocial dos usuários/acompanhados. O AT tem comparecido como promotor de inclusão.

Parece haver um movimento em expansão desse trabalho nas escolas, que “consiste em um acompanhamento da criança durante todo o período escolar, dentro e fora da sala de aula, procurando integrá-la ao grupo de crianças, assim como envolvê-la nas atividades propostas pelo professor, sempre levando em conta seus limites e suas potencialidades” (FRÁGUAS, 2006). Segundo Sereno (2006), não há distinção entre o que seria o trabalho analítico e o escolar, pois ambos favorecem efeitos de subjetivação. A autora ressalta que: “para o at fazer um mergulho no território escolar atravessado pela loucura é necessária uma tomada de decisão ética, uma aposta no encontro” (Idem, p. 170). Além disso, “o at faz esse mergulho sustentado por várias redes” (Idem, idem). Sendo estas, por sua vez, a equipe de tratamento das oficinas terapêuticas, a equipe de escolarização e uma equipe de ats como referência constituindo uma rede de acolhimento também para o at. A autora observa que “o contato com a loucura (e as diferenças) instaura uma crise na instituição escolar, questionando seus mecanismos de produção de identidade e diferenças, e re-significando as identidades dos professores e dos alunos” (Idem, p. 172).

Fujihira (2006), contudo, chama atenção para o risco da inclusão ficar restrita à reduzida aparência de participação social, pois ela pode ser a permanência de uma segregação sutil. Segundo a autora, “várias modalidades de Acompanhamento Terapêutico surgiram como meios de contemplar as necessidades que emergiam com a inclusão” (Idem, p. 102), tais como: mediadores de emprego apoiado, coordenadores de grupos de lazer, acompanhantes de processos escolares, coordenadores de grupos de referência em ONG's. A autora destaca também que “diversidade” é a palavra chave da inclusão e é utilizada de um modo “marqueteiro”: “ela é deturpada e achatada aos padrões valorizados socialmente” (Idem, p. 104). Dessa forma, o que se propõe é uma intervenção mais calcada em um lugar ético do que em um registro social, ou seja, um posicionamento capaz de arejar um ambiente da poluição de padrões e conceitos.

Vicentin (2006) também aposta num descolamento de nosso interesse no resultado das práticas de inclusão para olharmos os caminhos éticos percorridos com o intuito de alcançar a potencialização das diferenças e não somente a inclusão delas,

Ou seja, será importante enunciar uma regra de prudência: cuidar para que o AT não se transforme num especialista da sociabilidade e da inclusão. Melhor que a formação do AT (e a de todos operadores da saúde mental) seja sempre a de uma contra-especialização (Idem, p. 120-121).

O tema da inclusão merece ser apreendido cuidadosamente, pois ele tem sido pensado em uma perspectiva teórico-política molar, quando na verdade, no contexto das políticas neoliberais globalizantes, a operação de exclusão por inclusão é praticada com maior “eficiência” (BENEVIDES DE BARROS, 2003). Se pensarmos a exclusão como algo em si, como essência ou algo natural, estaremos negando sua construção histórico-político-econômica. Castel (s/d) questiona o termo exclusão e propõe pensarmos em termos de processo daquilo que ele chamou de desfiliação, isto é, a insuficiência dos recursos materiais e a fragilidade do tecido relacional produzem nas populações uma ruptura com o vínculo social. Segundo esse autor, os processos de precarização econômica tornam-se privação, e os processos de fragilização relacional, isolamento. Na conjunção da precariedade do trabalho e da fragilidade do vínculo social surge a vulnerabilidade. Partindo da lógica da exclusão, nosso intuito será sempre o de incluir algo. A inclusão como normalização/normatização não é o que propomos com o AT. No que diz respeito à saúde mental cabe nos perguntarmos em que mundo queremos inserir os acompanhados.

Quando afirmamos que o AT opera a inclusão, não a consideramos, portanto, em oposição à exclusão, nem no sentido da inclusão operada pelo capitalismo. A inclusão a qual nos referimos diz de uma aposta num reinventar-se a partir da construção da autonomia dos acompanhados. Esta autonomia não é entendida num sentido absoluto, como auto-suficiência ou independência, mas como um aumento da potência contratual, como “a capacidade do indivíduo para gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente” (KINOSHITA, 1996, p. 57). Se a tutela tem por objetivo a subtração das trocas, de modo a estabelecer relações de dependência pessoal (ROTELLI, 2001), a autonomia é possibilidade de criação de novos códigos e regras relacionais (relações de convivência). Ela é a capacidade de criação de regras com o outro; de exercer protagonismo, ser co-responsável pela produção de si e do mundo em que vivem. Quanto mais vínculos e maior as redes de relações que estabelece, maior sua autonomia.

A relação que se estabelece a partir do AT deixa então de ser de interdição e tutela e passa a ser de criação de espaços de interlocução, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Os agenciamentos que se fazem nos territórios existenciais produzem autonomia e co-responsabilidade, de modo que os próprios acompanhados assumem o protagonismo no processo de produção de sua própria saúde. Há, deste modo, um

reposicionamento dos sujeitos na experiência concreta da produção de realidade, possibilitando um trabalho de fato inclusivo, construído por sujeitos e coletivos protagonistas e co-responsáveis por sua própria história (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2005b).

Falar, portanto, de saúde pública ou saúde coletiva é falar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionavam como “pacientes” nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços em sua paciência diante dos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício de seu mandato social. O que queremos ressaltar é que a força emancipatória na base do SUS só se sustenta quando tomamos como inseparáveis o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades protagonistas e autônomas que se engajam na reprodução e/ou na invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde (Idem, p. 320).

O AT opera a inclusão produzindo emancipação, ou seja, a (re) construção das pessoas como atores sociais transformadores da vida concreta e cotidiana.

3.8 Função de publicização: geração de um plano comum

Segundo Cabral (2005) a prática do AT se deu inicialmente na rede privada de serviços de saúde, mas, a partir das reformulações no cuidado com a saúde mental propostos e agenciados pelo movimento de desinstitucionalização, e influenciado em especial pela experiência italiana, o AT ingressou no cenário público reformulado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Também para Pelliciolli (2004), “o AT emergiu como uma modalidade de intervenção sob forte influência de dois campos aparentemente distintos: o da prática clínica privada, realizada nas clínicas e a partir dos consultórios particulares (que daria conta das psicopatologias e delas se ocuparia), e o da Reforma Psiquiátrica no Brasil” (Idem, p.10). Ao distinguir dois campos (público e privado) em que o AT se situa, o autor se pergunta se, de fato, trata-se de AT nos dois casos. Ele afirma que sim, embora aponte uma distinção nos modos do trabalho acontecer. O autor dá como exemplo para sua argumentação a prática psicanalítica realizada nos consultórios particulares e a dos serviços públicos, afirmando que ambas são Psicanálise, porém manejadas e gerenciadas de formas diferentes. Trazendo à tona a discussão publico/privado no campo do AT, Pelliciolli afirma que o dispositivo do AT, ao usar a rua como espaço por excelência de sua clínica, opera uma retomada do espaço público.

Mas o que estamos querendo dizer com “público”? E o que queremos dizer com “privado”?

Segundo Hardt e Negri (2005), do ponto de vista social, há uma tendência atual a tornar tudo público, e portanto, suscetível de vigilância e controle por parte do governo. Do ponto de vista econômico, há uma tendência a tornar tudo privado e sujeito aos direitos de propriedade. “Considera-se então que o ‘privado’ abarca os direitos e liberdades dos sujeitos sociais e também os direitos da propriedade privada, confundindo a distinção entre os dois” (Idem, p. 265). Disso resulta um entendimento de que os interesses, os desejos e até a alma são como que “propriedades” do indivíduo, reduzindo todas as facetas da subjetividade à realidade econômica. “O conceito de ‘privado’ pode assim carregar todas as nossas ‘posses’, tanto subjetivas quanto materiais” (Idem, idem).

O conceito de “público” também tende a tornar indistinta uma importante diferença entre o controle do Estado e aquilo que está submetido a posse e gestão comuns. Podemos assim distinguir a função pública atrelada às funções reguladoras do Estado daquelas atrelada aos processos coletivos, ao comum. Note-se que:

O comum não se refere a noções tradicionais da comunidade ou do público; baseia-se na *comunicação* entre singularidades e se manifesta através dos processos sociais colaborativos da produção. Enquanto o individual se dissolve na unidade da comunidade, as singularidades não se vêem tolhidas, expressando-se livremente no comum (HARDT E NEGRI, 2005, p. 266)¹¹⁵.

Os arcabouços jurídicos que os regimes neoliberais estabeleceram sustentam o projeto de privatização dos bens e serviços públicos, mas o interesse geral ou o interesse público deve, de alguma forma, ser preservado pela lei, ainda que apenas de acordo com os códigos formais que asseguram o uso dos serviços públicos. Isso, entretanto, não é suficiente. É preciso que desloquemos o conceito de interesse geral ou interesse público para que se construa um arcabouço que permita uma efetiva participação comum na gestão desses bens e serviços (Idem).

O interesse comum, em contraste com o interesse geral que fundamentava o dogma jurídico do Estado-nação, é na realidade uma produção da multidão. O *interesse comum*, em outras palavras, é um interesse geral que não se torna abstrato no controle do Estado, sendo antes reapropriado pelas singularidades que cooperam na produção social biopolítica¹¹⁶; é um interesse público que não está nas mãos de uma burocracia, mas é gerido democraticamente pela multidão (Idem, p. 267-268).

¹¹⁵ Os autores fazem ressalva de que isso não significa que todas as práticas sejam aceitáveis, e sim que as decisões que determinam os direitos legais são tomadas no processo de comunicação e colaboração entre singularidades. O comum pode assim ser construído politicamente em nosso mundo contemporâneo.

¹¹⁶ A produção biopolítica a que os autores se referem diz não apenas da produção de bens materiais em sentido estritamente econômico, mas também a todas as formas de trabalho que criam projetos imateriais, como idéias, imagens, afetos e relações.

O comum então não diz da recriação do corpo social unificado e, portanto, da recriação de uma unidade do povo, por exemplo, mas diz das singularidades, das minorias ou daquilo que Hardt e Negri chamaram de “metamorfoses monstruosas da carne”, que devem ser tomadas menos como perigo e mais como a possibilidade de criação de uma sociedade alternativa.¹¹⁷ Para os autores, estamos vivenciando atualmente “uma espécie de carne social que não é um corpo, uma carne que é comum, substância viva” (Idem, p. 251). A carne da multidão é puro potencial, uma força informe de vida. Ela não pode ser reduzida a povos nem nações ou sequer a comunidades específicas e justamente por isso, porque informes e desordenadas, tornam-se assustadoras e monstruosas.

Pode-se dizer, simplificando muito, que a globalização tem duas faces. Numa delas o Império dissemina em caráter global sua rede de hierarquias e divisões que mantém a ordem através de novos mecanismos de controle e permanente conflito. A globalização, contudo, também é a criação de novos circuitos de cooperação e colaboração que se alargam pelas noções continentais, facultando uma quantidade infinita de encontros. Esta segunda face da globalização não quer dizer que todos no mundo se tornem iguais; o que ela proporciona é a possibilidade de que, mesmo nos mantendo diferentes, descubramos os pontos comuns que permitam que nos comuniquemos uns com os outros para que possamos agir conjuntamente. Também a multidão pode ser encarada como uma *rede*: uma rede aberta e em expansão na qual todas as diferenças podem ser expressas livre e igualitariamente, uma *rede que proporciona os meios da convergência para que possamos trabalhar e viver em comum* (Idem, p. 12, grifos nossos).

Para os autores a multidão distingue-se em termos conceituais das noções de povo, massas e classe operária. A noção de povo reduz as amplas diferenças da população a uma unidade, transformando a população em unidade única.

A multidão em contrapartida é múltipla. A multidão é composta de inúmeras diferenças internas que nunca poderão ser reduzidas a uma unidade ou identidade única – diferentes culturas, raças, etnias, gêneros e orientações sexuais; diferentes formas de trabalho; diferentes maneiras de viver; diferentes visões de mundo; e diferentes desejos. A multidão é uma multiplicidade de todas essas diferenças singulares (Idem, p. 12).

¹¹⁷ Segundo os autores, as correntes centrais da esquerda européia demonstravam uma nostalgia por formas sociais e comunidades tradicionais a partir da repetição estéril de ritos comunitários desgastados. Os corpos sociais que sustentavam as práticas comunitárias que faziam parte da esquerda já não se fazem mais presentes, porque esta faltando o povo. E mesmo quando se manifesta algo parecido com o povo no cenário social tanto dos Estados Unidos, quanto da Europa e ainda de outras partes do mundo, é visto pelos líderes da esquerda institucional como algo deformado e ameaçador. O movimento gay ou ainda as manifestações da globalização em Seattle e Gênova são considerados incompreensíveis e ameaçadores e por isso monstruosos. Ainda assim, os autores fazem a ressalva de que nem todos os monstros são iguais e diferenciam, por exemplo, a al-Qaeda, que “ataca o corpo político global para ressuscitar velhos corpos sociais e políticos regionais sob o controle da autoridade religiosa” (p. 282-283), das lutas globais que desafiam o corpo político global para criarem um mundo mais livre e democrático (no sentido de um mundo governado por todos e para todos, uma democracia sem adjetivos, sem “se”, nem “mas”).

Segundo os autores, precisamos encontrar os meios de realizar esse monstruoso poder da carne da multidão de formar uma nova sociedade. Os autores apontam uma tendência democrática da multidão para organizações em rede, organizações de resistência e revolucionárias, que deslocam a autoridade por relações colaborativas, construindo dentro de suas estruturas organizacionais, relações democráticas. Redes de produção do comum.

O interesse comum produzido pela multidão nos ajuda a pensar o sentido de público que estamos propondo, porque não diz de uma entidade pré-constituída, mas sim de uma atividade produtiva de singularidades da multidão. O comum não tolhe as singularidades e sim expressa uma soberania democrática. É nesse sentido que “tudo o que é geral ou público deve ser reapropriado e gerido pela multidão, tornando-se assim comum” (HARDT E NEGRI, 2005, p. 269).

Interessa-nos aqui destacar a função pública que o AT opera na clínica, produzindo uma gestão comum dos processos de saúde ao fazer pessoas protagonistas desses processos e ao evocar a cidade como força política, como espaço coletivo de dissensos e embates, a partir de sua operação em rede. Enfatizamos aqui então a noção de público enquanto gestão comum e o AT enquanto operação de publicização. Nesse sentido, a separação entre esses dois campos (público e privado) comparece como falsa dicotomia, importando atentarmos para a dimensão pública, essa sim produtora de diferenciação. O que há é a distinção entre modos de privatização e de publicização da saúde e da vida.

O modo como a saúde é tomada implica diretamente nas políticas que são construídas, no planejamento, na gestão, e na atenção em saúde. Instâncias que se distinguem, mas não se separam. A produção de saúde está diretamente relacionada com a produção de subjetividade e, portanto, pode produzir uma experiência existencial familiarista e privatista, ou uma experiência de coletivização, em que diferentes e múltiplas maneiras de viver se fazem possíveis.

Ainda que as políticas públicas tenham uma ação mais normatizadora, generalista e reguladora, é no plano do coletivo que elas se constroem e se consolidam como experiência pública ou *res* pública. Segundo Passos e Benevides de Barros (2005b), as políticas públicas se constroem então numa estranha e paradoxal relação com a máquina do Estado, pois, apesar de dita republicana, essa experimenta uma relação de tensão diante da coisa pública. Assim, Estado e política pública são termos que deixam de coincidir. “Com o conceito de saúde coletiva é a dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política

dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população” (Idem, p. 320).

Essa discussão nos remete inevitavelmente às funções que o Estado ocupa e como este entende a saúde: como *direito* (Estado garantidor do direito humano inalienável à saúde, saúde como valor de uso, como bem público, para qualquer um) ou como *mercadoria* (Estado como regulador dos bens e fluxos, saúde como valor de troca). Funções estas que implicam em distintos posicionamentos políticos.

Habitualmente organiza-se o campo da saúde a partir de uma oposição entre saúde pública e saúde privada, identificando a primeira com as políticas de governo e/ou aquelas reguladas pela máquina do Estado. Entendemos tratar-se aqui de uma falsa oposição, já que mascara a complexidade do campo da saúde. Questionamos tal dicotomia no que ela obscurece questões mais importantes, como, por exemplo, o fato de que a saúde deve ser tomada como valor de uso e, neste sentido, ser um bem público, independente do subsector prestador do serviço. (...) Como bem público, direito de todos e de qualquer um, a saúde diz respeito a um campo de intervenção que, malgrado público e coletivo, nele coexistem setores de prestação de serviços ligados à iniciativa privada e/ou ao Estado (Idem, idem).

Há, portanto, uma inseparabilidade entre os dois campos, o da rede privada e o da rede pública (política de Estado e de governo). Os valores com relação aos quais a produção da saúde deve ser interrogada são os valores de uso, não os de troca (CAMPOS APUD ONOCKO CAMPOS, 2003). Segundo Benevides de Barros (2002), o pensamento liberal, a difusão das idéias iluministas e do movimento romântico produziram o indivíduo como objeto fundamental das preocupações dos séculos XVII e XVIII. O Estado passou a colocar-se como guardião dos direitos do cidadão e a escola, a infância e a família passaram a ser objetos de interesse da medicina “que se volta para o bem-estar e a higiene de cada indivíduo e da população. (...) Aí é a vertente do poder disciplinar, como bem nos alertou Foucault (1977), que se expressa fixando, imobilizando, regulamentando os anseios e movimentos dos – agora – cidadãos” (BENEVIDES DE BARROS, 2002, p. 123-124).

Segundo a autora, a partir da instalação do Estado representativo moderno, há a produção da individualização e da totalização que terminam por produzir uma “oposição sistemática, mas complementar, entre indivíduo e sociedade” (Idem, p. 124). A oposição indivíduo-social é, portanto, historicamente produzida e “tem estado presente (...) na objetivação das práticas psi que teimam em querer se colocar num ou outro lado da querela” (Idem, p.125). Política e desejo também são colocados como termos que se excluem, de tal forma que suas economias (da política e do desejo) passam a se opor. A manutenção da

oposição das economias serve para a perpetuação de territórios duros, impermeáveis ao devir, à alteridade, à diferença.

Percebemos assim, dois movimentos correlatos de privatização: dos serviços públicos e da vida. O primeiro diz respeito a uma tendência da saúde como direito ser continuamente ameaçada pelo contexto de Estado mínimo, que atende à demanda crescente de racionalização de despesas atreladas ao imperativo econômico em escala mundial e a concebe como mercadoria. Nesse movimento, a saúde vai, aos poucos, deixando de ser função do Estado. O segundo diz de uma tendência à produção de uma vida cada vez mais individualizada, isolada e solitária, com cada vez menos possibilidades de circulação.

Como mostramos em nosso primeiro capítulo, vivenciamos intensamente nos últimos pelo menos 40 anos no Brasil, a privatização dos modos de viver e sentir, principalmente na década de 70 – período em que se consolidou uma visão intimista da sociedade, principalmente na classe média, engajada em consumir e “subir na vida”. Essa privatização vem fazendo com que as pessoas pensem que não devem “se meter em política”, de modo que a vida se vê separada da política. Tal movimento produz uma separação também entre a clínica e a política, de modo que assistimos, algumas vezes, tal cisão ser atualizada no próprio campo da Reforma, por exemplo, quando se propõe que caberia à clínica debruçar-se sobre o sujeito do desejo e caberia à política intervir nos aspectos sociais dos usuários, ampliando suas redes de suporte social e/ou reestabelecendo sua cidadania (SANTOS, 2003).

Para Batista (1999) a economia, excluída de sua dimensão política, adere a um forte aliado: o discurso psicológico que reforça a dicotomia entre público e privado como espaços antagônicos, produzindo a intimização da vida a partir de interiores que se expressam em solitários e herméticos inconscientes ou personalidades, tornando a vida privada uma conquista individual à margem da história. A vida perde movimento, força política, e o capital se multiplica, permitindo apenas a luta pela busca de um voraz preenchimento de faltas ou vazios marcados por uma incompletude original que necessitará de saciamentos e de sublimações. A produção dessa falta triste requer tutela, ensimesmamento e inércia e encontra eficácia não só no espaço fabril ou doméstico, mas nos textos acadêmicos, nas práticas clínicas, nas análises psicanalíticas e nas formações psi em geral, travestido de humanismo potencializado nos olhares e escutas dos profissionais do intimismo.

Não basta, portanto, reapropriar-se dos meios de produção ou dos meios de expressão política (o que continua, entretanto, a ser fundamental): há que se entrar também no campo da economia subjetiva. Não estamos postulando simplesmente uma contrapolítica, uma contra-hegemonia, estamos chamando a atenção para a invenção de movimentos de ruptura que gerem

outros modos de subjetivação como imprescindíveis para qualquer mudança efetiva da realidade (BENEVIDES DE BARROS, 2002, p. 135).

A partir de nossa experiência, independente do campo em que comparece, percebemos que o Acompanhamento Terapêutico tem operado possibilitando a transformação da vida cotidiana, a partir de sua ação e circulação no território e da reativação dos espaços abertos. Experiência organizada sem centro, em rede, o AT faz-se como experiência coletiva, fora dos limites do indivíduo, propondo uma gestão comum da saúde e da vida dos acompanhados e é nisso também que está radicada sua potência. O at aventura-se nas experiências de crise, experimentando e produzindo, no limite da própria experiência, outros modos de pensar, aprender, amar, sentir. Aposta na potência de criação própria dos momentos de crise possibilita convivência e trocas com pessoas prisioneiras do seu próprio adoecimento, sem operar no sentido da normalidade, mas na produção novos modos de viver. Desvela-se aí sua dimensão política revolucionária (PALOMBINI, CABRAL E BELLOC, 2005).

É essa dimensão de rede, de circulação de fluxos, de abertura para o Fora que o AT afirma. Já vimos que a noção de Fora não se confunde com o exterior ao consultório, aos serviços ou a casa. Tampouco se refere a um exterior do campo do AT ou um exterior ao campo da clínica, mas a um aquém e além dos contornos visíveis e dizíveis do mundo objetivo e subjetivo, um aquém e além da representação. Refere-se ao Fora como plano das intensidades e a possibilidade de abertura para tais forças desindividualizantes. Refere-se à dimensão do público, do coletivo, ou do comum, como preferem Hardt e Negri (2005). A clínica acessa então um plano que está aquém e além do sujeito, plano do coletivo.

O coletivo, aqui, bem entendido, não pode ser reduzido a uma soma de indivíduos ou ao resultado de um contrato que os indivíduos fazem entre si. Coletivo diz respeito a este plano de produção, composto de elementos heteróclitos e que experimenta, todo o tempo, a diferenciação. Coletivo é multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças. No plano de produção, plano coletivo das forças, lidamos com o que é de ninguém, ou, poderíamos dizer, com o que é da ordem do impessoal. No coletivo não há, portanto, propriedade particular, pessoalidades, nada que seja privado, já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas. É aí que entendemos se dar a experiência da clínica: experimentação no plano coletivo, experimentação pública (PASSOS E BENEVIDES DE BARROS, 2004, p. 168).

Assim, segundo Passos e Benevides de Barros (2004), ao afirmarmos a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade, afirmamos sua inseparabilidade da política. O que vem à tona é a dimensão sempre coletiva da clínica, a dimensão das redes de relações nas quais os processos de produção de saúde e de subjetividade se efetivam. É nesse

plano pulsional, sem formas, pura força, plano coletivo, público, em que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas que se dá a experiência da clínica. A clínica é entendida como pública e coletiva, porque implicada com a forma coletiva de produção de subjetividade. A dimensão do público ou do coletivo é a própria dimensão das redes no contemporâneo. Ela se faz numa operação de desestabilização das propriedades, do próprio, das essências e das identidades, num processo de criação de si e do mundo, como resistência às formas de assujeitamento (MOURÃO ET AL, 2002). Revela-se então, inseparável do campo social, da história, da política, da ética, da estética, tornando-se mais do que nunca desprivatizante, menos íntima e mais estranha (RAUTER ET AL, 1996).

O AT resiste aos movimentos de privatização tanto dos serviços, quanto das práticas em saúde mental. Resiste à privatização e intimização das vidas, produzindo aberturas e passagens aos fluxos da vida, para a produção de uma clínica pública.

Colocado no tempo e nos fluxos, o AT opera contra fluxos aos “movimentos-paralisantes-homogeneizantes” do capitalismo contemporâneo, produzindo movimentos e conexões de forças que intensificam a vida em seu caráter afirmativo e criativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhamos o dispositivo AT a partir dos contextos e vetores que o constituem atentando sempre para a indissociabilidade radical entre a clínica e a política que ele opera. A partir desse percurso, realizamos alguns contornos, delimitamos algumas questões que se colocavam para nós como pulsantes e produtoras de inquietação. Tais questões tornaram-se ponto de referência, guias em nossa trajetória e, ao mesmo tempo outras delas derivaram, instigando-nos a seguir nesse “caminhando” ao qual nos propusemos, através de novas problematizações.

Uma questão com a qual nos deparamos foi a idéia de apresentarmos um ou mais “casos” ao longo da pesquisa. Ao iniciarmos a apresentação desses, percebemos duas narratividades, dois registros narrativos que precisavam interceder entre si: as reflexões teórico-críticas e os relatos de acompanhamento. O AT, como um regime de intercessão entre diferentes narrativas, mostrou-nos que são muitas as políticas de narratividade que a clínica nos impõe e que, mesmo que não “contássemos um caso”, a experiência prática compareceria. O modo como trabalhamos e apresentamos as funções que o AT atualiza foi um modo de narrarmos os acompanhamentos no AT e uma escolha quanto a um modo de dizer, fazer e viver o AT. Tal forma de narrar a experiência foi fazendo aparecer o AT como “um caso da clínica”.

Além disso, durante todo o processo de pesquisa estivemos acompanhados e acompanhando: a elaboração de nossas idéias e propostas foi continuamente acompanhada, por colegas de mestrado e por professores, tanto nas disciplinas, quanto na Qualificação¹¹⁸, e na Pré-defesa¹¹⁹. Também participaram desse percurso os integrantes do Projeto AT da UFRGS e do Projeto AT da UFF. Esse processo coletivo de produção de conhecimento evidenciou que o Acompanhamento Terapêutico se faz em meio a muitos ats, incluindo as pessoas que também acompanhamos nesses anos.

Assim, vimos que foi num cenário de Reforma Psiquiátrica que surgiu o Acompanhamento Terapêutico, tendo adquirido no Brasil uma inflexão das singularidades do Movimento brasileiro. Apresentamos algumas experiências que se destacam no cenário nacional, em estados como Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Pernambuco e Santa Catarina. Certamente existem especificidades na implementação do AT nos diferentes estados apresentados, as quais colocam também

¹¹⁸ Professores Eduardo Passos, Heliana Conde e Analice Palombini.

¹¹⁹ Professor Eduardo Passos e aluna Selma do Rosário.

diferentes questões para o Movimento de Reforma e para a implementação das políticas de saúde mental. Entretanto, não nos propusemos a aprofundar tais singularidades, já que isso implicaria numa proximidade maior com o contexto político de cada estado, inviável no percurso da pesquisa. Tomando o AT como dispositivo clínico-político, o que se colocou como questão fundamental foi a investigação das relações de forças que se estabelecem quando o AT se insere no campo da saúde pública brasileira, mais especificamente na chamada rede de serviços de saúde mental.

Foi nos limites do dispositivo do consultório e para dar conta de experiências limites que o AT tomou a cidade como campo de experimentação, inserindo-se para além dos estabelecimentos de saúde. Passou a realizar uma “clínica sem muros”, problematizando a um só tempo a doença mental e sua relação com os espaços urbanos e interrogando radicalmente as práticas manicomiais. Comparece, assim, como importante potência no processo de desinstitucionalização da loucura e de construção de redes substitutivas ao manicômio, desempenhando um papel indispensável para a manutenção da dimensão de movimento do processo de Reforma. Entretanto, vimos também que, paradoxalmente, no contexto atual, há uma tendência no campo do AT de institucionalização e privatização da clínica, fazendo do mesmo um especialismo.

Apresentamos alguns vetores que compõem e modificam o dispositivo AT, incluindo algumas articulações com a Psiquiatria e a Psicanálise. Percebemos um grande investimento dos acompanhantes terapêuticos em compartilhar suas experiências e construir um “fazer-saber” que compõe e articula saberes da clínica e de fora da clínica (fora-clínica). Nesse sentido, há uma aposta na construção coletiva de sentidos para a produção de conhecimento, o que pressupõe tensionamento de forças.

Vimos como, no Brasil, a articulação do AT com a Universidade tem produzido a desmontagem de clichês e de saberes consagrados, alargando os espaços de atuação clínica, os trânsitos e intercruzamentos entre diferentes áreas na produção de conhecimento. Percebemos que as experiências de AT através de alianças entre Universidade e os serviços da rede pública de saúde vêm produzindo necessárias problematizações a respeito daquilo que no próprio movimento de desinstitucionalização da loucura se coloca como desafio a ser enfrentado, tanto pelas universidades quanto pelos serviços de saúde.

A cidade, por sua vez, insere-se como linha de subjetivação do dispositivo, sendo experimentada em sua dimensão de rede, de circulação de fluxos, abrindo espaços e tempos para a vida acontecer. Coloca em evidência a necessária criação de projetos clínico-políticos capazes de produzir novas redes de sociabilidade.

Essas relações que se estabelecem entre os vetores (linhas) que compõem o plano de experimentação clínica do AT, portanto, foram nos fazendo perceber algumas funções que dispositivo AT atualiza.

A condição minoritária do trabalho do AT, sustentada na proposta de um trabalho no território, sem uma rígida sistematização teórica e sem um contorno identitário vem sendo confundida com uma condição de menoridade. Tal condição diz de uma atitude que se diferencia daquilo que na clínica é um padrão majoritário e que radicaliza uma aposta na intercessão entre diferentes saberes (*função micropolítica: devir minoritário*). Por constituir-se como um dispositivo híbrido, operando no trânsito entre diferentes disciplinas, o AT não tem seus contornos delimitados, não podendo ser reduzido a um saber, seja ele médico, psicológico, psicanalítico, filosófico ou qualquer outro. Apresenta-se operando um movimento transversal na clínica, desestabilizando os limites identitários e colocando em questão a própria noção de disciplina (*função de transversalização*).

Além disso, também podemos ressaltar que o AT insere-se no contexto das trocas sociais estabelecidas com a cidade, a partir dos elementos próprios à vida cotidiana dos acompanhados. Sendo assim, ele desloca a clínica do consultório, seu território por excelência e “invade” outros territórios, desterritorializando e equivocando-a naquilo que nela comparece como instituído. Na medida em que toma a cidade como campo de experimentação, tensiona constantemente a clínica em seus limites, evidenciando que ela se dá no limiar da própria experiência. O AT coloca em questão “aquele que sabe” sobre o sofrimento do outro, pois as intervenções não partem apenas do acompanhante, mas da rede (*função deslocalizadora e analisadora da clínica*).

Conectando-se com os fluxos da cidade, o AT tece redes de cuidado produtoras de saúde, constituindo-se numa clínica rizomática, com contornos mínimos, operada nos percursos e nos encontros que a cidade produz. Apresenta-se, então, como uma operação em rede implicada na desconstrução das cronicidades. Diferente do funcionamento do capitalismo que produz redes frias, produtoras de homogeneização, opera um funcionamento das redes quentes, produtoras de diferenciação, de novas formas de existência, através de experiências sempre públicas e coletivas (*função rizomática ou limiar*).

Como efeito da conjugação com a noção de território vemos a ampliação da própria clínica e a produção de outros modos de habitar a cidade. O AT problematiza então, a um só tempo, a doença mental e sua relação com os espaços urbanos. A circulação e a operação em rede configuram-se, assim, como resistência aos modelos centrípetos de poder, colocando em evidência a importância da desinstitucionalização da clínica no próprio Movimento da

Reforma Psiquiátrica brasileira (*função de resistência aos modelos centrípetos: o AT como um analisador da Reforma*).

A partir de sua ação no território, os ats acompanham pessoas em suas moradias, em seus bairros e pelas ruas da cidade, em viagens, nos seus trabalhos, nos serviços em que são atendidas, nos espaços em que a vida acontece. Por isso, podem traçar os percursos que seus acompanhados fazem nesses espaços, ajudando-os a dar consistência àqueles que se apresentam como possibilidade de construção de um novo jeito de experimentar a vida (*função de territorialização*). A partir da possibilidade de produção de modos de subjetivação autônomos e singulares, os próprios acompanhados passam a decidir sobre aspectos que dizem respeito à sua saúde e (re) posicionam-se como sujeitos protagonistas e co-responsáveis de suas próprias trajetórias (*função inclusiva*).

O AT não tem a doença como referência do trabalho, pelo contrário, empenha-se contra as políticas do enclausuramento e de privatização da saúde e da vida através da invenção de novas saídas para nossas sempre novas perguntas, através de uma gestão comum. Nesse sentido, comparece como função publicizante da/ na clínica, colocando para ela um estatuto, uma dimensão não privada e não especialista, que diríamos pública.

Assim, o AT tomado enquanto dispositivo que atualiza diferentes funções clínico-políticas indica um modo de fazer funcionar a clínica mais do que a identificação com um cargo ou um papel.

Mas então, nossas questões desdobram-se em outras: quais políticas públicas queremos implementar? Queremos o AT como uma política da coordenação nacional de saúde mental? Vamos lutar por vagas nos Caps para at? A forma de inserção do at deverá ser através de concurso para a rede de saúde mental? A experiência de Viamão, em que foi realizado concurso público para profissionais de nível médio, é uma exceção? É um modelo?

Por ora, não nos propomos a responder tais questões. Deixaremos que elas nos levem a trilhar novos caminhos, para que possamos dar consistência aos tensionamentos que elas nos colocam. O que podemos, isso sim, desde já afirmar é que o AT não pode ser encarado como uma receita nacional levada a cabo por uma corrida corporativa, sendo tomado como um dispositivo exclusivamente dos psiquiatras, psicólogos e psicanalistas. Faz-se necessário, portanto, que a sua força instituinte ganhe institucionalidade guardando graus de desinstitucionalização, para que ele não acabe restrito aos especialismos.

Tal pesquisa constituiu-se, então, num passeio de uma viagem maior que é a construção de nossa formação enquanto profissionais de saúde engajados na luta pela desinstitucionalização não só da loucura, mas da clínica ela mesma. Nosso empenho na

produção do conhecimento não se separa do empenho na produção de saúde e de subjetividades implicadas com o viver comum.

Desejamos que, tal como o dispositivo AT, nossa pesquisa tenha possibilitado ao leitor inquietação, desacomodação, desassossego e que contribua para manter aceso o sempre necessário debate para que nosso “fazer-saber” seja pautado pela ética e pela potência criativa da clínica. Apostamos no AT como mobilizador de forças capazes de criar práticas, linguagens, condutas, formas de vida e desejos coletivos para a consolidação de uma clínica pública.

Convidamos o leitor a compartilhar esta aposta e a contagiar-se com outras tantas que também se desviam da lógica do sistema produtor de homogeneidades, sabendo que, embora guardem suas singularidades e condições locais, nossas lutas estão mergulhadas numa rede comum (NEGRI E HARDT, 2005).

REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AATRA. *Asociación de Acompañantes Terapêuticos de la República Argentina*. <http://www.aatra.Org.ar>. Acesso em 04/07/2006.

AGUIAR, Adriano Amaral de. *Da Medicalização da Psiquiatria à Psiquiatrização da Vida: uma Cartografia Biopolítica do Contemporâneo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2002.

AGUIAR JÚNIOR, Jair Rodrigues de. *A Construção do Caso Clínico no Acompanhamento Terapêutico*. <<http://siteat.cjb.net>>. Acesso em 16/11/2005.

ANGUIANO, Enrique Cortés. El acompañante terapéutico: una propuesta clínica para las psicosis. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta, Ano XV, nº 162, out. de 2002, p. 07-09.

ARAÚJO, Fábio. *Um Passeio Esquizo Pelo Acompanhamento Terapêutico*. Niterói, 2006.

ASM/SES. *Projeto de Integração Docente Assistencial em Saúde Mental*. (mimeo)

BARBOSA, Adriana Canepa. Acompanhante-acompanhado: história de dois. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Textos, Texturas e Tessituras*. São Paulo: Hucitec, 2006, p.27-35.

BARRETTO, Kleber Duarte. A importância do experienciar e do cuidar na prática do Acompanhamento Terapêutico. In: CATAFESTA, I.F.M.D. (Org.) *D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo*. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, 1996, p. 291-305.

_____. Uma proposta de uma visão ética no acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.) *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta. 1997, p. 241- 268.

_____. *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Editora Unimarco, 2000.

_____. *Acompanhamento Terapêutico: uma clínica do cotidiano*. <<http://siteat.cjb.net>> Acesso em 16/11/2006.

BAPTISTA, Luis Antônio. As cidades da falta. In: *Saúde e Loucura*. São Paulo: Hucitec, 1997, p.170-182.

_____. *A Cidade dos Sábios: Reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades*. São Paulo: Summus, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. *Globalização: as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p. 170-182.

BELLOC, Márcio Mariath. *Ato Criativo e Cumplicidade*. Dissertação (Mestrado em Artes Visuais) – Instituto de Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

BELTRÃO, Cyntia Mesquita. *A Formação do AT*. <<http://siteat.cjb.net>>. Acesso em 16/11/2006.

BENEVIDES DE BARROS, Regina. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo 1994.

_____. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

_____. Clínica e social: polaridades que se opõem/complementam ou falsa dicotomia? In: RAUTER, C., PASSOS E., BENEVIDES R. (Orgs). *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 2002.

_____. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e Capturas em Tempos Neoliberais. In: *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 196-206.

BENJAMIN, Walter. *Imagens do Pensamento* In: *Rua de Mão Única*. São Paulo: Brasiliense, 2000, p. 143-277.

BERGER, Eliane. Comentários. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

_____. Acompanhamento Terapêutico: Invenções. EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo, EDUC, 1997.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton Carlos. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. (Orgs.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1992.

_____. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In: GUIMARÃES, Ricardo; TAVARES, Reinaldo. (Orgs). *Saúde e sociedade no Brasil: 1 anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p. 171- 191.

_____. A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação? In: *Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano*. Cadernos IPUB, n.14, Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, 1999.

BIRMAN, Joel. Como era gostoso o meu francês: sobre o campo psicanalítico no Brasil nos anos 80. In: GUIMARÃES, Ricardo; TAVARES, Reinaldo. (Org.) *Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p. 155-169.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 41-72.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.

_____. *Relatório Final III Conferencia Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

BRASIL, Vera. Vital. Ferramentas para uma prática clínica voltada para os direitos humanos: operação histórica. In: RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES Regina. (Orgs). *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Equipe Clínico-Grupál, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 2002.

CABRAL, Károl Veiga. *Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo da Reforma Psiquiátrica: Considerações Sobre o Setting*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2005.

CABRAL, Károl Veiga; BELLOC, Márcio Mariath. O Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo da Reforma Psiquiátrica: duas experiências em saúde mental coletiva. In: PALOMBINI, A. L. (et al). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

CAIAFFA, Renata de Azevedo. O Acompanhante Terapêutico e a Rua. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

CALVINO, Italo. *As Cidades Invisíveis*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

CAMARGO, Elisa Maria Cavalcanti. O Acompanhante Terapêutico e a Clínica. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

CARROZZO, Nelson Luiz. Campo de criação, campo terapêutico. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

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

CASTEL, Robert. Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação – Precariedade do Trabalho e Vulnerabilidade Relacional. In: *Saúde de Loucura*. No. 4. São Paulo: Hucitec, s/d, p. 21-48.

CAT - CÍRCULO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO *Uma Contribuição Significativa*. <http://siteat.cjb.net> Acesso em 16/11/2006.

CAUCHICK, Maria Paula. *Sorrisos Inocentes, Gargalhadas Horripilantes: Intervenções no acompanhamento terapêutico*. São Paulo, Anna Blume, 2001.

CERQUEIRA, Áurea Chagas. *Acompanhamento Terapêutico: um olhar sobre a família*. <<http://siteat.cjb.net>>. Acesso em 16/11/2006.

CHAUVET, Gerardo Gonzáles. El acompañamiento terapêutico: hacia la restitución Del lazo social. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta, Ano XV, nº 162, out. de 2002, p. 15-19.

CHNAIDERMAN, Mirian. Comentários. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

COIMBRA, Cecília Maria. *Guardiães da Ordem – Uma Viagem pelas Práticas Psi no Brasil do “Milagre”*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995, p. 01-38.

COIMBRA, C. Maria. Por uma Psicologia Cidadã. Entre Linhas, Porto Alegre, n.º 15, jul/ago. 2002. P.6-7. Entrevista. In: PELLICIOLI, Eduardo. *O Trabalho do Acompanhamento Terapêutico em Grupo: novas tecnologias na rede pública de saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004.

COIMBRA, Cecília Maria; NASCIMENTO, Maria Livia. Jovens Pobres: o mito da periculosidade. In: FRAGA, Paulo César Pontes; IUNIANELLI, Jorge Atílio Silva (Orgs) *Jovens em tempo real*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003, p. 19-36.

COIMBRA, Cecília Maria et al. Intervenção clínica quanto à violação dos Direitos Humanos: por uma prática desnaturalizadora na teoria, na ética, na política. In: RAUTER, Cristina; PASSOS, EDUARDO; BENEVIDES, Regina. (Orgs). *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais- RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 2002, p.113-121.

CROMBERG, Renata Udler. O buraco e a escada manca. In: *Percurso Revista de Psicanálise*. São Paulo: Ano IX, no. 18, 1º. Semestre de 1997, p. 59- 64.

DELEUZE, Gilles. Foucault, Historiador do Presente. In: ESCOBAR, Carlos Henrique (Org.). *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

_____. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed.34, 1992.

_____. *O mistério de Ariana*. Tradução: Edmundo Cordeiro Lisboa: Ed. Veja/Passagens, 1996.

_____. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. Psicanálise morta análise. In: *Diálogos*. São Paulo: Ed. Escuta, 1998, p. 93-144.

_____. Políticas. In: *Diálogos*. São Paulo: Ed. Escuta, 1998, p. 93-144.

_____. O atual e o virtual. In: *Diálogos*. São Paulo: Ed. Escuta, 1998, p. 93-144.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. As máquinas desejanter. In: *O Anti-Édipo*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 15-70.

_____. *O que é filosofia?* Rio de Janeiro: 34, 1993.

_____. Introdução: Rizoma. In: *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. I. São Paulo: Ed. 34, 1995.

_____. Micropolítica e segmentaridade. In: *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. III. São Paulo: Ed. 34, 1996.

_____. 10.1730 – Devir-Intenso, Devir-Animal, Devir-Imperceptível. In: *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. IV. São Paulo: Ed. 34, 1997, p. 11-114.

_____. Aparelho de Captura. In: *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. V. São Paulo: Ed. 34, 1997b, p. 111-178.

DESCAMPS, C.; RIBON, Didier; MAGGIORI, Robert. Mil platôs não formam uma montanha... In: ESCOBAR, Carlos Henrique (Org). *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991, p. 115-126.

EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo, EDUC, 1997.

EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” <<http://www.acasa.com.br>>. Acesso em 04/07/2006.

EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Textos, Texturas e Tessituras*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ESCOBAR, Carlos Henrique (Org). *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

ESTELITA-LINS, Carlos; OLIVEIRA, Verônica Miranda de; COUTINHO, Maria Fernanda. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. In: *Psique Revista de Psicanálise - Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico*. Ano X, n. 18 (set/2006). São Paulo: Unimarco, 2006, p. 151-166.

ESTILOS DA CLÍNICA. São Paulo, AnoX, n. 19, 2º. Semestre de 2005.

FERREIRA NETO, João. Leite. Psicologia e política: uma interpretação foucaultiana. In: *Revista Psicologia Política*. v. 6, p. 65-81, 2006.

FIGUEIREDO, Ângela Liggerini; SEGAL, Jair. Indicação e expectativas do trabalho do acompanhamento terapêutico. In: PELLICCIOLI, E. et alli. (Org.). *Cadernos de AT – uma clínica itinerante*. Porto Alegre: Apoio Cultural FEPLAM, 1998. p. 79-86.

FIORATI, Regina Célia. *Acompanhamento Terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FOLDER DO PROJETO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

_____. Uma estética da existência, Entrevista com Michel Foucault. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994, Vol. IV, pp. 730-735.

_____. Anti-Édipo: uma introdução à vida não fascista. In: ESCOBAR, Carlos Henrique. (Org.). *Dossier Deleuze*. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991, p. 79-88.

_____. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes, 1993.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUSS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *Em defesa da sociedade: curso Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

FRÁGUAS, Veridiana. *Saindo do ab(aut)ismo: o vivido de uma experiência a partir de um trabalho de acompanhamento terapêutico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____. *Algumas reflexões sobre uma experiência de acompanhamento terapêutico dentro da escola*. <<http://siteat.cjb.net>>. Acesso em 16/11/2006.

FUJIHIRA, Carolina Yuki. Acompanhando a inclusão: um percurso ético. In: *Psiquê*, Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 18 (set/2006). São Paulo: Unimarco, 2006, p. 101-108.

FURTADO, Juarez Pereira. *Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos existentes no SUS*. Ver. *Ciência e Saúde Coletiva* [periódico na Internet] 2006 maio. <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em 21/05/2006

GHERTMAN, Iso Alberto. Teorização no Acompanhamento Terapêutico: Impasse ou Ruptura? In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo, EDUC, 1997, p. 233-239.

GONZÁLES, Luis Enrique Rubi. El lazo social: la función testigo desde el acompañamiento terapêutico en las psicosis. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Editora Escura, Ano XV, no. 162, out. de 2002, p. 23-27.

GRUPO TRAMA. Reflexões sobre o Lugar da Saída no Acompanhamento Terapêutico. EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo, EDUC, 1997, p. 121-126.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica - Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

GUATARRI, Felix. Linguagem, Consciência e Sociedade. In: *Saúde e Loucura*. No. 2. São Paulo: Hucitec, s/d, p. 13-17.

_____. A Transversalidade. In: *Revolução Molecular: Pulsões Políticas do Desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

_____. Restauração da Cidade Subjetiva. In: *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992, p. 169-179.

_____. *As Três Ecologias*. Campinas: Papirus, 2001.

GUERRA, Andréa Máris Campos; MILAGRES, Andréa Franco. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da Psicanálise a essa clínica em construção. In: *Estilos da Clínica*. Dossiê: Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 19, 2º. Semestre de 2005.

HARDT, Michael; NEGRI, Antônio. Os rastros da multidão. In: *Multidão*. Rio de Janeiro: Record, 2005, p. 247-290.

HERMANN, Maurício Castejón. O Significante e o Real na Psicose: Ferramentas Conceituais para o Acompanhamento Terapêutico. In: *Estilos da Clínica*. Dossiê: Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 19, 2º. Semestre de 2005.

IBRAHIM, Cesar. Do louco à loucura: Percurso do Auxiliar Psiquiátrico no Rio de Janeiro. EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991, p. 43-49.

JERUSALINSKY, Julieta. O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta, Ano XV, no. 162, out. de 2002, p. 32-41.

KEHDY, Roberta Wanderley. *O desabrochar de Rosa: reflexões sobre um acompanhamento terapêutico em anorexia*. <<http://siteat.cjb.net>>. Acesso em 16/11/2006.

KINOSHITA, Roberto Tikanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 55-59.

LANCETTI, Antônio. Saúde Mental nas Entradas da Metrópole. In: _____ (Org.) *Saúde Mental e Saúde da Família*. SaúdeLoucura, n. 7. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. A amizade e o Acompanhamento Terapêutico. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Textos, Texturas e Tessituras*. São Paulo: Hucitec, 2006a, p. 21-26.

_____. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006b.

LEAL, Erotildes Maria. A experiência da violência na rede de assistência à saúde mental – notas. In: RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES Regina. (Orgs). *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca Mais-RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 2002, p. 141-150.

LERNER, Rogério. Matriz discursiva da contra- transferência. In: *Psiquê*, Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 18 (set/2006). São Paulo: Unimarco, 2006, p. 21-28.

LOURAU, Renné. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.) *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 67- 86.

_____. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (Org.) *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 47-65.

_____. Implicação e Sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.) *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 186- 198.

_____. Implicação-Transdução. In: ALTOÉ, S. (Org.) *Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 212- 223.

_____. No Rumo da Intervenção Socioanalítica. In: *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975, p. 265-288.

LOURAU, Renné. *Le Journal de recherche*. Paris: Méridiens Klincksieck, 1988.

MACHADO, Roberto. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001, p. VII- XXIII.

MACIEL JÚNIOR, Alterives. O problema da escolha e os impasses da clínica na era do biopoder. In: MACIEL JÚNIOR, Alterives; KUPERMANN, Daniel; TEDESCO, Sílvia. (Orgs). *Polifonias: clínica, política e criação*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005, p. 51-61.

MAIA, Suzana Magalhães. O acompanhamento terapêutico como uma técnica de manejo. In: *Psiquê*, Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 18 (set/2006). São Paulo: Unimarco, 2006, p. 29-40.

MARAZINA, Isabel. Comentários. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

MARINHO, Débora. Das teias familiares à encarnação da águia. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Textos, Texturas e Tessituras*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 133-141.

MAUER, Susana Kuras de; RESNIZKY, Silvia. *Acompanhantes Terapêuticos e Pacientes Psicóticos: Manual introdutório a uma estratégia clínica*. Campinas: Papyrus, 1987.

METZGER, Clarice. Um Olhar sobre a Transferência no Acompanhamento Terapêutico. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Textos, Texturas e Tessituras*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 171-187.

MILAGRES, Andréa Franco. *Proposta para Ats nos CERSAMS*. Mineo.

MOURÃO, Jane Calhau et al. Violência Organizada, Impunidade e Silenciamento. In: RAUETR, Cristina; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. (Orgs). *Clínica e Política: subjetividade e violação dos Direitos Humanos*. Equipe Clínico-Grupal, Grupo Tortura Nunca mais - RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 2002, p. 51-58.

MUYLAERT, Marília. A. AT como dispositivo clínico: uma perspectiva da esquizoanálise. In: *Psiquê*, Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 18 (set/2006). São Paulo: Unimarco, 2006.

NEGRI, Antônio. O Poder constituinte: o conceito de uma crise. In: *O Poder Constituinte*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p.7-56.

NETO, Leonel Braga. Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo, EDUC, 1997, p. 101-108.

NEVES, Cláudia Abbês. *Interferir entre Desejo e Capital*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público – privado. In: *Revista de Administração Pública (RAP)*. 37(2), Mar/Abr, 2003, p. 189-200.

PALOMBINI, Analice de Lima. (et al). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

_____. Adendo da inclusão do acompanhante terapêutico nas equipes de saúde mental. In: PALOMBINI, A. L. (et al). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, p. 83-92.

_____. O Rei está morto, viva o psiquiatra! Dispositivos de Poder, Psicanálise e Loucura. In: *A masculinidade*. Porto Alegre: Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre n.28, 2005.

_____. *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade*. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

_____. Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: um projeto de ensino, pesquisa e extensão. (mimeo)

PALOMBINI, Analice de Lima; CABRAL, Károl Veiga; BELLOC, Márcio Maritah. Acompanhamento Terapêutico: Vertigens da Clínica no Concreto da Cidade. In: *Estilos da*

Clínica. Dossiê: Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 19, 2º. Semestre de 2005, p. 32-59.

PASSOS, E. (et al). *Relatório Final do Projeto AT: Ações de Implementação de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública de Saúde Mental.* mimeo

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES DE BARROS, Regina. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* Jan-Abr 2000, v.16, n. 1, p. 71-79.

_____. Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo. In: *Psicologia Clínica Pós-graduação e Pesquisa.* PUC-RJ, v.13, n.1, 2001, p. 89-99.

_____. A Instituição e sua Borda. In: FONSECA, T. M., KIRST, P. (Orgs.) *Cartografias e Devires. A construção do presente.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003, p. 341-355.

_____. Clínica, política e as modulações do capitalismo. In: *Revista Lugar Comum.* Rio de Janeiro, n. 19-20, Jan./jun. de 2004, p. 159-171.

_____. O que pode a clínica? A posição de um problema e de um paradoxo. In: FONSECA, Tânia Gali; ENGELMAN, S. (Orgs.) *Corpo, arte e clínica.* Porto Alegre: UFRGS Editora, 2004, p. 275-286.

_____. Passagens da Clínica. In: MACIEL JÚNIOR, A; KUPERMANN, D; TEDESCO, S. (Orgs). *Polifonias: clínica, política e criação.* Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005, p. 89-99.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva.* Vol.10, n. 3. Rio de Janeiro. Jul./set. 2005b, p. 315-325.

_____. *Projeto Integrado.* Mimeo, s/d.

PASSOS, Eduardo; PITOMBO, Luciana. *Alguns Aspectos da Relação entre a História e a Clínica no Movimento da Reforma Psiquiátrica.* <<http://www.slab.uff.br/>>. Acesso em 30/09/2006.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist. Cienc. Saúde. Manguinhos.* 11(2), 2004, p. 241-158.

PEIXOTO, Néelson. Ver o Invisível. In: *Paisagens Urbanas.* São Paulo: Senac, 1996.

PELBART, Peter Pal. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura.* São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: Lancetti, A (org) *Saúde Loucura 2.* São Paulo: Hucitec, 1991, p. 131-138.

_____. Cidade, lugar do possível. In: *A vertigem por um fio: Políticas de Subjetividade Contemporânea.* São Paulo: Iluminuras, 2000, p. 43-49.

PELLICCIOLI, Eduardo; GUARESCHI, Neusa; BERNARDES, Anita. *O trabalhador da saúde mental na rede pública: o acompanhamento terapêutico na rede pública*. Anais do XI Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social. Florianópolis, 2001.

PELLICCIOLI, Eduardo et al. (Orgs.) Acompanhamento e psicanálise: é possível? In: *Cadernos de AT - uma clínica itinerante*. Porto Alegre: Apoio Cultural FEPLAM, 1998, p. 117-129.

PELLICCIOLI, Eduardo. *O Trabalho do Acompanhamento Terapêutico em Grupo: novas tecnologias na rede pública de saúde*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PICHÓN-RIVIERE, E. *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social (I)*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1971.

PITIÁ, Ana Celeste; SANTOS, Manuel Antônio dos. *Acompanhamento terapêutico: A construção de uma estratégia clínica*. São Paulo: Vetor, 2005.

PORTO, Maurício; SERENO, Deborah. Sobre o Acompanhamento Terapêutico. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991.

PORTO, Maurício. Greta e Nonato. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.

PSYCHÊ REVISTA DE PSICANÁLISE – EDIÇÃO ESPECIAL ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO. São Paulo: Unimarco, ano X, n.18, set. 2006.

PULICE, Gabriel Omar; MANSON, Federico. Acompanhamento Terapêutico: Contexto Legal, Coordenadas Éticas e Responsabilidade Profissional. In: *Estilos da Clínica. Dossiê: Acompanhamento Terapêutico*. Ano X, n. 19, 2º. Semestre de 2005.

_____. *Del “Mito de Origen”, a la situación actual Del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica*. Texto escrito para ser apresentado no Evento de Acompanhamento Terapêutico em Porto Alegre, em outubro de 2005 (2005b).

PULSIONAL REVISTA DE PSICANÁLISE. São Paulo: Editora Escuta, ano XV, n. 162, out. 2002.

RAUTER, Cristina. *A produção social do negativo*. Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ), Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 107-120, 2003.

RAUTER, Cristina et al. Teorias e Práticas Psicológicas em Instituições Públicas. Uma Abordagem Transdisciplinar da Clínica. In: *Cadernos de Subjetividade*. São Paulo, v. 4, p. 176-186, 1996.

RAUTER, Cristina; PASSOS Eduardo; BENEVIDES Regina (Orgs). *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Equipe Clínico-Grupál, Grupo Tortura Nunca mais - RJ. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 2002.

REIS NETO, Raymundo de Oliveira. O. *Acompanhamento Terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em Saúde Mental no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

_____. *Sobre o Acompanhamento Terapêutico*. Mimeo, s/d.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. (Orgs.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2000, p.15-74.

RICHTER, Ernesto Pacheco. *Fragments de um acompanhamento terapêutico: reflexões a partir da teoria crítica da sociedade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Guia de Serviços de Saúde Mental. s/d.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Quando Clio encontra Psyché: pistas para um (des) caminho formativo. In: *Cadernos Transdisciplinares*. Rio de Janeiro: IP/UERJ, 1998, p. 33-69.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde (et al) Os Psicanalistas Argentinos no Rio de Janeiro: problematizando uma denominação. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; JACÓ- VILELA, A. M.; CEREMZO, A. C. (Orgs). *Clio – Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ FAPERJ, 2001, p. 139-152.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; BENEVIDES DE BARROS, Regina. Socioanálise e práticas grupais no Brasil: um casamento de heterogêneos. In: *Psicologia Clínica*. V. 15, n. 1. Rio de Janeiro, 2003, p. 61-74.

ROLNIK, Suely. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

_____. Clínica Nômade. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.

ROSSI, Gustavo. *História do AT na Argentina*. <<http://siteat.cjb.net/>>. Acesso em 16/11/2006.

ROTELLI, Franco. O inventário das Subtrações. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 61-64.

_____. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 89-99.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma Outra Via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 17-55.

RUIZ, Valéria Salek. *A Dimensão Gestonária da Clínica: A Experiência em serviço de Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, Adriana Rosa Cruz. *Alienados, anormais, usuários, claudicantes: a máquina psiquiátrica e a produção da subjetividade falha*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

SANTOS, Ricardo Gomides. Ventos Transferenciais no Acompanhamento Terapêutico. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Textos, Texturas e Tessituras*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 43- 66.

SERENO, Deborah. *Acompanhamento Terapêutico de Pacientes Psicóticos: uma clínica na cidade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1996.

_____. Acompanhamento Terapêutico e cinema. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997, p. 49-59.

_____. Acompanhamento Terapêutico e educação inclusiva. In: *Psiquê*, Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 18 (set/2006). São Paulo: Unimarco, 2006, p. 167-179.

SERENO, Deborah; PORTO, Maurício. Sobre acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *A Rua como Espaço Clínico: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Escuta, 1991, p. 23-31.

SERRANO, Abraham Ortiz. Acompañamiento terapéutico, hacia una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis. In: *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta, Ano XV, nº 162, out. de 2002, p. 46-53.

SHIRAKAWA, Itiro. *O ajustamento social na esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial, 1992.

SIMÕES, Cristiane Helena Dias. *A produção científica sobre o Acompanhamento Terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica*. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

SILVA, Ana Laura Bicalho Prates e; SILVA, Maria Beatriz Pimentel dos Santos. Acompanhamento Terapêutico: Técnicas e Ética. In: EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA “A CASA” (Org.) *Crise e Cidade: Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997, p. 219-231.

SILVA, Alex Sandro Tavares da. *A Emergência do Acompanhamento Terapêutico: O processo de constituição de uma clínica*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

_____. *A Psicologia tomando a "rua" como setting: o "fazer andarilho"*. <<http://siteat.cjb.net/>>. Acesso em 16/11/2006c.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. *O cristal de várias faces. A psicanálise, o campo de saber psiquiátrico e o modelo assistencial das comunidades terapêuticas*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 1993.

VARELLA, Maria do Rosário Dias, LACERDA, Fernanda; MADEIRA, Michelângela. Acompanhamento Terapêutico: da construção da rede à reconstrução do social. In: *Psiquê*, Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 18 (set/2006). São Paulo: Unimarco, 2006, p. 129-140.

VELOSO, Renata Simões; SERPA JÚNIOR, Octávio Domont de. O Acompanhante Terapêutico "em ação" no campo público da assistência em saúde mental. In: *Revista Latinoamericana e Psicopatologia Fundamental*. Ano IX, n.2, junho de 2006, p. 318-338.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. O que a clínica do AT ensina sobre formação. In: In. EQUIPE DE AT DO HOSPITAL – DIA "A CASA" (Org.) *Textos, Texturas e Tessituras*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 109-122.

ZILBERLEIB, Carlota Maria Oswald Vieira. *O Acompanhamento Terapêutico e as relações de objeto em pacientes-limites*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. O acompanhamento terapêutico e as relações objeto em pacientes-limites. In: *Psiquê*, Edição Especial Temática Acompanhamento Terapêutico. Ano X, n. 18 (set/2006). São Paulo: Unimarco, 2006, p. 53-66.

ANEXOS

ANEXO1. CARTA PARA INSTITUIÇÕES DA AMÉRICA LATINA

Olá! Eu estou entrando em contato com vocês através de X (se havia alguém conhecido). Eu sou estudante do mestrado de Psicologia da Universidade Federal Fluminense e orientanda da professora Regina Benevides (UFF e Grupo Tortura Nunca Mais/RJ) num projeto de pesquisa sobre o Acompanhamento Terapêutico e as conseqüências micropolíticas da prática do AT como modalidade clínica na rede pública de saúde.

Numa interlocução com a ética e com a política, minha pesquisa propõe-se a pensar um enfrentamento clínico-político do que está posto na conjunção atual da saúde mental no contemporâneo, através de uma atitude clínico-ético-política. Entretanto, ainda são poucos os escritos sobre o AT no Brasil e pouco nosso acesso ao que vem sendo produzido sobre esse tema na América Latina.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, implementada, a partir dos anos 90, impulsionou a criação de uma série de dispositivos e serviços substitutivos ao manicômio, num movimento de desinstitucionalização e desmonte da lógica manicomial através de um processo crítico do tratamento da loucura. Os serviços substitutivos de saúde mental surgem do entendimento da necessidade da construção de uma assistência não mais centrada na doença, mas na atenção integral à saúde.

Algumas estratégias clínico-políticas foram implementadas e, entre elas a do Acompanhamento Terapêutico (AT), tomado como uma tecnologia da saúde e, portanto, das políticas em saúde/saúde mental. O AT configura-se como uma clínica pública e vem problematizar a produção de subjetividades privatizadas, restritas ao domínio psicopatológico que as define e as constitui. O AT surge como uma possibilidade de clínica na contemporaneidade, que se insere no contexto das trocas sociais estabelecidas com a cidade, pois o setting terapêutico se configura a partir dos elementos próprios à vida cotidiana dos usuários dos serviços de saúde mental.

Entendendo que única possibilidade de enfrentar a doença mental ou a loucura seria eliminar o manicômio e encontrar agentes revolucionários que desejam mudar nossa existência, esta pesquisa pretende fazer-criar rede com pessoas e instituições implicadas com a criação de si e do mundo, como resistência às formas de assujeitamento produzidas pelo contemporâneo.

Entretanto, ainda são poucos os escritos sobre o tema e temos pouco acesso ao que vem sendo produzido e experimentado neste campo. Gostaria, então, de solicitar dos senhores contatos com instituições e pessoas que trabalham no campo da saúde mental que possam

eventualmente estar interessados em nossas experiências, bem como em estabelecer trocas com aqueles que vem também desenvolvendo a prática do AT.

Muito obrigada por sua atenção e aguardo contato.

Cordialmente ,

Laura Benevides

email: laurabenevides@pop.com.br

ANEXO 2. CARTA PARA INSTITUIÇÕES DA AMÉRICA LATINA (versão em espanhol)

Buenos días.

Mi nombre es Laura Benavides, soy estudiante de la Maestría en Psicología de la UFF (Universidade Federal Fluminense) Desarrollo un proyecto de investigación en el que intento estudiar las consecuencias micro-políticas de la práctica del Acompañamiento terapéutico (AT) como una modalidad clínica dentro de la red de salud pública, con orientación de la Prof^a. Dr^a. Regina Benavides (UFF e *Grupo Tortura Nunca Mais/RJ*). Estoy entrando en contacto con ustedes a través de X.

La Reforma Psiquiátrica Brasileira, implementada a partir de los años 90, impulsó la creación de una serie de dispositivos y servicios que funcionan como sustitutos del manicomio, a través de un movimiento de desinstitucionalización y desmantelamiento de la lógica manicomial dado en un proceso crítico del tratamiento de la locura y de las garantías de los Derechos Humanos.

Los servicios sustitutos de salud mental surgen al entender la necesidad de creación de una asistencia que ya no esté centrada en la enfermedad, sino, en la atención integral de la salud. Algunas estrategias clínico-políticas fueron implementadas; entre ellas la estrategia del *Acompañamiento terapêutico* (AT) considerado como una tecnología de la salud, por ende, de las políticas de salud- salud mental. El AT se configura como una clínica pública y problematiza la producción de subjetividades privatizadas, restringidas al dominio de lo psicopatológico que las define y constituye. Surge como una posibilidad clínica en la contemporaneidad que se inserta en el contexto de los intercambios sociales con la ciudad como espacio privilegiado, ya que el *setting* terapéutico se configura a partir de los elementos propios de la vida cotidiana de los usuarios de los servicios de salud mental.

Entendiendo que la única posibilidad de enfrentar la *enfermedad mental* o *locura* sería la eliminación del manicomio y el encuentro de agentes revolucionarios que deseen cambiar nuestra experiencia, mi proyecto de investigación pretende crear redes con personas e instituciones comprometidas con la creación de si mismos y del mundo como resistencia a las formas de *asujeteamento* producidas en la contemporaneidad.

De esta forma, en una interlocución con la ética y con la política, mi investigación se propone pensar el enfrentamiento clínico-político de lo que está puesto en la conjunción actual de la salud mental, especialmente en América Latina, incluyendo Brasil.

Por otro lado, son escasos los textos y escritos sobre el tema del AT y, tenemos poco acceso a lo que viene siendo producido y experimentado en este campo.

Solicito a los señores y señoras algunos contactos con instituciones y personas que trabajan en el campo de la salud mental y que puedan, eventualmente, estar interesados en nuestras experiencias, así como, intercambiar información con quienes vienen desarrollando trabajos de investigación sobre la práctica del AT.

Muchísimas gracias por su atención y espero contacto,

Cordialmente

Laura Benevides

email: laurabenevides@pop.com.br

ANEXO 3. SITES E EMAILS

Foram procurados sites específicos sobre tema do AT, sites oficiais do ministério da saúde do país e quando nenhum desses foi encontrado, procuramos sites oficiais dos governos dos países da América Latina. A maioria dos endereços de email foi conseguida em pesquisa através das páginas da Internet, tanto nos sites oficiais dos governos quanto em páginas afins com nosso tema de pesquisa.

Sites sobre AT:

<http://www.anudar-at.org.ar/cursos/ciclo-anual-at.htm>

<http://www.campodepsicologia.com/cdp156.htm>

<http://www.concienciaenred.com.ar/quienes.htm>

<http://www.acasa.com.br/acasa/assinatura.asp>

<http://www.equipedeat.com.br/oqueeat.html>

http://ato_rj.tripod.com.br/

<http://www.atuanarede.org.br/projetos/projetos.htm>

<http://equipeacote.ubbihp.com.br/at/contatos.htm>

<http://www.equipedeat.hpgvip.ig.com.br/>

<http://psicoconsultas.com/equipo.htm>

<http://www.institutoindepa.com.ar/areas/clinica.htm>

<http://institutocita.com.ar/hoja-de-vida-Juan-Bracamonte.htm>

<http://www.portaltercera.com.ar/sections.php?op=viewarticle&artid=58>

<http://www.campodepsicologia.com/liaison/acterap2.htm>

http://comunidad.ciudad.com.ar/argentina/capital_federal/ecossi/

<http://www.mariadiam.com.ar/>

<http://www.pa.integrando.org.ar/pa5.htm>

<http://www.ppba.org.ar/equipos.htm>

<http://www.psicoway.com.br/evento/indice.htm>

<http://www.psiquisnet.com/servicios.htm>

http://redasistencial.tripod.com.ar/Cartilla_4

<http://siteat.cjb.net/>

<http://www.psicomundo.com/>

<http://www.grupotrampa.com.ar/>

<http://aaterapeuticos.4t.com/asociacion.htm>

<http://www.tantra.org.ar/texto.htm>

<http://www.congressoat.org.br/>

América Central:

Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua e Panamá não possuem site oficial do governo, nem qualquer site relacionado diretamente a AT.

México: www.presidencia.gob.mx

libarra@cnr.gob.mx (Dr. Luis Guillermo Ibarra – Diretor General Del Centro Nacional de Rehabilitación)

asuares@salud.gob.mx (Lic. Alberto Abad Suarez Ávila – Dep. De Normatividad y Derechos Humanos)

mnakamura@salud.gob.mx (Dr. Miguel Angel Nakamura Lopes – Dirección Del Programa de Atención a la Salud de la Infância)

mmonroy@salud.gob.mx (Cord. Adm. Del Centro Nacional para la Salud de la Infancia e Adolescencia)

fernandobeltran@salud.gob.mx (Lic. Fernando Beltran Aguirre – Dep. De Atención Integrada de la Adolescência)

consame@salud.gob.mx (Tr. Maria Virgínia Gonzáles Torres – Séc. Técnica Del Consejo Nacional de Salud Mental e Tr. Maria Elena Dip Márquez – Dirección de Desarrollo de Modelos de Atención em Salud Mental)

raulb@salud.gob.mx (Lic. Raúl Barrón Belmontes – Cord. Adm. Del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental)

rosa1717@prodigy-net.mx (Dra. Rosa Amélia Juarez González – Subdirección Del Centro Integral de Salud Mental – CISAME)

marspy@todito.com (Dr. Marco Antonio López Butrón – Dir. Del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez)

alfa@salud.gob.mx (Dr. Javier Alfaro Flores – Subdirección Del Centro Com. De Salud Mental Iztapalapa)

cecosamcuahtemoc@prodigy.net.mx (Dr. César Bañuelos Arzac – Subdirección Del Del Centro de Salud Mental Cuauhtémoc)

Blanca blfernand@yahoo.com.mx

marc@uaq.mx

América do Sul:

Guiana Francesa, Ilhas Falkland e Suriname não possuem site oficial de governo, nem qualquer site relacionado diretamente a AT.

Argentina: www.argentina.gov.ar

dragottofrank@hotmail.com

Gabriel Pulice nbpulice@intramed.net.ar

Federico Manson federicomanson@hotmail.com

Gustavo Rossi grossi@sinfomed.org.ar

Jorge Pellegrini hospimen@sanluis.gov.ar,

propuestas@fundared.org.ar

congresoat2003@psicomundo.com

familiagraino@yahoo.com.ar

bertaentrocassi@hotmail.com

vivianagomez99@hotmail.com

marielarmenio@hotmail.com

helgaroberts@yahoo.com

paolaramos70@yahoo.com.ar

hospimen@sanluis.gov.ar

aiurinic@hotmail.com

carlosjaviermor@hotmail.com

inaunjw@infovia.com.ar

luz@bariloche.com.ar

afrancisetti@infovia.com.ar

Bolívia: www.bolivia.bo

Brasil: www.saude.gov.br

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann crisrina.hoffmann@saude.gov.br Ministério da Saúde
Saúde Mental Minas saudemental@saude.mg.gov.br
Belo Horizonte: smental@pbh.gov.br
Barbacena csmental@barbacena.com.br
saudemental@sms.goiania.go.gov.br
smgoiania@yahoo.com.br
lisieuxcampos@hotmail.com
sms@imperatriz.ma.gov.br
hildice@terra.com.br
saudemental@saude.bh.gov.br
smental@pbh.gov.br
silvamaríaaprecida@bol.com.br
andrealealpsi@yahoo.com.br
nups@veloxmail.com.br
jmendes@joaopessoa.pb.gov.br
joao_mendes_pb@hotmail.com
barbaracabral@recife.pe.gov.br
saudemental@recife.pe.gov.gov.br
cristiane@sms.curitiba.pr.gov.br
saudemental@sms.curitiba.pr.gov.br
saudemental@sms.pr.gov.br
saudemental@sms.pr.gov.br
senghi@terra.com.br
caps@sercomtel.com.br
borba@amplanet.com.br
hfagundes@pcrj.rj.gov.br
mlliberio@terra.com.br
ivanasol@zipmail.com.br
ivanasolino@bol.com.br
hidalgo@sms.prefpoa.com.br
josyleidessantos@bol.com.br
américo@pmf.sc.gov.br
mariomateus@prefeitura.sp.gov.br
ana.santiago@aracaju.se.gov.br

aninharaquel@hotmail.com
dcd@rn.gov.br
csmental.se@ibest.com.br
dilmaca@zipmail.com.br
saudemental@net.ms.gov.br
csmental.se@bol.com.br
mmscmatos@case.se.gov.br
claudia-rossoni@ig.com.br
servulo2@zipmail.com.br
saudemental@saude.rr.go.br
iedapsa@solar.br
saudemental@saude.pi.gov.br
edna.melo@saude.pi.gov.br
saudemental@rn.gov.br
liegeuchoa@digi.com.br
dcd@rn.gov.br
csmental.se@ibest.com.br
csmental.se@bol.com.br
mmscmatos@case.se.gov.br
cbarleta@pr.gov.br
mental@saude.rs.gov.br
saudemental@saude.sc.gov.br
elisia@saude.sc.gov.br
smental@saude.es.gov.br
claudia-rossoni@ig.com.br
saudemental@saude.mg.gov.br
smental@saude.rj.gov.br
smpalma@saude.sp.gov.br
antoniogeraldo@terra.com.br
cosam@saude.df.gov.br
gdsas@saude.go.gov.br
mabelcala@yahoo.com.br
dilmaca@zipmail.com.br
saudemental@net.ms.gov.br

cap-sai@saude.mt.gov.br
cor-sai@saude.mt.gov.br
aurealambert@ig.com.br
smmental.dabs@ac.gov.br
siab-dabs@ac.gov.br
prosam@saude.al.gov.br
zano@uol.com.br
reginacorrei7@yahoo.com.br
psigloria@ig.com.br
servulo2@zipmail.com.br
saudemental@saude.rr.go.br
s.mental@saude.to.gov.br
arlenepsic@yahoo.com.br
prosam@saude.al.gov.br
bertogoncalo@saude.al.gov.br
saudemental@saude.ba.gov.br
paulogabrielli@terra.com.br
sheilan@saude.ce.gov.br
evellabastos@uol.com.br
nilsondemourafe@secrel.com.br
nilson@saude.ce.gov.br
katianegeri@hotmail.com
saudemental@saude.pb.gov.br
iedapsa@solar.br
diasam@saude.pe.gov.br
jmclemos@aol.com
Grupo de AT Séqüito sequitoat@bol.com.br
Kleber Duarte Barreto iamjoy@uol.com.br
Alex Sandro Tavares da Silva alextares@pop.com.br
Mauricio Porto mauricioporto@uol.com.br
Jorge Marcio jorgemarcio@mpc.com.br
jorgemarcio@defnet.org
Deborah Sereno desereno@terra.com.br
Ana Celeste Pitiá anacels@uol.com.br

[Carlota Zilberleib zilberl@terra.com.br](mailto:zilberl@terra.com.br)
[Raymundo Reis Neto r.reisneto@estacio.com.br](mailto:r.reisneto@estacio.com.br)
[Luciana Goldman lugoldman@terra.com.br](mailto:lugoldman@terra.com.br)
[Gláucia Fae Pacca Amaral travessia-es@uol.com.br](mailto:travessia-es@uol.com.br)
[Renata Velozo revelozo@uol.com.br](mailto:revelozo@uol.com.br)
[Regina Célia Fiorati reginafiorati@yahoo.com.br](mailto:reginafiorati@yahoo.com.br)
[Marília mmuylaert@uol.com.br](mailto:mmuylaert@uol.com.br)
[Alexandre Shimura ashimura@gamil.com](mailto:ashimura@gamil.com)
[Andréa M. C. Guerra aguerra@uai.com.br](mailto:aguerra@uai.com.br)
[Ana Paula Freitas apfreitas@netsite.com.br](mailto:apfreitas@netsite.com.br)
[Andréa Franco Milagres milagres.prof@newtonpaiva.br](mailto:milagres.prof@newtonpaiva.br)
[Cláudia Generoso claudiageneroso@bol.com.br](mailto:claudiageneroso@bol.com.br)
[Carolina Morais lobocarolina@hotmail.com](mailto:lobocarolina@hotmail.com)
[Carolina Nogueira psicóloga.carolina@hotmail.com](mailto:psicóloga.carolina@hotmail.com)
[Sandra Lima smlima2005@yahoo.com.br](mailto:smlima2005@yahoo.com.br)
[Marcos Otávio Cahú Rodrigues marcoscahu@hotmail.com](mailto:marcoscahu@hotmail.com)
[Ricardo Wagner ricardo.wagner.silve@terra.com.br](mailto:ricardo.wagner.silve@terra.com.br)
[Regina Maria Ramos Stellin regina@ecpc-ce.com.br](mailto:regina@ecpc-ce.com.br)
[Cristina Pinheiro sousa.cp@oi.com.br](mailto:sousa.cp@oi.com.br)
[Milena Bastos milenabastos@ig.com.br](mailto:milenabastos@ig.com.br)
[Eli e Iranildes dimens@terra.com.br](mailto:dimens@terra.com.br)
[Marco Aurélio maaufre@uol.com.br](mailto:maaufre@uol.com.br), hyasunaka@yahoo.com.br, dricamq@yahoo.com.br
kaviane@yahoo.com.br, albertopsi@gamil.com, adrieneunb@hotmail.com
[Fuad mentalpsicologia@unipac.br](mailto:mentalpsicologia@unipac.br)
[Criatiana Moura crismoura@uol.com.br](mailto:crismoura@uol.com.br)
[Sebastião Moreira moreira@bhnet.com.br](mailto:moreira@bhnet.com.br)
[Regina llackreg@terra.com.br](mailto:llackreg@terra.com.br)
Chile: www.gobiernodechile.cl
www.minsal.cl
saludmental@entelchile.net
jastudilo@ssantof.cl
cbinimelis@ssysa.cl
cbascur@ssnuble.cl
hcastro@ssnuble.cl

mdelgado@saludvald.cl
saludmental@entelcjile.net
mdelgado@salud.cl
cbinimelis@ssya.cl
cbascur@ssmuble.cl
hcastro@ssmuble.cl
saludmental@ssrauco.cl
munozmis@saludysen.cl
smental@ssvq.cl
jatudilo@ssantof.cl
msuarez@ssantof.cl
lperez@saludatacama.cl
saulsmental@entelchile.net
Aguajardo@hospitaliquique.cl
Jastudilo@ssantof.cl
Msuarez@ssantof.cl
lperez@saludatacama.cl
Saludmental@sscoquimbo.cl
Cbinimelis@ssysa.cl
Smental@ssvq.cl
Hcamerati@ssvq.cl
dirmental@ssaconcagua.cl
Smental_sso@entelchile.net
Mormazabal@ssmaule.cl
Cbascur@ssmuble.cl
Hcastro@ssmuble.cl
gmelo@ssbiobio.cl
sbahamondes@ssconcepcion.cl
Saludmental@ssraueo.cl
Asmartinb@ssthno.cl
Ppauchard@araucaniasur.cl
viviana.delgado@araucanianorte.cl
Dapso@saludvald.cl
mdelgado@sauldvald.cl

Mental.hbo@sso.cl
Marmar@llanchipal.cl
Munozmis@saludysen.cl
Daimaga@terra.cl
dai@saludmagallanes.cl
Edithsaa@ssmc.cl
Adazkalakis@ssmn.cl
Smental@ssmn.cl
Otoro@saludorientec.cl
Smental@ssms.cl
Avaldes@ssmso.cl
Aminolet@minsal.cl
xrayo@minsal.cl
mevarela@minsal.cl
pjimenes@minsal.cl
otoro@minsal.cl
apemican@minsal.cl
irojas@minsal.cl
aquajardo@minsal.cl
syermani@minsal.cl
ccanete@minsal.cl
cgodoy@minsal.cl
vlebil@minsal.cl
saulsmental@entelchile.net
Aguajardo@hospitaliquique.cl
Jastudilo@ssantof.cl
Msuarez@ssantof.cl
lperez@saludatacama.cl
Saludmental@scoquimbo.cl
Cbinimelis@ssysa.cl
Smental@ssvq.cl
Hcamerati@ssvq.cl
dirmental@ssaconcagua.cl
Smental_sso@entelchile.net

Mormazabal@ssmaule.cl
Cbascur@ssmuble.cl
Hcastro@ssmuble.cl
gmelo@ssbiobio.cl
sbahamondes@ssconcepcion.cl
Saludmental@ssraueo.cl
Asmartinb@ssthno.cl
Ppauchard@araucaniasur.cl
viviana.delgado@araucanianorte.cl
Dapso@saludvald.cl
mdelgado@sauldvald.cl
Mental.hbo@sso.cl
Marmar@lanchipal.cl
Munozmis@saludysen.cl
Daimaga@terra.cl
dai@saludmagallanes.cl
Edithsaa@ssmc.cl
Adazkalakis@ssmn.cl
Smental@ssmn.cl
Smental@ssmoc.cl
Otoro@saludorient.cl
Smental@ssms.cl
Avaldes@ssmso.cl
Aminolet@minsal.cl
xrayo@minsal.cl
mevarela@minsal.cl
pjimenes@minsal.cl
otoro@minsal.cl
apemican@minsal.cl
irojas@minsal.cl
aquajardo@minsal.cl
syermani@minsal.cl
ccanete@minsal.cl
cgodoy@minsal.cl

vlebil@minsal.cl

www.redsalud-ddhh.dm.cl

Adriana San Martín B asmartinb@ssthno.cl

Liliana María Castaño Cano lilomc@gmail.com

Cintras dire@cintras.tie.cl

Colômbia: www.presidencia.gov.com

Corporación AVRE - Dirección avre_direccion@etb.net.com

avre_administra@007mundo.com

Ecuador: www.presidencia.gov.ec

www.presidencia.gov.ec/modulos

www.msp.gov.ec (Ministério da Saúde)

minsalud1@ec-gov.net

Guiana: www.op.gov.gy

Paraguay: www.paraguaygobierno.goo.py

Peru: www.peru.gob.pe

www.ins.gob.pe (Instituto Nacional de Salud)

www.rcp.net.pe (Instituto Nacional de Salud Mental)

www.minsa.gob.pe (Ministério da Saúde)

webmaster@minsa.gob.pe

Carolina Benavides carolinabenavides@hotmail.com

chanie_dv@yahoo.com

Sociedade Peruana de AT sociedadperuanadeat@hotmail.com

psico@dhperu.org

Uruguay: www.presidencia.gub.uy

www.msp.gub.uy (Ministério da Saúde)

congresoatbsas@adinet.com.uy

Venezuela: www.gobiernoonlinea.gov.ve

Mais: jussara1998@yahoo.com

pilarnav@vtr.net

jhvanegas@yahoo.com

marisapuges@yahoo.com

atyha@rieder.net