

Série Saúde Mental Coletiva

LINHAS DO TEMPO: Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública

Analice de Lima Palombini
Vera Lucia Pasini
Daniel Dall'Igna Ecker

ORGANIZADORAS





A **Editores Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editores Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Analice de Lima Palombini
Vera Lucia Pasini
Daniel Dall'Igna Ecker
ORGANIZADORAS

Série Saúde Mental Coletiva

LINHAS DO TEMPO: Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública

1ª Edição
Porto Alegre
2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Ángel MartínezHernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;
Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;
Érica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;
Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;
Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;
Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália;
Maria das Graças Alves Pereira – Instituto Federal do Acre, Brasil;
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;
Sara Donetto – King's College London, Inglaterra;
Sueli Terezinha Goi Barrios – Associação Rede Unida, Brasil;
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Vera Lucia Kodjaoglanian – Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil;
Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Vincenza Pellegrini – Università di Parma, Itália.

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Jaqueline Miotto Guarnieri

Alana Santos de Souza

Márcia Regina Cardoso Torres

Renata Riffel Bitencourt

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Ilustração Capa

Eleonora Graebin

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P1811 Palombini, Analice de Lima; **Pasini**, Vera Lucia; **Ecker**, Daniel Dall'Igna (org.).

Linhas do tempo: acompanhamento terapêutico na rede pública / Organizadoras: Analice de Lima Palombini, Vera Lucia Pasini e Daniel Dall'Igna Ecker – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022

232 p. (Série Saúde Mental Coletiva, v. 4).

E-book: 3.00 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-54329-50-1

DOI: 10.18310/9788554329501

1. Acompanhamento Terapêutico. 2. Casos clínicos. 3. Políticas Públicas. 4. Psicologia. 5. Saúde Mental. 6. Universidade. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

CDD 610.7

22-30180102

CDU 614.25

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Estudo, pesquisa e tópicos relacionados.

2. Medicina: Direitos e deveres, ética médica e temas relacionados.

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

ArTe pelos desvios.....7
Eleonora Graebin

APRESENTAÇÃO.....9
Analice de Lima Palombini, Vera Lúcia Pasini

Prólogo: Linhas do tempo 13
Analice de Lima Palombini

HÁ TEMPOS ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA REDE PÚBLICA..... 23

20 ANOS DE ANDANÇAS COM A REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE

Histórias de nossas andanças..... 25
Analice de Lima Palombini

O AT como uma das figuras da Clínica na saúde mental: testemunho de uma experiência a partir do Caps Centro 31
Ester Rosso Trevisan

AT, um movimento NA REDE 41
Adriana Pinto de Mello

AT, MORAL FAMILIAR E MICROFASCISMOS

O despertar de Iara..... 45
Giulia Oliva Grassi, Mariana Lange, Beatriz Guimarães, Ana Lúcia Mandelli de Marsillac

“Você acredita em sereias?” Sobre a escuta do delírio na clínica do acompanhamento terapêutico..... 49
Mariana Lange, Beatriz Guimarães, Ana Lúcia Mandelli de Marsillac

Uma vinheta chamada Flores 59
Pedro José Pacheco, Raquel Brondísia Panizzi Fernandes, Fabiana Tutida, Priscila de Melo Zubiaurre, Daniela Machado Correa, Geovane Campanher dos Santos

AT E REDUÇÃO DE DANOS CONTRA A LÓGICA DOS ENCARCERAMENTOS

Acolher a crise e resistir à tirania da intimidade..... 71
Ricardo Wagner Machado da Silveira

É possível acontecer o AT sem a perspectiva do RD?..... 75
Douglas Casarotto de Oliveira, Amilton Gonçalves Schir

AT E A RUA: REINVENÇÕES DA CIDADE

Maria, Maria..... 81
Deborah Sereno

A Hospitalidade Incondicional numa enfermaria psiquiátrica..... 87
Ricardo Wagner Machado da Silveira

CONSTRUÇÃO COLETIVA DO CASO

O quarto de Vincent..... 93
Débora de Bitencourt Fél, Vera Pasini, Gabriel Bernardo, Analice Palombini

ENTRE-ATOS..... 109

Primavera palhaça 111
Rita Pereira Barboza

OUTRAS PALAVRAS 115

Tecendo redes clínico-políticas: emergência e experiência do acompanhamento terapêutico, por meio de estágio curricular, na cidade de Fortaleza 117
Ricardo Pimentel Mélo

Produzir fissuras até ruir muros coloniais-manicomias: apostas éticas para acompanhamento terapêutico antimanicolonial 137
Itauane de Oliveira, Sharyel Barbosa Toebe, Cristiane Knijnik, Rafael Wolski de Oliveira

ATNAREDE EM TEMPOS PRESENTES 151

AT a muitas vozes: narrativas de acompanhantes e acompanhados sobre experiência do acompanhamento terapêutico 153
Ana Carolina Brondani, Analice de Lima Palombini, Fabiana Keila Toribio, Sandra Maria Sales Fagundes, Rafael Wolski de Oliveira

Amizade na diferença 171
Ana Caroline Ongaratto de Oliveira, Júlia Meinhardt Cardozo, Heloísa Helena Salvatti Paim, Analice de Lima Palombini, Vera Lúcia Pasini

Acompanhamento terapêutico e racialidade: caminhos que se cruzam 181
Ana Paula Moreira, Raíssa da Conceição Pereira, Gabriele Pedroso Sampaio, Emiliano de Camargo David, Analice de Lima Palombini, Vera Lúcia Pasini



ArTe pelos desvios

Eleonora Graebin¹

A clínica do acompanhamento terapêutico como dispositivo de atenção biopsicossocial.....	193
<i>Daniel Dall'Igna Ecker, Analice de Lima Palombini, Ana Lúcia Mandelli de Marsillac, Vania Roseli Correa de Mello</i>	
O sapato de Gislaïne.....	207
<i>Geovani Fachini da Silva, Analice de Lima Palombini</i>	
AT EM REDE DE CONVERSÇÕES: GRUPOS UNIVERSITÁRIOS DE PESQUISA E EXTENSÃO.....	215
FISMA.....	217
PUCSP	217
UFC.....	217
UFRGS.....	218
UFSC.....	218
UFU.....	219
UNISINOS	219
URI (Campus Santiago)	219
AUTORAS E AUTORES.....	221

podemos falar da arte que vai acontecendo pelos desvios e se dispõe a ter um encontro com o inesperado

quando vai fazendo pensamento e atividade escoando as tintas devagar pelos solos onde pisa

vai juntando gente diferente para reconhecer que iguais somos todos diferentes trazendo consigo a delicadeza, o banal, o lixinho, pois tudo tem a potência do extraordinário

ela propõe a possibilidade de ir tecendo a vida numa artistagem despretenhosa e prazerosa que vai revelando aos artistas por natureza que é possível incorporar aos seus cotidianos a invenção permanente

na arte e no at \ a delicada arte de produzir encontros²

acontece de dar tudo errado para poder dar certo quando o planejado acaba indo ralo abaixo e a invenção é totalmente necessária

e no caso dos *ats* de coração a arte desviante combina totalmente com quem se dispõe a acompanhar com amizade ainda que sem saber o final da estrada

¹ Eleonora Graebin, artista plástica, além de autora da arte da capa deste livro, foi responsável pela realização de oficina de arte durante o evento dos vinte anos do projeto ATnaRede, para produção coletiva de um painel em tecido, com uso de tintas e pincéis, agulha e linhas, dando expressão à experiência do AT. Eleonora foi também residente em Saúde Mental Coletiva, tendo o ATnaRede como um dos seus cenários de prática no percurso da residência.

² Cf. Ferigato S, Botelho M. (2012). A delicada arte de se produzir encontros – centros de convivência. Vídeo-documentário. Campinas: Secretaria Municipal da Saúde de Campinas; Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP.



APRESENTAÇÃO

Gratidão

Em 2018, o *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – ATnaRede* completou duas décadas de atuação. Projeto de extensão com desdobramentos no ensino e na pesquisa, vinculado ao Instituto de Psicologia da UFRGS, em atividade continuada desde março de 1998, o ATnaRede ocupa lugar de reconhecida importância no percurso formativo de estudantes e trabalhadores da área da saúde e na rede de atenção psicossocial de Porto Alegre, promovendo, através da prática do acompanhamento terapêutico (AT) em parceria com serviços da rede pública, um cuidado em liberdade. Ao longo dos anos, tornou-se também referência para experiências similares em todo país. A realização de um evento comemorativo para marcar os seus vinte anos impôs-se, para nós, e tornou-se possível graças ao apoio da Fapergs. O evento, ocorrido em 18 e 19 de março de 2018, é, primordialmente, o que motiva a publicação deste livro.

Um projeto como o *ATnaRede* não se faz sozinho. É fruto do trabalho de muitos, dentro e fora da Universidade. Na UFRGS, o Departamento de Psicanálise e Psicopatologia, o PPG em Psicologia Social e Institucional, o PPG em Psicanálise: Clínica e Cultura, o Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Ação em Saúde, do Instituto de Psicologia, e a Pró-Reitoria de Extensão são instâncias que, de modos diversos, têm apoiado e dado condições à sustentação deste trabalho, e nós gostaríamos de expressar aqui publicamente nossos agradecimentos. Mas, para além das instâncias, há pessoas que viabilizaram a sua permanência no tempo: Simone Kasper, Ana Maria Medeiros da Costa, Simone Moschen, Claudia Markezan, Ana Marta Meira, Karol Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc, em diferentes momentos, ajudaram a fazer essa experiência perseverar.

Estendemos os agradecimentos aos docentes responsáveis pela coordenação de projetos similares de acompanhamento terapêutico em universidades de outros estados e do interior do Rio Grande do Sul: Deborah

Sereno, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUCSP; Ricardo Pimentel Mélo, da Universidade Federal do Ceará, UFC; Ricardo Wagner Silveira, da Universidade Federal de Uberlândia, UFU; Ana Lúcia Marsillac e Beatriz Guimarães, da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC; Pedro José Pacheco e Raquel Brondísia Panizzi Fernandes, da Universidade Regional Integrada das Missões, de Santiago RS, URI-Santiago; Douglas Casarotto de Oliveira, da Faculdades Integradas de Santa Maria, FISMA; Rafael Wolski de Oliveira, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Unisinos. Caberia citar ainda cada um dos profissionais nos inúmeros serviços que foram e têm sido parceiros na realização do projeto. Remetemo-nos às nossas convidadas da primeira mesa da manhã do evento, Ester Rosso Trevisan, do CAPS Cais Mental Centro da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre SMS/PMPA, Daiana Hilário Machado, do CREAS-Restinga, da Fundação de Assistência Social e Cidadania FASC, e Adriana Pinto de Mello, do Tribunal de Justiça do RS, na figura de quem fazemos nossos agradecimentos a todos e todas trabalhadoras implicadas com este projeto e com a assistência à população no campo das políticas públicas.

Todo esse suporte, na Universidade e nos serviços, seria em vão se nós não pudéssemos contar, a cada ano, com um grupo de estudantes e residentes dispostos à ousadia de acompanhar pessoas marcadas pelo estigma da diferença na sua circulação pela cidade, fora do ambiente protegido dos serviços em que são atendidas. E a disposição de estudantes e residentes seria igualmente vã, se essas pessoas não aceitassem tê-los como acompanhantes, arriscando-se na aventura, desejada e temida, de um encontro. Somos extremamente gratas, aos acompanhantes e a acompanhadas e acompanhados, por tudo o que têm nos ensinado.

Os tempos que vivemos não têm se mostrado fáceis à Universidade e às Políticas Públicas voltadas às populações mais necessitadas do país. Não eram fáceis em 2018, quando da realização do evento; tornaram-se extremamente graves e sombrios em 2021, no momento de publicar este livro. Contarmos uns com os outros, estarmos em parceria, torna-se crucial para seguirmos investindo e apostando na vida.

O livro

Originalmente concebido para publicação dos debates ocorridos por ocasião do evento comemorativo dos vinte anos de atuação do projeto *ATnaRede* em 2018, o tempo transcorrido entre o evento e a publicação exigiu de nós uma presentificação também da produção em pauta pelo projeto nos últimos três anos. Assim, o livro é dividido em três seções.

A primeira contém as falas dos convidados às mesas temáticas e à construção coletiva de caso que compuseram a programação do evento. Além da história das andanças do projeto junto com a rede pública intersetorial de serviços e da construção coletiva de um caso em acompanhamento pelo *ATnaRede*, o AT foi abordado em cada mesa a partir de uma vinheta clínica em torno às seguintes temáticas: moral familiar e microfascismos; redução de danos X lógica dos encarceramentos; racismo à brasileira; reinvenções da cidade. Encerra esta seção a narrativa de um acompanhamento realizado pelo *ATnaRede*, apresentado no evento para construção coletiva do caso junto com os participantes dos projetos de AT convidados. A mesa referida à temática do racismo não consta desta publicação, por ter sido já publicada recentemente.³ O tema da racialidade no AT, porém, comparece, atualizada, na terceira seção do livro.

A segunda seção do livro traz textos originais de dois dos grupos convidados ao evento, em substituição às suas falas na ocasião, as quais, num caso, já havia sido publicada e, no outro, não foi possível recuperar para esta publicação.

A seção final dá espaço a produções recentes em torno à experiência do *ATnaRede*: uma avaliação da experiência do projeto *ATnaRede* através da narrativa de acompanhados e de acompanhantes; a narrativa de dois acompanhamentos que colocam em causa o tema da amizade, articulado às noções de território, raça e classe; a reflexão sobre as manifestações da racialidade na clínica do AT; um passeio errante pela cidade suscitando o pensamento; a intersecção entre clínica e direitos sociais; São produções advindas, respectivamente, do engajamento como mestranda do PPG em Psicologia Social e Institucional UFRGS, em vinculação a pesquisa de produtividade do CNPq; como bolsistas de iniciação científica; como

³ Cf. Silva LG, Pasini VL, Marques SE, & Palombini AL. (2020). Costuras Teórico-Clínicas no Acompanhamento Terapêutico: Um Percurso com Areta. In Nardi HC, Silveira RS, Silva LG, Rodrigues L. (Org.). *Psicologia e relações raciais: um percurso em construção*. (1 ed. pp. 85-98). Florianópolis, SC: ABRAPSO Editora.

bolsistas de extensão do *ATnaRede*, contando com a interlocução necessária e decisiva para nós com Emiliano de Camargo David; como mestrando e como doutorando do mesmo PPG em Psicologia Social e Institucional.

Ainda, é preciso dizer que a capa do livro, e o texto que a acompanha, são desdobramentos da oficina que se realizou durante o evento com as artes de Eleonora Graebin, assim como o texto entre-atos foi arte-palhaça de Rita Pereira Barboza, ambas tendo sido, cada qual a seu tempo, acompanhantes terapêuticas no ATnaRede.

Desejamos que o encontro com as páginas deste livro possa ser frutuoso, que impulse o pensar e o agir, permitindo perseverar em nosso andar por um estado de direito, por políticas públicas em prol da população, por um cuidado em liberdade.

Porto Alegre, 16 de abril de 2021.

Analice de Lima Palombini
Vera Lúcia Pasini



Prólogo

Linhas do tempo

Para início de conversa, convidamos quem nos lê a nos acompanhar em andanças pelos caminhos a que a experiência do acompanhamento terapêutico (AT) foi nos levando. Certamente nossos trajetos não foram traçados de antemão nem podíamos vislumbrar até onde nos levariam. Mas animava o nosso andar a força motora de uma utopia - a de que a diferença pode ter lugar na comunidade, pode habitar uma cidade.

Com efeito, na origem da função AT, estão as experiências reformistas do pós-guerra, mobilizadas para fazer frente à violência do manicômio, então comparado aos horrores dos campos de concentração nazistas. No Brasil e na Argentina, nos anos 60 e 70, uma psiquiatria dinâmica, de base psicanalítica, buscou transformar, humanizar os espaços de internação psiquiátrica aos moldes das comunidades terapêuticas inglesas e americanas e introduziu, nesses espaços, a figura do auxiliar psiquiátrico ou amigo qualificado que mais tarde viria a se tornar acompanhante terapêutico.

Em nossa experiência, a função AT se apresenta nos primeiros anos de redemocratização do país, pós constituinte de 88. Na esteira do movimento sanitário que resultou na criação de nosso Sistema Único de Saúde, o movimento da luta antimanicomial conquistou para o país uma política nacional de saúde mental com pretensões de abolir o manicômio e seus correlatos da paisagem de nossas cidades, investindo fortemente na criação de uma rede de serviços abertos e territorializados, em articulação com os contextos e os atores de cada comunidade.

Esse investimento, se não foi suficiente para de fato decretar o fim do manicômio entre nós, significou, sem dúvida, uma transposição, um deslocamento, do espaço-tempo do cuidado em saúde mental, do manicômio à cidade. O ensaio de Peter Pal Pelbart (1993), “A nau do Tempo-Rei”, foi-nos inspirador para pensar as variantes do tempo nessa passagem de um espaço a outro, em conexão com as arritmias da experiência da psicose. Sensível a essas variações, Suely Rolnik (1997), em

“Clínica nômade”, acompanha o passo a passo de um personagem *at* que se aventura no exterior das instituições e se descobre às voltas com o Fora, dimensão intensiva, mais que espacial, envolvendo a experiência da psicose e seu tratamento.

Estávamos então imersos nas experiências de cuidado em saúde mental, na clínica nascente da atenção psicossocial. Em Porto Alegre, a década de 90 viu surgir os primeiros Centros de Atenção Integral à Saúde Mental - CAIS Mental, precursores dos CAPS que se alastraram pelo país nos anos 2000, sob o auspício da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica. A clínica que um serviço assim pedia era diversa daquela em que fomos formados: coletiva e de porta aberta, requeria equipe interprofissional em fazeres transdisciplinares conectados aos territórios de vida afeitos a cada caso singular, articulando em rede diversos setores das políticas públicas e os atores locais habitantes desses territórios.

Era uma clínica a ser inventada, essa em que íamos nos aventurando. Experiências precursoras, narradas em livro, nos ajudaram nesse caminho. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*, de Jurandir Freire Costa, publicado em 1989, afirmava a potência do trabalho grupal com as classes populares, por afinidade cultural e não por escassez de recursos. *A clínica da psicose: um projeto na rede pública*, escrito por Jairo Goldberg e publicado em 1996, contrastava a clínica praticada nos ambulatórios de psiquiatria e em hospital psiquiátrico com a que fora produzida em reformas no campo da saúde mental na Itália e na França e as experiências inovadoras que vinham se fazendo no campo das políticas públicas de saúde mental no Brasil. O livro *A rua como espaço clínico* (Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa, 1991), publicação sobre a experiência de AT levada a cabo pelo Instituto A Casa na década de 80, guiou muitos dos nossos passos nesses começos. Instituição privada, A Casa teve, contudo, a ousadia de investir no trabalho clínico feito em equipe e conectado com os territórios existenciais das pessoas a quem se dirigia o seu cuidado, na convicção de que a liberdade é terapêutica e de que a diferença pode habitar a cidade, fazer parte da polis.

As experiências que foram assim se forjando no cotidiano do trabalho em equipe num CAIS Mental em Porto Alegre marcaram profundamente nossa trajetória, tendo o AT como seu paradigma, sua máxima expressão. Fábio Araújo, parceiro nessas andanças, no livro *Um passeio esquizo pelo acompanhamento*

terapêutico, assim ensina: o AT é não somente *um* modo da clínica, mas é *o* modo como a clínica, levada à sua máxima radicalidade, se faz. Tomamos esse ensinamento como aforisma, que nos instigava à reflexão. Nossa experiência levava-nos a reconhecer na função AT uma operação em particular, a que tratamos de nomear de *empuxo à cidade*: mesmo quando um AT se faz ao pé do leito, junto a alguém incapaz de transpor a soleira do quarto, a cidade em suas múltiplas possibilidades de conexão está no horizonte do trabalho e se presentifica em gestos prosaicos como o de abrir uma janela ou compartilhar um café. Contudo, não é qualquer cidade essa que a função AT almeja, mas, antes, aquela que Richard Sennett (1988) define como assentamento humano em que está dada a possibilidade de encontro com o estranho. Temos aí a relação entre cidade e subjetividade, que nos leva à articulação entre clínica e cidade, uma vez que essa abertura ao estranho, a função alteritária desse encontro, é produtora de transformações subjetivas. O AT, como empuxo à cidade, vê-se, assim, elevado à condição de paradigma da clínica.

Andamos com certa pressa no parágrafo anterior, melhor voltar alguns passos. No final da década de 1990, a experiência AT que iniciáramos na rede de saúde mental transpôs-se para a Universidade, dando origem, em 1998, ao projeto de extensão e pesquisa de que trata este livro, o que nos permitiu expandir o AT para outros territórios da cidade. Foi momento de voltarmos o olhar em especial para o modo como o urbanismo, a arquitetura, as configurações do morar incidem sobre a subjetividade, sobre as formas do laço social. O encontro com o livro *Carne e pedra*, de Richard Sennett (1997), ao percorrer a arquitetura e a planificação dos espaços públicos desde a pólis grega até as megametrópoles modernas, foi-nos revelador das sucessivas variações nas formas de apropriação do corpo engendradas no concreto das cidades, culminando com o individualismo e a passividade característicos da contemporaneidade. Anos mais tarde, o livro de Paola Berenstein Jacques (2001), *Estética da ginga. Arquitetura da favela sob a ótica de Hélio Oiticica*, foi outro achado precioso, apresentando-nos uma construção do morar que é movente, feita de bricolagens, labirintos e rizomas, nas brechas da cidade do dinheiro, de asfalto, vidro e concreto armado.

Seguíamos, ao mesmo tempo, na experimentação das transformações da clínica que se impunham ao acompanhamento da loucura no cuidado em

liberdade. Era um corpo sensível, aberto ao Fora, o que nos era exigido; uma clínica em ato, encarnada e móbil (gestual, andante), por não caber inteira nas palavras. Buscamos, em autores de diferentes vertentes, os conceitos-ferramenta com os quais fazer operar essa clínica no contexto da cidade. Recorremos a Winnicott, a Lacan, a Deleuze e Guattari, pensadores irmanados no que consideramos ser-lhes um princípio ético comum, tributário das formulações freudianas, para o qual a subjetividade é resultante de uma relação alteritária com o outro, envolvendo uma dimensão inconsciente, não transparente a si mesma, que não se deixa apreender por nenhum saber.

Aquém ou além das teorias da clínica, porém, as pessoas que acompanhamos desde o começo de nossa experiência nos fazem ver o valor da amizade como elemento intrínseco ao AT. Em 2008, usuários do CAIS Mental escolheram intitular de “Cadê o AT? Em busca de um companheirismo *amigo*” (Oficina de Imagens do CAPS CAIS Mental, 2008, grifo nosso) o vídeo por eles produzido, sob demanda, para o Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico que realizaríamos naquele ano em Porto Alegre. No vídeo, Tiago, um dos usuários, declara que Joana, sua *at*, era *como* uma amiga para ele, e conclui: *quem tem um amigo, tem um tesouro*. No intuito de zelar por esse tesouro, encontramos-nos com pensadores que vão teorizar sobre a amizade em sua função agonística, alteritária, de transformação de si e do outro: Nietzsche, Maurice Blanchot, Foucault, Derrida...

Antes disso, em 2004, nossa experiência e seus desdobramentos tomaram forma de livro. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento* (Palombini et al., 2008) apresenta os referenciais teóricos que orientaram nossos percursos desde o sujeito até a cidade; a narrativa dos acompanhamentos terapêuticos em curso pelo projeto no ano de 1998; e as aprendizagens suscitadas. A segunda parte do livro conta com textos de parceiros de nosso projeto vinculados ao CAIS Mental e traz, ainda, a experiência muito marcante dos cursos de AT oferecidos pela Escola de Saúde Pública do RS entre os anos 2000 e 2003, voltados a trabalhadores de nível médio e básico da rede pública de saúde de diferentes municípios do estado. Tomar parte na realização desses cursos, estar em contato direto com esses trabalhadores em encontros semanais ao longo dos nove meses de cada edição do curso significou, para nós,

novas aprendizagens e a constatação do quão potente podia ser, para a construção de práticas de cuidado em liberdade, não só a oferta de ferramentas como o AT, mas a abertura de espaços de escuta e apoio a esses trabalhadores.

A publicação desse livro criou oportunidades de novas parcerias e andanças por outros territórios. Ao mesmo tempo que o projeto *ATnaRede* tinha continuidade na UFRGS, articulado a diferentes serviços da rede pública em Porto Alegre, em 2005 acompanhávamos a experiência nascente na Universidade Federal Fluminense, em Niterói, conduzida por Regina Benevides de Barros. A estreita parceria estabelecida entre nós culminou com a realização de dois encontros frutuosos, envolvendo as equipes de *ats* de cada projeto: um em Porto Alegre, no mesmo ano de 2005, e outro em Niterói, em 2006. *Colóquio em dois movimentos: de Porto Alegre a Niterói* inaugura uma rede de conversações que ganhou força anos depois, reunindo grupos universitários de pesquisa e extensão com atuação em AT junto à rede de políticas públicas em municípios de diferentes estados do país. O livro eletrônico *Acompanhamento terapêutico, Universidade e Políticas Públicas: rede de conversações* (Palombini et al., 2019), também publicado pela Rede Unida, reproduz os debates ocorridos no encontro que se realizou em 2015, em Porto Alegre, reunindo cinco desses grupos. Na sequência, produziram-se outros encontros e se multiplicaram os grupos participantes – este livro, como já foi dito, dá testemunho de um desses encontros, em março de 2018, comemorativo dos vinte anos do projeto *ATnaRede*.

Nossa trajetória e as trocas realizadas com esses outros grupos vêm confirmar e consolidar o AT como expressão de uma política pública a qual propõe um cuidado integral à saúde e um cuidado em liberdade, na forma mais radical com que a clínica se faz, como empuxo à cidade. O AT configura também, por isso mesmo, um dispositivo potente de formação, que nos lança nessa experiência radical de encontro com o outro e com a cidade. Por fim, ele se fez, para nós, um método, um meio de pesquisa através do qual colocamos em análise: a clínica, levada ao seu limite; a reforma psiquiátrica, em seus efeitos sobre os serviços e as comunidades de cada território; a intersetorialidade, em sua (des)articulação em redes territoriais de cuidado. Em nossas andanças, no esforço por tecer essas redes, quando alcançamos tecê-las, aprendemos o quanto pode ser tênue, às vezes, a distância entre uma prática em rede que se quer usuário-centrada, que se

deixa guiar em seus passos pelo andar do sujeito a quem acompanha, e outra que simplesmente recobre o sujeito numa trama feita com fios de controle e vigilância, tornando-o usuário-cercado.

O AT, portanto, em nossa experiência, é não só um articulador, mas também um analisador das redes, assumindo o ponto de vista dos nossos acompanhados e acompanhadas para olhar para essa rede e para se movimentar nela. Assumir o ponto de vista de quem acompanhamos tem nos levado a operar o AT no ponto de intersecção entre diferentes políticas: saúde, direitos humanos, justiça, assistência social, trabalho, habitação... E tem nos defrontado, quase invariavelmente, com questões que, para além dos estigmas e exclusões em torno da loucura, envolvem racismo, violência contra a mulher, contra idosos, violência de gênero, pobreza extrema e falta de acesso a bens culturais. Seguimos caminhando, como o fizemos desde sempre, no contrafluxo das lógicas manicomializantes, da hegemonia biomédica, dos higienismos que persistem ainda. Mas as forças com que o AT se enfrenta hoje se multiplicam, sobrepondo-se umas às outras, tornando mais desafiador o nosso caminhar.

Assim, ao longo dos anos, nossa compreensão sobre o AT e os modos da sua operação ganharam nuances e novas problematizações, não somente em resposta a avanços e retrocessos na implementação das redes de atenção psicossocial, mas também como efeito das transformações por que passou a Universidade a partir de 2008, com a implementação de uma política de ações afirmativas que, favorecendo maior presença de estudantes negras e negros em nosso projeto, tornou impossível ignorar a dimensão da racialidade a perpassar cada uma das experiências em AT que acompanhávamos. Especialmente provocados pelas estagiárias negras participantes do projeto, ao pensar racialidade em nossa experiência AT, foi inevitável relacioná-la às questões de gênero e classe. Com efeito, não apenas o deslocamento do manicômio para a cidade traçou os rumos de nossas andanças, desde os anos 1990, mas igualmente marcante é a instauração do SUS, sistema público, universal e gratuito de saúde que assenta o chão onde havíamos de pisar no encontro com as pessoas por acompanhar, em situações de vida muito distintas daquelas que nos eram narradas nos primeiros livros sobre AT, oriundas da classe média e alta dos grandes centros urbanos de nosso país. Nesse chão que começamos a trilhar há quase três décadas, ligado às questões de

classe e de raça, foi-se fazendo recorrente o encontro com mulheres que, vítimas de violência doméstica ou sexual, padecendo dos efeitos traumáticos dessas violências, tiveram suas vidas vigiadas e medicamentadas, numa espécie de penalização que as tornava culpáveis das violências de que haviam sido vítimas. São esses, hoje, os nossos impasses, que forçam o pensamento e nos impelem à conversa com interlocutores como Rachel de Gouveia Passos (2020, 2018), que, na intersecção entre gênero, raça e classe, alia o feminismo à luta antimanicomial e propõe o navio negreiro como imagem que denuncia o manicômio e seus correlatos, dispositivos de encarceramento e morte da população negra; e como Emiliano de Camargo David (2020a, 2020b), na afirmação do AT como prática diaspórica, antirracista e no convite a um aquilombamento dos espaços de cuidado em saúde mental.

Não será possível, porém, encerrar este prólogo sem fazer menção aos tempos pandêmicos que temos vivido desde março de 2020 em nosso país, sob formas cada vez mais brutais, que, reiterando as articulações entre gênero, classe e raça, têm contaminado especialmente as mulheres e custado a vida de centenas de milhares de brasileiros, em especial a população mais pobre e negra. Embora não seja tema expresso deste livro, queremos contar, ainda que brevemente, de nossa experiência AT em meio à pandemia, em que nos vimos diante do desafio de relançar, por outros meios, a nossa clínica – essa que, indo aonde o acompanhado está, engajando de forma tão particular a presença e o corpo do acompanhante, viu tolhidos seus movimentos.

Por mais paradoxal que possa parecer, constatamos que o AT tem muito o que ensinar em tempos de atendimento online, em que a tela do celular ou do computador expõe de uma forma muito aguda a intimidade, a domesticidade da vida das pessoas que buscam cuidado em saúde mental. São cenas muito embaraçosas para alguns profissionais, não acostumados a essa exposição íntima da vida cotidiana do outro, especialmente aqueles profissionais que se resguardam do trabalho no território e em domicílio. Para o AT, ao contrário, incidir na relação entre o acompanhado e um familiar, em ato, na cena doméstica que se arma em sua presença, é algo corriqueiro. Então, o AT pôde ensinar a esse respeito, e pôde, inclusive, estar mais à vontade com o fato novo de que a pessoa acompanhada também entra, através da tela, na sua casa. A intimidade, a domesticidade do

profissional também está exposta, mas, antes de ser um entrave, ela pode passar a compor o manejo clínico, desde que sejamos capazes de perder um pouco dos nossos pudores. Os *ats* estão habituados a perder o pudor.

Contudo, esse contato, que se faz desde a intimidade das casas, não pode perder a conexão com o espaço público, o empuxo à cidade, as urgências do nosso tempo. Tampouco se pode perder de vista que segue sendo preciso ir onde vivem as pessoas, oferecer cuidado no território. Ainda que tenhamos tido experiências muito efetivas de presentificação do cuidado por meio remoto, inclusive no suporte a situações de crise, o contato online nem sempre é possível e pode não ser acessível ou não ser suficiente em determinados casos. A presença do *at* junto à casa de seu acompanhado pode ser crucial em momentos de tanto desamparo e angústia.

Fazendo frente ao desmonte da Atenção Básica no país e ao pouco ou nenhum investimento feito pelo governo no sentido de cuidar das pessoas e prevenir a Covid junto aos seus locais de moradia, nós testemunhamos, nos bairros mais pobres, em municípios diversos, comunidades inteiras que, por conta própria, organizaram-se para cuidar de si e dos seus, do ponto de vista da saúde, da alimentação, da prevenção à violência doméstica, do consolo e do conforto.

Essas experiências, levadas a cabo em meio a um contexto que desinveste e põe em desordem políticas públicas fundamentais efetivadas nas últimas décadas, sugerem uma perspectiva futura ao AT, que gostaríamos de deixar apontada aqui, ainda que não a tenhamos por ora efetivada. Essa perspectiva envolve uma dimensão pública do trabalho do AT, mas uma dimensão pública neste momento desalojada do Estado. Assim, além da aposta que seguimos fazendo em um devir *at* de todo trabalhador de saúde mental, queremos apostar, na mesma medida, no devir *at* das comunidades, no devir *at* de usuários da saúde mental, para que comunidades e usuários possam se munir de ferramentas que, somadas ao saber da experiência que ambos carregam, tornem mais potente a tarefa de cuidado mútuo, de apoio entre pares. Haverá quem veja nisso um retrocesso, uma desvalorização do acúmulo de saber produzido durante décadas em torno à prática do AT. Vemos, ao contrário, como uma expansão da sua potência, em íntima conexão com as experiências vividas pelas populações, com suas dores, seus anseios, seus saberes e suas lutas. Propomo-nos a seguir caminhando movidos pela força de uma utopia - no contrafluxo, a contrapelo, contracorrente.

Referências bibliográficas

- Araújo F. (2005). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos clínicos à política da amizade*. Niterói, RJ: Fábio Araújo.
- Costa JF. (1989). *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus.
- David EC & Vicentin MCG. (2020a). Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em debate*, v. 44, n. esp. 3 - Retratos da reforma psiquiátrica brasileira.
- David EC. (agosto 2020b). Aquilombar a cidade: território, raça e produção de saúde em São Paulo. *Revista do Centro de Pesquisa e Formação*, n. 10.
- Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.). (1991). *A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Escuta.
- Goldberg J. (1996). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Jacques PB. (2001). *Estética da ginga: a arquitetura das favelas através da obra de Hélio Oiticica*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra / RIOARTE.
- Oficina de Imagens CAPS Cais mental. (2008). *Cadê o AT? Em busca de um companheirismo amigo*. Videodocumentário. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=wdIIHzkZlk4>
- Palombini AL, Jover ER, Richter EP, Mesquita JLR, Cabral KV, Benevides LG, Belloc MM, Severo BR, Silva MCC, Raymundo MB, Sibemberg N, Machado PS, Kasper SG & Freitas VTB. (2008). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. (2 ed.). Porto Alegre, RS: UFRGS.
- Palombini AL, Pasini VL, Brondani AC, Guerra SZ, Ecker DD. (Orgs.) (2019) *Acompanhamento terapêutico, universidade e políticas públicas: rede de conversações*. (1 ed., pp. 85). Porto Alegre, RS: Rede UNIDA.
- Passos RG. (2020). Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. *Revista em Pauta*, v. 18, p. 116-129.
- Passos RG. (2018). Holocausto ou Navio Negroiro?: inquietações para a Reforma

Psiquiátrica brasileira. *Argumentum (Vitória)*, v. 10, p. 10-23.

Pelbart PP. (1993). A nau do tempo-rei. In *A nau do tempo-rei; sete ensaios sobre a loucura*. Rio de Janeiro: Imago, p. 29-46.

Rolnik S. (1997). Clínica nômade. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, p.83-97.

Sennett R. (1988). *O declínio do homem público*. As tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras.

Sennett R. (1997). *Carne e Pedra. O corpo e a cidade na civilização ocidental*. Rio de Janeiro: Record.

A watercolor illustration of a tree with a complex, branching structure. The colors are primarily blue, yellow, and pink, with some white and light blue accents. The style is soft and painterly, with visible brushstrokes and blending of colors. The tree's branches are dark blue and black, while the foliage is a mix of light blue, yellow, and pink. The overall composition is abstract and expressive.

**HÁ TEMPOS ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO NA REDE PÚBLICA**



20 ANOS DE ANDANÇAS COM A REDE PÚBLICA DE PORTO ALEGRE

Histórias de nossas andanças

Analice de Lima Palombini
(UFRGS)

Na impossibilidade de condensar vinte anos de trabalho em poucas páginas, rememorando o passo a passo do *ATnaRede* ao longo desses anos, escolhi me deter em dois aspectos: a relação entre universidade e comunidade e a relação em rede de serviços.

Cabe antes, porém, deixar dito o que entendemos por AT. É modalidade da clínica no campo da atenção psicossocial, a qual se oferece a pessoas que, por razões de ordem subjetiva, orgânica ou sócio-cultural, encontram-se impedidas ou com dificuldades de fazer andar a sua vida. É uma clínica sem muros, que se realiza no espaço aberto da cidade, acompanhando cotidianos de vida de forma a favorecer o estabelecimento de laços entre a pessoa acompanhada e o território por ela habitado. É um articulador de redes que busca multiplicar as possibilidades de vida dessa pessoa, buscando ampliar as formas e os espaços de expressão e conexão com o mundo. Trata-se de alargar os modos de habitar a cidade, para que nela a diferença possa ter lugar.

Já o *ATnaRede - Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública* é um projeto de extensão, hoje vinculado ao Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Ação em Saúde, do Instituto de Psicologia desta Universidade. É uma ação extensionista articulada à experiência de estágio curricular e a atividades de ensino e pesquisa, em parceria com serviços da rede municipal de saúde e de outros setores como assistência social e justiça, em que estudantes de psicologia e profissionais de saúde em formação fazem acompanhamento terapêutico de usuários da rede de serviços. O AT tem sido, ao longo desses vinte anos, um dispositivo potente de

formação para o trabalho em saúde mental no contexto das políticas públicas e uma experiência propícia à produção de conhecimento - são muitos os artigos, capítulos, dissertações e teses publicadas. Por ele já passaram algumas centenas de estudantes de graduação e também residentes, pós-graduandos, profissionais da saúde e de áreas afins, prestando atendimento a outra centena de usuários e seus familiares. O projeto fez e faz relação com muitos serviços, de diferentes setores, que compõem as redes de atenção psicossocial na cidade de Porto Alegre. Mas o que me parece mais fundamental de destacar a respeito deste projeto é a aposta na vida, que o *ATnaRede* faz reiteradamente e que se renova a cada dia, na ideia de que toda a vida vale a pena, toda a vida é digna de ser.

Dito isso, gostaria de me reportar aos começos do *ATnaRede*, para dizer algo sobre a relação entre Universidade e Comunidade. O gérmen deste projeto nasceu na década de 1990, nos primeiros Centros de Atenção Integral à Saúde Mental – CAIS Mental, que foram serviços em que atuei como psicóloga – o CAIS Mental 4, na Vila Cruzeiro, hoje CAPS GCC, e depois o CAIS Mental 8, hoje CAPS CAIS Mental Centro. Eram serviços gestados no contexto de uma política de saúde mental para a cidade, alinhada com a perspectiva reformista por um cuidado em liberdade, no território, em rede. O Sistema Único de Saúde era então uma realidade recente, mas que mudava radicalmente a cara da assistência à saúde no país e, conseqüentemente, da nossa profissão. Atuando num serviço de base comunitária, de portas abertas, vinculado ao território de vida das pessoas a quem prestamos cuidado, forçosamente somos chamados a acompanhá-las para além da porta do serviço, não só nas andanças entre outros pontos de uma rede intersectorial de serviços, mas pelas ruas do bairro, no cotidiano das relações familiares e de vizinhança estabelecidas. Essa prática se impôs para mim, entre os anos 1992 e 1993, como psicóloga nesses serviços, antes que eu pudesse nomeá-la AT.

Nos começos de 1996, logo que foi inaugurado o segundo CAIS Mental da cidade, na região central de Porto Alegre, dois estudantes de psicologia da UFRGS - Maria Ilda e Amadeu (este, hoje, nosso colega, prof. Amadeu Weinmann) - bateram à nossa porta em busca de vaga de estágio, no caso, estágio curricular de psicopatologia (conforme o antigo currículo do curso). Na época, a equipe do CAPS, em parceria com a equipe de abordagem de rua da FASC, tinha como missão o atendimento à população de rua em sofrimento psíquico e vinha se

apropriando da ferramenta do AT como recurso importante para o trabalho. Fiquei então responsável pela supervisão local desses estagiários, a quem se propôs que fizessem acompanhamento terapêutico de nossos usuários, e pude constatar os efeitos desse trabalho na formação dos estagiários, os efeitos sobre os usuários que eles acompanhavam e também sobre a equipe, que se surpreendia com as transformações subjetivas que um AT podia produzir. A experiência do estágio se repetiu nos anos subsequentes.

Em setembro de 1997, precisei deixar o trabalho no CAPS para assumir como docente efetiva na Universidade. Porém, não queria interromper essa experiência, que tinha se mostrado tão potente. Assim, propus o projeto *ATnaRede* como ação de extensão, junto ao curso de Psicologia, e, desde então, ou seja, desde que ingressei como docente na universidade, não deixei de me ocupar do AT como dispositivo de formação em parceria com serviços da rede pública de Porto Alegre. Era uma forma também de me manter conectada à realidade dos serviços, das equipes, dos seus usuários, dos seus territórios, evitando o risco de um encastelamento no interior dos muros acadêmicos.

Conto esses episódios porque não tenho dúvidas de que a longevidade deste projeto tem sua razão de ser na conexão profunda com a realidade dos serviços e das populações a que esses serviços servem, que está na origem da construção desta proposta. Essa é uma via de mão dupla, desde o princípio. Pois foi a Universidade, através dos estudantes, que foi bater à porta do serviço e nos convocou à experiência do estágio. Foi essa experiência, vivida na radicalidade do que um Centro de Atenção Psicossocial demanda no contato entre equipe e usuários, que guiou a elaboração da proposta do projeto extensionista na Universidade, que se alimenta, por sua vez, desse exercício continuado de relação com usuários das políticas públicas, com suas equipes e gestores, com os territórios que se habita.

Ora, é preciso estar banhado de mundo, imerso na vida, para vivificar o pensamento numa produção de conhecimento capaz de servir à transformação da realidade (Palombini, 2016). É o que nos leva a aproximar Universidade e Serviços, reconhecendo a função formadora, produtora de conhecimento, das experiências de trabalho no campo das políticas públicas e o lugar de alteridade que ocupam, um em relação aos outros, a Universidade e os Serviços. E é motivo de muita alegria, para nós, que trabalhadores desses serviços estejam aqui para

comemorar nossos vinte anos de existência, propondo-se, junto conosco, a esse exercício do pensamento em torno das experiências que nos implicam.

Quanto à relação em rede de serviços, podemos distinguir dois momentos. De modo geral, até 2011 o projeto seguia uma dinâmica onde os estudantes se inseriam nos serviços parceiros como estagiários e eram apoiados pelo *ATnaRede* na realização da prática do AT, como uma das ações do estágio. Esse apoio se dava através da supervisão dos casos em acompanhamento; de reuniões conjuntas com as equipes dos serviços; e da participação na disciplina de Introdução à Prática do Acompanhamento Terapêutico, criada em 2002 como desdobramento do projeto. Nessa dinâmica, a articulação em rede em torno a um caso em AT era responsabilidade do serviço em que atuava o estagiário. Em 2012, há uma reconfiguração da proposta, consequência também da reforma curricular no curso de psicologia. O Projeto então passou a ser campo próprio de estágio curricular e, no ano seguinte, 2013, tornou-se também cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Dessa maneira, desde 2012, passou a ofertar o AT de modo amplo, para a cidade, acolhendo as demandas oriundas de serviços de assistência social, educação, justiça, saúde, na perspectiva da desinstitucionalização e inserção social. Isso reposicionou nosso lugar na relação com os serviços. A esse respeito, gostaria de retomar algo sobre o qual já pudemos nos manifestar em outras ocasiões.

Ocorre que, muito frequentemente, as demandas de AT que nos chegam através de serviços e setores diversos ou vão situar os acompanhantes terapêuticos junto com seus acompanhados num território vazio de redes, ou, ao contrário, eles se verão entre as muitas linhas de uma rede de serviços, uma rede em que se incluem diferentes atores. O primeiro caso impõe ao *at* o esforço de convocação dessa rede, batendo de porta em porta, convidando à conversa, chamando à responsabilidade. Pois é para nós muito evidente que o AT não é panaceia pra nada e não se faz só. O AT é meio, é passagem, é um *entre* que requer essa costura com outros pontos de uma rede. Sabemos que a vigência, na cidade, de práticas divisoras ergue muros invisíveis a separar loucos e normais, doentes e são, negros e brancos, miseráveis e endinheirados, de tal forma que, muitas vezes, a tessitura de uma rede de cuidado é inviabilizada. (Palombini & Pasini, 2017). Um dos grandes aprendizados da experiência do AT é o enfrentamento dessas impossibilidades,

é não esmorecer diante dos nãos, dos vazios, dos muros. O segundo caso leva o *at* ao encontro com as linhas e os nós de uma rede já presente, que se quereria usuário-centrada mas corre o risco de tornar o usuário cercado – por serviços e setores que, buscando atender à população, terminam por fazer submergir a singularidade dos sujeitos a quem pretendem acompanhar, ao ponto de se tornar um desafio localizá-los em meio a essa trama, acompanhar o fio de suas histórias, discernir demanda, desejo. (Palombini & Pasini). A experiência desse risco constitui ferramenta potente de formação para o trabalho intersectorial em saúde mental e investe o AT da possibilidade de operar, na relação com os serviços e setores implicados no acompanhamento de um usuário, um modo de construção do caso (Figueiredo, 2004) que leve em conta o saber próprio ao sujeito, o que nele se apresenta de singular, problematizando a trama que se tece em torno dele como prática de cuidado.

Para concluir, gostaria de reafirmar, como a face potente do AT, a sua função de passagem, travessia, entre lugares, entre profissões, entre disciplinas, entre diferentes funções – formação, pesquisa, clínica, política pública... Tal potência, sabemos, não é uma prerrogativa da função AT. No contexto brasileiro, o trabalho numa perspectiva entre-disciplinar atravessa a proposta do Sistema Único de Saúde, desde a sua origem, trinta anos atrás. É política pública incidindo sobre o conjunto das profissões do campo da saúde, operando de forma muito marcante na saúde mental e inspirando outras políticas como a da assistência social. (Palombini, 2018). O AT, da forma como o concebemos, faz parte, junto com outros dispositivos, da materialização do pensamento que dá forma ao Sistema Único de Saúde, à Saúde Mental Coletiva, Antimanicomial.

Sabemos que a tarefa que se apresenta às políticas públicas, ao campo da saúde mental, às redes de atenção psicossocial num Estado de Direito – tarefa de mediação social para o estabelecimento de laços efetivos entre seus usuários e as comunidades locais, oferta de espaços de expressão e conexão com o mundo – esbarra hoje num contexto golpista de desmonte dessas políticas, precarização extrema do trabalho e ausência de mecanismos de proteção social, gerando empobrecimento, vulnerabilidade, ruptura de laços, acirramento da violência e extermínio da população negra e pobre, além de colocar em risco a própria noção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado. É a afirmação da cidade

como polis – possibilidade de encontro e afectação pelo outro – ou como mercado que se coloca em questão, aqui, reiterando a política como ação imanente às práticas de atenção psicossocial. (Palombini, 2007). Ao longo de vinte anos, o projeto *ATnaRede* andou de braços dados com o desafio instituído da construção, no Brasil, de um estado democrático de direitos, um estado de bem estar social. O tempo presente e os anos vindouros que se anunciam nos lançam novos e difíceis desafios. Nosso convite é para que possamos seguir em rede, juntos na construção de gestos que façam de toda vida uma vida digna - juntos na afirmação de que vidas loucas, pobres, tortas, negras importam.

Referências bibliográficas

Figueiredo AC. (março 2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latino- americana de Psicopatologia Fundamental*. 7 (1), 75-86.

Palombini AL. (2007). *Vertigens de uma psicanálise à céu aberto: a cidade. Contribuições do dispositivo do acompanhamento terapêutico para a clínica na reforma psiquiátrica*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Palombini AL. (2016). Apresentação. In Palombini AL, Torossian SD, Figueiredo ACC, Guerra AMC. (Orgs). *Redes de atenção integral à infância e juventude*. Porto Alegre, RS: UFRGS, p.7-8.

Palombini, AL. (2018). 25 anos depois, um pouco da estrada em que fiz meu chão: acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica In *25 anos da lei da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. (1 ed., pp. 245–261). Porto Alegre, RS: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul.

Palombini AL & Pasini VL. (2017). As redes e os muros da cidade: andanças no acompanhamento terapêuticos. In Belloc MM, Cabral KV, Palombini AL, Oliveira RW & Tinoco SG. *Além dos muros. Acompanhamento Terapêutico como Política Pública de Saúde Mental e Direitos Humanos*. (1 ed., 56–67). Porto Alegre, RS: Rede UNIDA.



O AT como uma das figuras da Clínica na saúde mental: testemunho de uma experiência a partir do Caps Centro⁴

Ester Trevisan⁵
(CAPS Centro - SMS/PMPA)

Foi com muita alegria que recebi o convite para falar sobre a incidência da figura do acompanhamento terapêutico (AT) no CAPS Cais-mental Centro, ao longo destes vinte anos. Há que se comemorar este excelente trabalho de formação desenvolvido a partir do curso de Psicologia, que vem propor junto aos serviços de saúde mental a construção deste *personagem do entre* – que é como gosto de pensar o lugar do acompanhante terapêutico (*at*). O *at* pode ser fundamental para a sustentação da ideia de cuidado em liberdade, como pudemos testemunhar ao longo destes anos. Acompanhei diretamente os estudantes que buscavam o CAPS para fazer o seu estágio de psicopatologia, no contexto do projeto de extensão coordenado por Analice Palombini, nos dez primeiros anos do projeto. É desde este lugar que pensei em trazer algumas observações.

Antes de falar desta experiência de supervisão, gostaria de trazer algo marcante em minha formação, e que fez com que me aproximasse da psicoterapia institucional francesa, mais do que da antipsiquiatria italiana, que marcou a Reforma psiquiátrica brasileira. Entre 1996 e 2000 fui com minha família para Paris, e lá, além da Universidade, fez parte da minha formação o contato com instituições voltadas ao cuidado em saúde mental, desde hospitais até instituições mais abertas. Eram lugares onde a psicanálise se fazia bastante presente e ainda muito viva, como nas experiências de La Borde, de Bonneuil, da Maison Verte, entre outras.⁶

⁴ CAPS Cais-mental Centro, PMPA. Primeiramente nomeado como Centro de Atenção Integral à Saúde Mental do distrito 8 (CAIS 8). Mantivemos a nomeação Cais-mental, por ocasião da passagem a CAPS, em referência a nos posicionarmos como um lugar de ancoragem no acompanhamento aos usuários.

⁵ Psicanalista, Enfermeira, Membro da equipe do CAPS Cais-mental Centro desde sua fundação até 2018; Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA).

⁶ Em equipe, vínhamos trabalhando sobre estas experiências nos grupos de reflexão e planejamento para a construção do CAPS.

Naquele período, fiz estágio, ao longo de um ano, no hospital-dia para adolescentes Cerep-Monsouris, em Paris. Naquele *hospital*, que me pareceu tão distante do que eu conhecia até então, eram acolhidos adolescentes que vinham com algum diagnóstico de transtorno mental grave (psicoses, autismos), em situação de fracasso escolar, por isolamento social importante, por situações de violência. A instituição acolhia por volta de 45 adolescentes, e era o único na região parisiense que promovia a escolarização dos adolescentes no âmbito do hospital, com professores da Educação Nacional que compunham, com a equipe e o adolescente, um projeto possível de escolarização. Havia um trabalho inicial da equipe que era de tentar, de um certo modo, suspender o diagnóstico que acompanhava o adolescente que chegava, numa ideia de permitir que os jovens pudessem se expressar, dos mais diferentes e inventivos modos, e em companhia. Percebi que me engajava numa aposta na inventividade, com uma equipe com muito desejo de experimentações, um hospital-dia que me parecia recuperar a acepção de *hospitalidade*.

A equipe era composta por psiquiatras, psicólogos-psicanalistas, professores, educadores, enfermeira, e alguns externos – como eu. Havia também um músico e um artista plástico, que vinham somente para suas atividades específicas. O Cerep ocupava dois andares de um edifício que tinha, à sua frente, o lindo parque Monsouris, parque vizinho da Cidade Universitária. Muito do trabalho se dava nas saídas, fora do espaço físico da instituição. Acompanhar os adolescentes em suas incursões pela cidade, provocar saídas através da realização de oficinas terapêuticas que se davam na cidade, era uma tarefa que fazia parte do trabalho dos terapeutas. Percebi o quanto a lógica de ‘fazer parte da cidade’ animava o trabalho da equipe de um modo quase visceral. Foi um lugar no qual pude acompanhar alguns adolescentes, percorrer com eles trajetos na cidade, durante os quais me ensinaram o quanto se pode estar próximo o suficiente para que o sujeito possa falar de sua experiência, sem que necessite ser privado da cidade.

Quando retornei ao Brasil, em 2000, o Cais mental Centro havia se mudado para uma casa na rua José Bonifácio, em frente à Redenção, e ‘A Rua como espaço Clínico’⁷ estava já incorporada ao trabalho. Iniciava-se um momento de muitas transformações na equipe, que também colaborava com a constituição de novos serviços para compor a rede de saúde mental da cidade.

7 Referência ao livro da equipe da Casa, instituição de São Paulo que dava guarida a jovens, com diagnóstico de transtornos mentais, especialmente psicoses. Uma das primeiras experiências que declarava sua ancoragem psicanalítica.

Naquele momento, Maria Cristina Carvalho da Silva estava na Coordenação do Cais Mental, em cuja função permaneceu ao longo de dez anos, desde o momento da fundação. A sua presença marcou profundamente o modo de funcionamento da equipe do CAPS, foi alguém que muito colaborou para a construção do serviço. Sua condição de militância pelo SUS, pela saúde mental, como defensora da Reforma psiquiátrica, a formação de psicóloga e psicanalista apareciam no modo de coordenar o serviço e, ao mesmo tempo, fazer as articulações necessárias para que ele tivesse condições de existência, sustentando um diálogo permanente com as gestões e articulando ações que impulsionassem, não só o CAPS, mas também a construção da rede de saúde mental de Porto Alegre.

Na coordenação, incentivava a equipe a trabalhar em parceria com diferentes instituições da pólis, na pólis, e posso testemunhar que foram incontáveis as parcerias que fizemos. Encorajava os projetos de formação e o aprimoramento dos membros da equipe; mantinha uma relação muito próxima com instituições de ensino, como universidades, a Escola de Saúde Pública, o MEC, enfim, com instituições ligadas à formação, levando-me a pensar que este campo, que lhe era tão caro, foi aquele no qual ela mais se pôs a tecer parcerias.

Foi neste contexto, desde os primórdios da construção do Cais Mental, que se deu o início da parceria com o Programa de acompanhamento terapêutico da UFRGS, quando inúmeros estudantes tiveram a oportunidade de passar pelo serviço, consolidando-se como um espaço que interpreto hoje como o de uma pesquisa-intervenção em companhia, numa intervenção compartilhada, mas, sobretudo, num enlace transferencial com Analice, que concebeu e vem sustentando o programa do lado da Universidade. Arriscaria dizer que a história deste programa e a história do Cais mental estão imbricadas, em sua origem.

Busquei lembrar dos nomes de quem fez o estágio de AT e de quem foi acompanhado. Foram muitos, o que torna impossível mencioná-los todos aqui. Foram 10 anos nos quais recebi, ininterruptamente, quatro a cinco estudantes da graduação do curso de psicologia da UFRGS, a cada ano, que faziam, no CAPS, muitas vezes, sua primeira experiência em saúde mental. Vinham para fazer o estágio de psicopatologia e permaneciam dois semestres conosco, num processo de imersão acompanhada no trabalho do CAPS. Esta configuração se modificou com a reforma curricular do curso de psicologia, levando a mudanças no projeto,

quando, então, este passou a ser sede da experiência do estágio, ofertando AT para o CAPS e para outros serviços da cidade. Como disse inicialmente, irei me reportar aqui ao que foi acompanhar aqueles dez primeiros anos dos *ats* no CAPS Centro, quando cabia a mim a responsabilidade da supervisão dos estagiários.

Eu realmente considero que fomos profundamente marcados pela tecnologia do AT na construção do cuidado com os usuários, no dia-a-dia de nosso trabalho. Penso que os dois projetos têm muito em comum em seus fundamentos, um verdadeiro interesse clínico vindo de ambos os lados em torno da proposta de sair às ruas, acompanhar o transitar do *louco* na cidade. Do lado do CAPS-Centro, sempre fomos uma equipe muito marcada pelo engajamento na Reforma psiquiátrica, sustentando a criação de dispositivos clínico-institucionais em consonância com a proposta de construção do cuidado em uma instituição de saúde mental aberta. Vale lembrar que, naquele período, estávamos no início de nossas experimentações, de nossos ensaios de acompanhamento, estávamos esboçando um certo desenho de saúde mental na cidade. Do lado da Universidade, também se tratava de uma inovação a proposta de formar profissionais capazes de operar dentro da lógica da Reforma psiquiátrica. Há, nesta experiência, um *feliz encontro*, que resultou em pesquisas e experimentações clínicas reveladoras de muitas questões para todos nós. Conseguimos experienciar o quanto a Instituição terapêutica pode operar de modo a contemplar o diverso, o diferente, com os dispositivos mais variados, que favoreçam *bons encontros*, estes sim capazes de favorecer o trabalho em saúde mental, e que uma instituição assim se constrói nos enlaces com o fora, com o que está para além dela.

Quero trazer algumas ideias que decanto do acompanhamento dos estagiários, às quais misturo minhas reflexões a partir do processo de trabalho com os estudantes, com a equipe, algumas leituras que faço da incidência de *efeitos-AT* sobre a própria equipe, sobre o seu funcionamento. Vamos ao que sublinho das notas.

AT como ferramenta, como dispositivo clínico

A equipe do CAPS⁸ passou a entender o AT como dispositivo clínico que está presente num horizonte possível para os usuários, quando percebemos que

⁸ Refiro-me neste texto à equipe que estruturou o trabalho do CAPS Cais-mental Centro e que se mantém atuante desde então, com algumas poucas alterações. Sublinho este aspecto, sobretudo por se tratar de uma instituição pública, sujeita aos “bons ou maus ventos” da gestão pública. Hoje, vivemos o mau tempo da destruição das políticas públicas.

pode vir a ser uma estratégia que contribua para o trabalho de acompanhamento singular. Ele pode ser feito por alguém específico, como no caso do estagiário que vinha no contexto do projeto e que passava a compor a micro-equipe que se ocupava do caso, mas também a própria equipe foi se impregnando desta *tecnologia*, de forma que, hoje, não seria demais dizer que faz parte do trabalho de cada um de nós. Um testemunho disso me parece ter sido o registro no filme produzido pelos usuários sobre as suas experiências com AT.

Por que o AT?

No pedido ou indicação de AT para tal ou tal sujeito, por parte de algum membro da equipe, um dos principais motivos era a dificuldade de inserção do usuário no tecido social, a dificuldade de circulação, traduzida por um isolamento excessivo. O *at* vinha como aquele que poderia acompanhar e ajudar o paciente/ usuário a sustentar os movimentos de seu desejo, apostando no que a presença do *at* evoca e provoca como deslocamento, deslizamento, embalo, impulso a — ou seja, uma aposta que inclui por si só presença e movimento para alguém que se encontrasse cristalizado em uma posição de isolamento.

Instituímos que as indicações e passagens de casos para serem acompanhados seriam feitas no seio da reunião de equipe. Esta estratégia produzia o relançamento da presença do paciente/usuário no serviço, através da fala das referências que compunham a micro-equipe que se ocupava mais diretamente daquele sujeito. Investimento de fala, investimento narcísico, fundamentais para o trabalho no caso-a-caso.

Aquele modo de retomar o caso em equipe produzia como efeito que a instituição se colocava em uma posição de depositária das questões dos usuários, e que ele não ficasse instalado ali como se estivesse depositado. Neste sentido, a presença dos *ats* na equipe nos fez produzir movimentos com alguns usuários que talvez só tenham sido possível a partir deste lugar terceiro operado pela figura do *at*. Acho importante ressaltar essa *função terceira* do AT, que leio como um efeito da presença da figura do *at* em uma equipe e que me pareceu formadora para a equipe naquele momento.

Até onde pode ir o *at*? Até onde se pode ir quando se faz AT?

Retomo esta pergunta feita por um estudante, porque penso que ela se atualiza a cada vez. Se fosse para ser respondida, diria que até onde cada um puder, seja acompanhando seja acompanhado.

Aqui, gostaria de retomar a questão da supervisão, que não é separada da transferência. Há algo que se reatualiza no encontro do acompanhante terapêutico e aquele que vai acompanhar. Ir para onde? Quem decide e através de que meios se decidem as direções a tomar, os trajetos a seguir? Questões sempre presentes nos estudantes, mas que não deixam de ser A grande questão daqueles que prezamos a clínica do singular. Os movimentos podem ser lentos, hesitantes, parecendo muitas vezes em círculo, às vezes parecem não levar à direção alguma, o que pode provocar profunda angústia em quem acompanha, porque interroga incessantemente o seu lugar. Muito do acompanhamento aos estagiários residia em sustentar com eles o valor de sua presença junto ao usuário, buscando um sentido ao seu fazer, a não desistir, a aprender a lidar com o tempo tão singular de cada caso, acompanhando-os de modo a não tomarem os impasses clínicos como impotência.

Em muitos momentos, nos perguntávamos sobre o fato de encaminharmos a estudantes tão jovens, ainda inexperientes, pacientes tão graves e tão instáveis como muitos que acompanhamos no CAPS. A fala da equipe, no momento da indicação de um paciente a ser acompanhado, trazia elementos que permitissem ao acompanhante algum apoio, algum “chão” onde pudesse dar os primeiros passos em direção àquele que seria acompanhado.

Este “chão” do qual falo não se refere somente ao caso em si. Na equipe, consideramos parte da formação podermos trabalhar elementos do psicopatológico oriundos da psiquiatria clássica, da psicanálise, da reabilitação. Trabalhar num equipamento em saúde mental implica dialogar com as diferentes disciplinas que compõem o campo da saúde mental, e, para tanto, é preciso também passar pelos significantes destas “outras línguas”. Então, quando a equipe fazia uma demanda de AT, tratávamos de escutar a demanda que vinha através daquele pedido, mas sem tomá-lo com uma consigna que pudesse apagar o desejo do sujeito em questão e sem considerar o diagnóstico como um fechamento para as possibilidades de um sujeito.

O Acompanhante na Equipe

Quando ingressavam no estágio, os estudantes experienciavam um tempo de familiarização, acompanhando os membros da equipe nos diferentes dispositivos clínicos: CAD⁹, oficinas, grupos, saídas, rodas de conversa. Depois de um certo tempo, escolhiam uma atividade na qual se engajariam, conforme seus interesses e habilidades, ou podiam também ser propositivos, como muitos o foram.

Um exemplo de grupo criado por uma dupla de *ats* foi a oficina de “*Viagens imaginárias*”, que, depois de um tempo, passou a ser “*Oficina de circulação*”. As *Viagens imaginárias* acabaram funcionando como um exercício, antes de se autorizarem a sair do espaço institucional com os pacientes. Os estagiários propunham que eles falassem de lugares onde gostariam de ir, de viajar e, a partir daí, traziam material visual, mapas, recortes, curiosidades sobre o local. Algo do simbólico passava a ser compartilhado, evocações de memórias, instauração de um espaço transferencial que permitiu a usuários e acompanhantes construírem um laço de confiança que os levou, então, a poderem juntos transitar pelo espaço público.

Um outro exemplo da experiência dos *ats* nos grupos foi a participação de alguns estudantes na *Oficina de Jornal*. Num certo período, a produção da Oficina foi contextualizada em torno da questão dos moradores de rua: foi editado um exemplar sobre essa questão, entrevistando aqueles que faziam acompanhamento no CAPS e que tinham passado pela experiência de viver nas ruas. O tema do jornal acabou produzindo efeitos em outros espaços de grupos da instituição, onde também se faziam presentes as questões sobre as estratégias de sobrevivência, a violência, o que levou alguém a viver na rua, etc. Levou-os também a entrar em contato com a equipe do Jornal Boca de Rua, que já inscreve o seu trabalho na cidade há alguns anos, num enlace com o fora do CAPS.

Ainda com relação ao projeto e à equipe, um dos “rituais” que criamos foi a devolução, em reunião de equipe, do que representou para o estudante o seu estágio ali conosco, a partir do seu trabalho como *at* e dos efeitos produzidos no usuário. Posso dizer que, para a equipe, a presença de estagiários, que não são da equipe, mas que transitam entre nós por um período, é fundamental para sustentar uma certa porosidade necessária. Produz um efeito, para nós também,

⁹ Centro de Atenção Diária (CAD), espaço de convivialidade e lugar de atividades acompanhadas pela equipe. Funciona também como um espaço de acolhimento e acompanhamento aos pacientes em crise.

que é de construção, de fazer parte do laço social. A presença dos professores responsáveis nestes momentos de devolução ajudou-nos a pensar e refletir sobre os dispositivos que criamos.

As *andanças* do AT entram como uma tecnologia do e no espaço institucional. Freud muitas vezes narra os longos passeios que dava com alguns de seus pacientes, nos quais a escuta do inconsciente é que os guiava nos seus passos, mantendo com o paciente um diálogo de busca da verdade do sujeito.

Evoco aqui a manifestação de D., quando pode contar com uma estagiária que seria 'sua' *at*: “Agora sinto que posso andar, falar”. D. havia desencadeado um quadro de psicose puerperal, a partir do qual passou a oscilar entre mania e melancolia (muito mais esta última), o que a levou a permanecer por longos anos colada à mãe e ao filho. Era a avó, mãe de D., quem se ocupava do menino, D. vinha como *sombra*. Andar é também fazer sua própria sombra, é passar para uma posição de atividade. E, ao andar e falar, D. pôde abandonar a posição de gozo na qual se mantinha, colada ao corpo da mãe, anulando seu próprio desejo, fazendo-se incorporar como puro objeto.

A psicanálise nos ajuda a pensar que o que nos interessa, ao analisarmos o modo de expressão do pathos do sujeito, é a escuta e a leitura de como o sujeito [regido pelo seu inconsciente] se relaciona com o outro (e o Outro). Vamos aprendendo que há muitas PMDs, THBs, esquizofrenias, assim como diversos modos de intervenção. O *efeito-AT*, naquele momento, para D. foi o de poder voltar a transitar, a andar, a buscar, em companhia, outros lugares. Ela pôde construir – com outros, que não só a mãe – uma narrativa sobre esta sua nova condição. Penso que aquele que acompanha deve se inserir de modo colaborativo na micro-equipe e, mais amplamente, na equipe como um todo, numa disposição de leitura de seu ato clínico. No caso que tomo como exemplo, foi um encontro muito feliz: a estudante era muito doce, meiga, falava gentil e tranquilamente, não perturbou o tempo de D. Acolhedora, permitiu que D. falasse de seus medos, no seu tempo.

Os CAPS são lugares de acolhimento e acompanhamento a sujeitos com transtornos mentais graves, e é necessário que os pacientes/usuários permaneçam por muitos anos na instituição. São casos muito difíceis, e muitos dos nossos usuários, em algum momento, encontraram-se com um *at*, ou um outro estagiário ou residente que fez uso da *tecnologia AT* no seu trabalho com

este ou aquele paciente. Temos uma equipe que – com todas as dificuldades que se possa imaginar de um trabalho em equipe – esforça-se para não se fechar. Lutamos ferrenhamente contra isso. A figura do *at* torna-se emblemática do que deve ser um trabalho que inclua o outro, sem devorá-lo. O *at* acompanha do jeito possível, onde for necessário, podendo ser a companhia para o deslocamento, ou a companhia para a permanência num certo lugar. Estamos falando aqui do que é possível para cada sujeito, na sua singularidade.

Gostaria também de ressaltar a forte presença da Universidade junto à equipe, desde o início do Cais mental Centro, quando não só fomos campo de estágio, mas parte ativa na construção de alguns projetos: além do Projeto *AT na Rede*, nos engajamos também em muitos outros como: Dispositivos clínico-institucionais em Saúde mental; Oficina de Imagens; Projetos Insere e Capacitar; pesquisa sobre o sofrimento psíquico na população de rua; Cinema e debate na Saúde Mental; a estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM); entre outros.

Penso que formamos uma equipe que conseguiu se fazer acompanhar na construção de seu trabalho. Assim, no ritual da passagem dos casos, Analice estava presente, ou seja, a universidade não só *envia* o estudante, mas está presente com ele em momentos pontuais significativos. Isto produz um efeito de alteridade fundamental para o trabalho, bem como um adensamento da tessitura dos laços transferenciais. Abre-se um espaço de fala para a equipe, e isto faz laço. Há uma rede que se tece. Ela não é só operacional ela é transferencial.

Para concluir, um último fragmento clínico, que aponta para o quanto a equipe como um todo acabou sendo impregnada pela tecnologia do AT.

Sabemos o quanto algumas psicoses carregam consigo a dificuldade em se separar do corpo materno. Sair da casa, autorizar alguém a entrar neste espaço fechado, pode ser extremamente complexo. Retomo um caso, bastante difícil, onde o *at* nomeou a sua função naquele momento como “*AT-Porta*”. Sua presença na casa confirmou um certo modo de funcionamento fusional entre o usuário e sua mãe. No apartamento, as divisões dos espaços não se constituíam propriamente como divisões. Numa mesma gaveta podia-se encontrar as calcinhas da mãe e as cuecas do filho, por exemplo. E o *at* se viu num lugar *entre* o usuário e a mãe, tentando esboçar com ele um limite necessário para construção de uma mínima intimidade entre os dois.

Este é o caso de uma família que segue sendo acompanhada através da ferramenta do AT. Atualmente, as referências da equipe se deslocam semanalmente à casa, em função da complexidade da situação familiar, a fim de sustentar um cuidado possível. O que começou com o *at*, a equipe assumiu, de modo a manter uma certa estabilização dos três membros da família, mãe, avó e filho, todos com diagnóstico de esquizofrenia, com muitas dificuldades, mas que vêm coabitando com a ajuda de toda uma rede que conseguimos construir. Um caso que nos trouxe e traz muitos ensinamentos e questões sobre as condições e os limites de nosso trabalho.

Encerro com este fragmento, reconhecendo as muitas passagens que a figura do acompanhante terapêutico nos ajudou a construir nestes tantos anos de cuidado e atenção à saúde mental.



AT, um movimento NA REDE

Adriana Pinto de Mello¹⁰
(TJRS)

E serão os detalhes de sua trajetória na rede social e de tratamento, bem como as respostas que construirão na relação com o sistema de justiça que irão subsidiar o acompanhamento jurídico, clínico e social de cada caso, no desenho de sua medida (Brisset, 2010).

O presente trabalho aborda a importância da articulação em rede e da contribuição do Projeto *AT na Rede* no acompanhamento de portadores de sofrimento psíquico durante o cumprimento da medida de segurança de ambulatório.

A medida de segurança é a resposta penal aplicada àquele que praticou um delito e que foi considerado inimputável. Ele não é condenado, mas recebe uma “absolvição imprópria”. Não lhe é imposta uma pena, mas a medida de segurança, de internação ou de ambulatório, a qual lhe obriga a se manter em tratamento. Desta forma, diante da dupla condição de ser portador de sofrimento psíquico e de ter praticado um delito, fica submetido, simultaneamente, à lógica do direito penal e à da saúde mental/psiquiatria.

Em Porto Alegre, até 2007, as medidas de segurança de ambulatório eram acompanhadas pela equipe do Instituto Psiquiátrico Forense (IPF). A partir de então, foram vinculadas à equipe técnica do Poder Judiciário. Assim, atendendo as determinações da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001), houve o afastamento do manicômio judiciário com a proposta de aproximação da rede de saúde pública, da assistência e de outros setores importantes para a inclusão social da pessoa em cumprimento de medida de segurança.

Desta forma, o norte do acompanhamento desses sujeitos passou a ser proporcionar o espaço de resposta ao delito praticado, priorizando o cuidar em liberdade e a articulação com a rede de atenção. Por contraditório que pareça, impôs-se o desafio de favorecer a promoção de autonomia e o enriquecimento dos laços sociais do sujeito justamente no percurso de uma medida de segurança.

¹⁰ Psicóloga do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul.

No início do acompanhamento de um paciente, há um período de acolhimento, de escuta e de conhecimento da sua inserção na comunidade, inclusive nos atendimentos em saúde mental. Muitas vezes, percebíamos que, apesar de ser atendido por médico, na rede de saúde pública ou privada, o tratamento resumia-se à prescrição e acompanhamento da medicação. No cotidiano, frequentemente, tinha sua vida reduzida à circulação no espaço doméstico, com visitas esporádicas a serviços de saúde.

A rede de atendimento em saúde mental, tal como está estruturada, muitas vezes, tem dificuldade para acolher esses sujeitos, tendendo a reduzi-los à sua relação com as drogas e à sua história de delitos, não lhes possibilitando o acesso a atendimentos que contemplem as suas necessidades, desejos e mesmo diagnósticos.

Desde o princípio, observamos, na construção da proposta de acompanhamento de cada paciente, a importância de auxiliá-lo a alargar seus espaços de convivência e de incluir outros setores e outros serviços nessa trajetória.

A parceria construída com o Projeto *AT na Rede* apresentou-se como uma oportunidade de aumentar a inserção dos pacientes nos espaços da cidade e, ao mesmo tempo, auxiliar-nos, enquanto representantes do Poder Judiciário, na busca de uma interlocução mais próxima e rica com outros serviços. Passaram a ser acompanhados pelo *AT na Rede* justamente aqueles sujeitos com maior empobrecimento dos laços e na vida social, na perspectiva de que tivessem uma abordagem mais horizontal e uma escuta muito cuidadosa.

Para a maioria desses pacientes, o ato delituoso - ou os atos - ocorreu num período, ou num momento de crise, a partir do qual a sua inserção social modificou-se radicalmente. A maioria deles fez ou sofreu um movimento de isolamento, de limitação da sua circulação, acompanhado da tendência de manter o mesmo padrão de movimento, ou a imobilidade.

Nesses casos, havia um desinvestimento do próprio sujeito na sua palavra, nos seus desejos e no seu percurso. As famílias, muitas vezes influenciadas pela interface medida de segurança/tratamento, delito/saúde mental, propunham uma forma de “cuidado”, com significativa restrição à liberdade, ensurdecidas em relação às escolhas e projetos desses pacientes, como se sua voz, seu desejo e o seu movimento fossem muito perigosos.

Paulo foi um dos primeiros casos que encaminhamos para o *AT na Rede*. Residia com a família, no entanto, não podia circular dentro de casa. Para ele existiam duas opções: permanecer em seu quarto improvisado, ou sair, muitas vezes rompendo obstáculos, e circular pelas ruas, numa espécie de errância. Repetidamente era atraído para uma praça próxima à sua residência, espaço que lhe era familiar, mas que, para a família, era um espaço indesejado, marginalizado. A solidão, a indiferença para com o seu destino e as poucas palavras eram as marcas da sua presença na rua, em casa e, também, nos serviços de saúde onde era acolhido. Na medida em que foi proposta a intervenção do Projeto *AT na Rede*, houve uma maior interlocução e uma articulação mais viva e dinâmica com a rede de saúde.

Para Paulo, os acompanhantes terapêuticos possibilitaram um intervalo na relação com a família; um espaço entre a casa e a praça. Proporcionaram um relacionamento e uma escuta mais próxima e horizontal, a partir da qual ele pode colocar-se, ao menos um pouco.

Gradativamente, as falas de Paulo e de sua família, nos atendimentos no judiciário e nos demais espaços onde ele conseguiu se inserir, passaram a incluir o acompanhamento terapêutico, suas atividades e questionamentos.

Quando o Projeto *AT na Rede* começou a acompanhá-lo, já havíamos tentado sua inclusão em atendimentos na rede de saúde pública, mas, por características da rede de seu território, do próprio usuário e de sua família, Paulo só era atendido por psiquiatra da rede privada, pelas emergências em saúde mental ou durante as internações. A discussão do caso com a equipe do *AT na Rede* possibilitou uma interlocução mais consistente e mais articulada com os serviços de saúde e com a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, viabilizando o seu acolhimento nos serviços de saúde mental da rede. Diante das dificuldades do caso, foi mantido um espaço interinstitucional de discussão.

Como exemplifica esse caso, na medida de segurança, há uma obrigatoriedade de tratamento para o paciente, mas também há uma convocação dos diferentes setores e serviços para pensarem as condições, as dificuldades e as possibilidades do tratamento e da inserção social dessa pessoa. Assim, diferentes elementos se articulam na sustentação do percurso que cada paciente constrói, podendo ser eles sua família, o acompanhamento no judiciário, os serviços da rede e o acompanhamento terapêutico, ou outros pontos nos quais ele possa se alicerçar.



AT, MORAL FAMILIAR E MICROFASCISMOS

O despertar de Iara

Giulia Oliva Grassi
 Mariana Lange
 Beatriz Guimarães
 Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
 (UFSC)

Nesse contexto, o acompanhamento no judiciário, além de possibilitar a resposta do sujeito ao ato praticado e o reconhecimento social desta resposta, deve manter um olhar de cuidado e atenção e uma escuta que permita colocar a dor e o sofrimento em palavras, que questione as certezas sobre as possibilidades e impossibilidades, abrindo espaço para a circulação e o desejo.

O acompanhamento dos sujeitos no cumprimento da medida de segurança só pode ser realizado em rede, no compartilhamento de responsabilidades. O Projeto *AT na Rede*, estando inserido na universidade, com uma relação estreita com os serviços da cidade e uma escuta cuidadosa dos pacientes, é um importante dispositivo para manter o tensionamento e o questionamento necessários para impulsionar o acompanhamento do percurso dessas pessoas.

Referências bibliográficas

Brisset FB. (2010). Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. Centro de Estudos do Crescimento e do Desenvolvimento do Ser Humano da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v.20, n. 1, p. 83-89.

Leite LS. (2012). *Viver fora depois de muito tempo dentro...narrativas de vida de pessoas libertadas*. Porto Alegre: Letra&Vida2.

Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. (Setembro de 2002). *Seminário Nacional de Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Relatório Final*. Brasília: DF.

Palombini AL. (2007). A psicose a céu aberto. In: *Psicose: aberturas da clínica*. Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org). Porto Alegre: APPOA: Libretos, p.156-175.

Iara, na época do acompanhamento terapêutico (AT), tinha 22 anos de idade. Residia com sua mãe, seu marido e um filho de 4 anos, em um pequeno apartamento de três cômodos: sala e cozinha conjugados, um quarto com duas camas e um banheiro. Iara foi encaminhada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para o *Projeto Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade*, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, em outubro de 2017, pois há três meses havia se jogado da janela da própria casa. Supunha que uma cobra a perseguia. A queda ocasionou uma fratura grave em um dos pés. Dentre muitos aspectos preocupantes que a família de Iara apresentava, suspeitava-se de negligência em relação à sua condição de saúde naquele momento.

O CAPS vinha tendo dificuldades em mantê-la em atendimento psicológico e psiquiátrico, uma vez que dependia de seu marido para levá-la a todos os serviços dos quais necessitava. Também dependia do marido para a realização de quase todas as atividades diárias, desde a sua vestimenta, higiene básica, controle de medicação. Assim, Iara esporadicamente frequentava o CAPS, pois só saía de casa acompanhada. Essa situação se prolongou, prejudicando, inclusive, o tratamento do pé fraturado, pois eles faltavam a atendimentos médicos, falhavam com medicação, chegando a um ponto crítico de quase amputação do pé.

Iara, nos primeiros atendimentos, falava em tom quase inaudível e com palavras incompreensíveis ou não falava, quase sempre olhava para baixo. Os

prontuários da rede de atenção tinham registros desde 2014, mas com muitas lacunas e contradições, o que dificultava uma melhor compreensão de sua história de vida.

As informações que tínhamos a seu respeito eram de que a família era natural de outro Estado brasileiro e que, atualmente, ela era casada e tinha um filho com esse homem, o qual já havia tido um relacionamento com a mãe de Iara.

Quando Iara falava sobre o marido, em quase todas as ocasiões se referia ao mesmo como “ele”. Raramente mencionava seu nome, tampouco o referia como seu marido. A dependência que Iara mantinha com ele ia além das questões básicas do dia a dia. A possibilidade de que o mesmo saísse sozinho a deixava muito apreensiva, ainda que estivesse acompanhada por outra pessoa. Evitava fazer qualquer coisa sozinha e insistia muito para que fosse levada com ele, mesmo com a sua locomoção prejudicada em função do pé fraturado.

Além disso, há poucos meses, o filho havia retornado para casa, após sete meses de institucionalização em uma casa lar. Com seu retorno ao poder familiar, o pai da criança voltou ao seu estado de origem com o filho. No mesmo período, ocorreu o episódio com a cobra e a janela.

Iara não sabia informar há quanto tempo tinham saído da sua cidade e por qual motivo mudaram de Estado. Não conseguia dar informações precisas a respeito de sua família, como se tinha irmãos, a cidade em que nasceu ou sobre seu pai. Sua relação com o filho aparentava ser distante e com pouco apego. A criança visivelmente tinha mais vínculo com o pai. Iara não exercia os cuidados do filho e não demonstrava interesse nesse sentido. As circunstâncias da concepção e da gestação nunca ficaram claras.

A oferta do AT proporcionou o seu retorno ao CAPS, uma vez que ela não queria que os atendimentos fossem na sua casa ou em qualquer outro lugar. Assim, começou a frequentar o serviço duas vezes por semana. O CAPS tornou-se o único lugar em que se sentia segura para ficar longe do marido. Contudo, ainda era ele que precisava levá-la e buscá-la no serviço, de modo que, às vezes, ela lá permanecia o dia todo; outras, algumas horas apenas. Além disso, Iara fazia questão de que os atendimentos com os profissionais do CAPS fossem na presença dele. Nas primeiras semanas, ficava sentada na recepção sozinha e não se relacionava com nenhum outro usuário; podia passar horas no mesmo local, sem conversar com ninguém.

Após alguns atendimentos, compreendendo mais sobre a função do AT e transferenciando-se à acompanhante terapêutica (*at*), Iara passou a falar mais e a expressar questionamentos. Suas questões envolviam fantasias mitológicas, as quais ela utilizava como recurso para “responder” a algumas perguntas da *at* ou para iniciar uma conversa.

Acompanhante: - *Como você conheceu seu marido?*

Iara: - *Você acredita em sereias? As sereias são más, matam as pessoas e podem pegar um menino para ser filho.*

Em um dos atendimentos, “descobriu” que podia falar sobre suas questões com a *at*. Afirmou não saber quem era: se uma sereia, pirata ou se estava viva ou morta. Mencionou que precisava fazer um “exame da cabeça”. Às vezes, Iara desenhava, geralmente anjos, os quais a salvaram do seu acidente da janela, e também sereias.

Pouco mencionava sobre a relação entre ela e sua mãe, sendo que, em alguns momentos, afirmava que a mãe não gostava dela e que sentia ciúmes do seu marido. Com frequência, nos atendimentos, destacava aspectos positivos da aparência da *at* (maquiagem, cabelos, acessórios) e como ela não tinha acesso a tais recursos. A mãe tinha cremes e brincos, mas não deixava Iara usar.

Ao longo das semanas, foi notável maior independência em relação ao marido, passando a não precisar mais dele para se deslocar ao CAPS. Em paralelo, foi tornando-se mais clara a função do AT, evitando que a dependência ao marido fosse transferida maciçamente à acompanhante. Assim, Iara começou a frequentar o CAPS diariamente, apropriando-se de sua capacidade de tomar decisões e fazer escolhas, além de verbalizar o desejo de findar o relacionamento conjugal e de morar sozinha. Tal desejo veio acompanhado de uma confissão referente ao medo de usar o banheiro de sua casa. Questionada a respeito desse tema, dias depois, relutou, afirmando que a *at* não deveria mais perguntar sobre isso e, sim, esquecer tal questão.

Nessa época, Iara passou a frequentar algumas oficinas e grupos do CAPS, dos quais anteriormente se recusava a participar, e a se relacionar afetivamente com outros usuários do CAPS. Junto a isso, houve uma maior aproximação aos usuários homens do CAPS, o envolvimento amoroso com alguns e uma mudança na aparência física e na forma de se vestir.

Por volta de dois meses de acompanhamento, há uma melhora visível, por ela própria relatada. Iara começou a dispensar a presença da acompanhante. Declarava não ver mais necessidade da sua presença, uma vez que estava se sentindo bem. Concomitante a isso, havia a necessidade de encerramento do estágio vinculado ao Projeto AT. Assim, o acompanhamento foi suspenso, ficando acordado, com o CAPS e com Iara, a possibilidade de outro AT, caso necessário.



“Você acredita em sereias?” Sobre a escuta do delírio na clínica do acompanhamento terapêutico

Mariana Lange
Beatriz Guimarães
Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
(UFSC)

Aflicção de ser água em meio à terra
E ter a face conturbada e móvel.
E a um só tempo múltipla e imóvel
Hilda Hilst

Salto Rumo ao Fora

O espaço doméstico, onde configuram-se e reconfiguram-se as vivências familiares, guarda muitas histórias, sobre como se vive, como se ama e como são negociados, no circuito familiar, os afetos e seus efeitos. O corpo participa desses circuitos, dessas narrativas. Vale ressaltar: “Um corpo não é apenas o espaço no qual as afecções são produzidas, ele também é produto de afecções” (Safatle, 2016, p. 20)

Como nos ensinou Sigmund Freud, o que não é dito aparece de uma outra forma. Às vezes, as histórias só podem ser narradas quando extravasam uma certa fronteira. Não raro, os sujeitos em acompanhamento terapêutico (AT) são encaminhados por conta de um diagnóstico difícil, uma inibição importante ou uma questão que envolve a casa e a dificuldade de sair dela.

Os espaços dentro/fora, a rua, a cidade, a casa, são elementos importantes no trabalho do AT. A clínica se dá na circulação e nos contornos que são refeitos a partir desse percurso. É nesse dentro e fora, no trânsito moebiano entre eles, que as histórias costumam aparecer.

O caso apresentado, chamado aqui de Iara, começou com um pé quebrado. Um pé ferido, resultante de um salto rumo ao fora, um salto que deixa para trás o ambiente doméstico. Iara saltou e caiu sem amparo. Seu pé quebrado, já medicado, não recebeu os cuidados necessários em casa, no momento subsequente à consulta de imobilização, o que beirou consequências graves, como o risco de amputação do membro. Um pé não cuidado, um corpo não cuidado.

O corpo parece encenar (ou encerrar?) histórias não contadas. No caso de Iara, o trabalho com o AT abriu a possibilidade de falar sobre sua vida, mas pouco se soube sobre as relações familiares da casa que ficou para trás do salto pela janela. O marido de Iara, anteriormente, era o companheiro da sua mãe, ou seja, ele teria sido seu padrasto.

Iara teve um filho com esse homem; porém, algo não ficou bem quanto a esta maternagem, pois a criança esteve sob os cuidados do Estado, retirada do convívio da casa de Iara e colocada em uma casa-lar por alguns meses. Esta é mais uma história que Iara não contou, mas que se fez presente por meio de elementos e de informações recolhidos pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e pela acompanhante (*at*) que realizava o atendimento.

O filho de Iara, à época do acompanhamento, estava com 4 anos, o que indica que, no período da gravidez, Iara teria recém completado 18 anos. Não podemos deixar de pensar nas questões decalcadas dessa informação. Os corpos, seus limites e convívios, não são sem efeitos. “Não há poder que não crie uma ‘vida psíquica’ através das marcas que deixa nos corpos” (Safatle, 2016, p. 136).

Iara veio, junto com a família (mãe, marido e filho), de outro Estado, para Santa Catarina, Florianópolis, e o motivo da mudança não foi narrado em nenhum momento. Verificou-se um grande silêncio por parte de Iara nos primeiros encontros no CAPS. Alguns atendimentos só se davam na presença do marido, sem o qual ela não saía de casa. Ao ser perguntada sobre como eles se conheceram, ela devolveu uma pergunta para a acompanhante: *você acredita em sereias?*

Sereias

A sereia, ser mitológico representado por um corpo metade mulher, metade peixe, traz um paradoxo. Célia Regina da Silva & Soraya Nórr (2020) recuperam a imagem da sereia para pensar na casa e nas contradições desse espaço. A autora indica a casa como lugar de viver e de fazer viver, guardando um potencial nutridor e também de esconderijo. Em seus escritos, atravessados por elementos ligados à magia, algo inscrito na história da ilha de Florianópolis (conhecida tradicionalmente como “Ilha da Magia”), as autoras afirmam que a casa

(...) apresentou-se a mim como uma sereia. Como o paradoxo que é a sereia. A casa pode ser lugar de nutrição, de vida, de refazimento, de sustentação, onde vivem “as forças de integração” de Bachelard. Mas é também lugar de privação, de ocultamento, domesticação, desvalorização e exploração. Metade mulher, metade peixe: não é possível escolher nem fazer síntese sem matar a sereia (Silva & Nórr, 2020, p. 177).

A pergunta da *at* sobre como Iara conheceu o marido é respondida com uma interrogação sobre a sereia. É bastante comum que as histórias amorosas sejam narradas com riqueza de detalhes e até uma certa dose de saudosismo. Mas não foi deste modo que Iara respondeu.

A sereia, por ser metade peixe e metade mulher, caberia nos dois mundos, ou não caberia em nenhum. No Folclore brasileiro, Iara, a sereia que invoca, por meio do canto, a sedução que faz naufragar, aparece como referência ao pensarmos que Iara contou que a sua mãe tem ciúmes dela e do marido. Uma sedução suposta?

Iara faz menção aos enfeites (brincos, jóias) da *at*, apontando ao que ela gostaria de ter acesso e que lhe é negado pela mãe. O corpo de Iara, corpo sem cuidado, com o pé quase amputado, é corpo desejante. Corpo que dói, que rompe, que fala que gostaria de se enfeitar. Há algo de uma figura de mulher que Iara aponta quando olha para os adereços da *at*.

Nevoeiro adentro

A história de Iara chegou ao CAPS a partir de um salto no vazio, uma queda sem água. Quando pensamos sobre a moral familiar, colocando em perspectiva o tabu do incesto, já sinalizado por Freud em 1913, podemos pensar que há algo de intransponível nos acertos que vão mediar um convívio; porém, essas linhas podem ser borradas. Nas culturas, os tabus organizam e criam balizas éticas e morais, colocam limites e indicam possibilidades nas relações. Os tabus organizam o que deve ser respeitado e o que deve ser evitado, circunscrevendo restrições e convenções sociais.

Georges Bataille, apoiado em Lévi-Strauss, lembra-nos que o tema do incesto é universal. “O problema do incesto se coloca, com efeito, no quadro da família” (Bataille, 2020, p. 224). Onde mais estaria sediada esta temática? No entanto, como escreveu Bataille, “o nevoeiro se torna mais espesso” (Bataille, 2020, p. 230) na medida em que adentramos nessas questões.

Dessa situação que comporta tantos mistérios, lacunas, negligências e abandonos, vamos em busca do sujeito. No curto período de tempo em que Iara foi acompanhada, testemunhamos alguns deslocamentos, a partir da ficção de si que Iara construiu durante o processo. Foi preciso constituir um lugar do qual falar, e isso se fez no endereçamento à at.

Escrever e refletir sobre essa experiência, sobre esse encontro com Iara, é uma forma de transmitirmos algo da clínica do AT e da escuta analítica. É importante advertir ao leitor que a ficção navega conosco. Iara e seu universo mágico guiam a nossa escuta e permitem que possamos aprofundar algo com a psicanálise. Sujeito, corpo, moral, transferência, testemunho e transmissão são conceitos chave nas articulações sobre os enigmas que a clínica nos interpõe. Dar mostras dessas articulações no caso a caso permite transmitir percursos e apostas no cuidado em liberdade.

(...) dizer, a respeito da transferência, que não se deve de nenhuma maneira, nem preconcebida, nem permanente, colocar como primeiro termo do fim de sua ação do bem, pretensão ou não, de seu paciente, mas precisamente de seu eros (Lacan, 1992, p. 17).

A ética do acompanhamento terapêutico pautada pela perspectiva psicanalítica coloca em posição central o sujeito. Entretanto, como analisa Lacan, não se trata de buscar um suposto bem ao acompanhado, mas de instigar o desejo.

A temática da moral familiar e os microfascismos fez-nos escolher refletir sobre o caso¹¹ Iara, pois ele embaralha o que se costuma conceber sobre tais questões. Os fragmentos da história de Iara interrogam alguns pressupostos e padrões morais, bem como sinalizam as balizas da cultura a respeito do que é aceitável e considerado mais próximo das normas de convívio estabelecidas em uma sociedade, especialmente no que diz respeito aos encontros geracionais.

O Corpo, a Rede

Não parece ao acaso Iara saltar para fora da casa ante o risco de ser picada pela cobra que a ameaça. Seu salto busca pela vida, ainda que pareça tratar-se de um desejo de morte. “(...) porque a condição do corpo entregue ao arbítrio e à crueldade do outro separa o corpo e o sujeito - no sentido do sujeito da ação, da vontade, da determinação” (Kehl, 2004, p. 11)

Suas alucinações buscam constituir um estofado a esse corpo que parece não lhe pertencer. Do salto ao pé quebrado, que insiste em não se recuperar; do seu silêncio e dependência à presença do outro, Iara chega ao CAPS e ao *Projeto Acompanhamento Terapêutico - UFSC*. O encantamento pela acompanhante e a possibilidade da escuta permitem que ela fale, rompa, abra brechas em sua clausura subjetiva. Iara pode, então, contar suas hipóteses sobre os mistérios do feminino, do sexual. O seu corpo transborda, ultrapassa as possíveis inscrições simbólicas compartilhadas e ingressa no universo mítico. A sereia possibilita falar da sedução, aglutina em uma imagem um corpo que é meio humano, meio animal. “É o corpo em excesso, impossível de se deixar inscrever, forcluído do simbólico, e que de fora retorna em forma de alucinação.” (Fleig, 2004, p. 138)

Iara, ao sentir-se escutada, expõe sua verdade. A alucinação traz sua certeza, identificada ao ser sereia que justificaria a chegada do filho, mas também o risco da morte, do roubo, por meio da figura do pirata. Sua verdade não fica escondida, rapidamente, ao se transferenciar com a at, expõe seu delírio a céu

¹¹ “O caso é produto do que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato” (Figueiredo, 2004, p. 79).

aberto. Cobra, anjo, piratas e sereias tentam delinear algo sobre o corpo, sobre os mistérios da sexualidade, da vida e da morte.

Tentemos penetrar um pouco na noção de testemunho. Será que o testemunho também é, pura e simplesmente, comunicação? Certamente que não. É claro, no entanto, que tudo aquilo que damos um valor enquanto comunicação é da ordem do testemunho. (Lacan, 1955-56/2010, p. 51)

No acompanhamento terapêutico, a transferência exacerba a dimensão de testemunho. Ali, lado a lado, no espaço público, institucional ou doméstico, o *at* testemunha os percursos do sujeito, seus encontros com os outros, com o cotidiano da vida. Lacan sublinha ainda, no Seminário sobre as psicoses, que a própria experiência constitui-se através do testemunho. Nesse sentido, indica que, entre a vivência e a experiência, a escuta e reconhecimento de um outro possibilita elaborar algo, constituir um lugar.

A rede de Iara é frágil. Vinda de outros mares, chega à Ilha da Magia, quase sem história, calada. De uma relação conflituosa com a mãe, permeada por descuidos e ciúmes; um marido, que outrora foi padrasto; um filho, que ocupa o lugar de irmão, resta-lhe apenas buscar outras redes. Ela, paradoxalmente, joga-se em busca de segurança.

Encontra a rede de saúde do município, que se articula para acolhê-la. Esse gesto, entre a rede, os grupos e a escuta, por meio do AT, permite que ela possa expressar suas formulações, visualizar-se em outras possibilidades de vida, buscar outros laços. Testemunhar sua trajetória, perguntar sobre seu desejo, compartilhar seu imaginário no lugar de verdade constitui propriamente o testemunho. Vai além da linearidade da comunicação. “Na psicose, ..., é realmente a própria realidade que é em primeiro lugar provida de um buraco, que o mundo fantástico virá em seguida cumular”. (Lacan, 1955-56/2010, p. 58).

Dos buracos da rede de cuidado, da suposição de microfascismos cotidianos, Iara organiza seu mundo fantástico. Na clínica do AT, pautada pela ética e o método da psicanálise, a escuta do delírio é fundamental na direção do tratamento das psicoses. Testemunhá-lo, instigá-lo a falar, reconhecê-lo possibilita certa amarração, tanto no que se refere à estrutura psíquica quanto ao que envolve a rede de cuidado.

Cabe destacar a dimensão da temporalidade, dos impossíveis, da nossa precariedade e potencialidade. Na especificidade do caso Iara, a temporalidade em que se desdobram os efeitos da presença e da escuta da acompanhante terapêutica são de certa forma surpreendentes. Um mergulho em profundidade faz perceber que a proposição de Lacan, ao formular uma inversão no sentido do termo “secretário do alienado”, retirando-o do contexto negativo para uma condição necessária à clínica das psicoses, fornece os elementos para poder construir a direção do tratamento nesses casos. “Não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta”, e acrescenta: “escutamos simplesmente o sujeito” (Lacan, 1955-56/2010, p. 241 - 242).

Diante da frase de Iara: - *As sereias são más, matam as pessoas e podem pegar um menino para ser filho*, escutamos sua condição de sujeito, seus medos, seu olhar sobre si e sobre os acontecimentos que marcam sua existência. Na singularidade de sua fala, desponta o que habita cada sujeito - essa dimensão em que a condição de existirmos é um “fora de nós mesmos”, que nas psicoses emerge em sua radicalidade para indicar o que não se constitui. Dentro e fora se confundem, e as fronteiras entre o eu e o outro ficam nebulosas.

Iara fala das sereias como um outro imaginário, um duplo, sem acessar que está falando de si. “Essa problemática se insere entre a imagem do eu e essa imagem encarnada, cumulada em relação à primeira, a do grande Outro, a imago paterna, enquanto ela instaura a dupla perspectiva, no interior do sujeito, do eu e do ideal do eu” (Lacan, 1955-56/2010, p. 244). Lacan indica que, ao não conseguir, ou perder esse Outro, o que se encontra é o outro imaginário que é o que há de mais radical na alienação imaginária.

Neste ponto, colocamos em perspectiva a temática que funcionou como mote para esta escrita: a moral/i-moral familiar e microfascismos. Falamos de silenciamentos, fazendo-nos atentar para a condição de objeto do Outro. A ausência de interdição faz eco com os piratas, referidos no discurso de Iara. Piratas agem no território sem lei que é o mar.

“A lei simbólica apresentada na teoria de Lacan não está destinada a regulamentações morais, já que a moral é histórica e modifica-se de acordo com os comportamentos sociais definidos em cada época” (Bulhões, 2014, p. 46). No entanto, nos casos em que a lei simbólica, como organizadora, falha em sua inscrição, produz-

se o sentimento de “risco de desintegração do mundo, da língua e do corpo. O estranho surge ameaçador, a angústia transborda e, sem bordas, o conteúdo se esvai. Ao *corpo resto*, resta ser constituído” (Bulhões, 2014, p. 46). Iara, em sua fabulação, apresenta a sereia e seus adornos, dando contornos ao próprio corpo.

Ao ter esses pontos como sustentação do trabalho, a *at* testemunha os novos enlaces de Iara no espaço social, percorre com ela partes da sua história e do seu mundo fantástico, recolhendo o que se coloca na fala, não como comunicação, mas como elementos de linguagem. Nesse testemunho e nesse endereçamento da fala se produzem possibilidades de constituir certas bordas, certos contornos a esse corpo *resto*, fragmentado; tecer redes que possam cuidar sem enclausurar.

Escutar o Delírio, Constituir Bordas

Colocando em perspectiva as questões do corpo e seus enlaces com essa clínica tão à flor da pele que o acompanhamento terapêutico toca, indagamos acerca das histórias que chegam até o CAPS e são encaminhadas para o AT. No horizonte da reforma psiquiátrica, a casa, bem como o que se passa dentro dela, é colocada em cena no trânsito entre as vivências familiares e o trabalho com a *at*. A escuta do AT é política: “Há que se insistir que não há política sem incorporação, pois só um corpo pode afetar outro corpo” (Safatle, 2016, p. 95)

No caso de Iara, questões sobre os corpos e a circulação destes se fizeram presentes, costurando as narrativas endereçadas à acompanhante. As associações produzidas por Iara a respeito das sereias ofereceram o fio para a condução de uma escuta sobre o que não poderia ser dito ali. Mudar de cidade, de Estado, de lugar: o breve percurso de Iara pelo acompanhamento terapêutico interroga sobre os territórios pelos quais ela passou, sobre os quais pouco falou. “O delírio constitui um mapeamento mínimo de territórios transitáveis em oposição a territórios impedidos; uma carta de orientação elementar” (Breda, 2014, p. 36). Poderíamos pensar que, janela afora, Iara buscava orientar-se.

O delírio aparece como suplência e abre para uma espécie de despertar (entre mulher e peixe), tendo o AT como testemunho, como elo entre o sujeito e o outro, construindo um território possível diante desse sair da casa. O delírio está acompanhado de um testemunho, abordando e incluindo a dimensão da ética do sujeito.

As questões erigidas neste escrito, em torno dos temas *psicosos, moral familiar e microfascismos cotidianos*, deverão ser tomadas caso a caso, na singularidade que a escuta psicanalítica preconiza. Talvez nem cheguem a ser respondidas, mas, por certo, nos convocam a trabalhar.

A queda sem amparo levou Iara a encontrar a escuta psicanalítica. De algum modo, somos chamados a lidar com situações nas quais o amparo falta e a queda é seca, com consequências pesadas demais para o sujeito. Talvez possamos, de alguma forma, pela escuta, criar algum meio de fazer valer a “arte íngreme de furar paredes” (Porto, 2015, p.208) sem que haja um mergulho no seco, sem amparo algum.

Nesse sentido, reforçamos a importância das redes de cuidado que, em um trabalho conjunto, possibilitam minimizar o desamparo a que todos estamos submetidos. As articulações entre corpo, subjetividade, relações familiares, ética e moral ainda seguirão ressoando, produzindo reflexões e tecendo laços.

Referências bibliográficas

- Bataille G. (2020). *O erotismo*. Trad. Fernando Scheibe. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Breda FP. (2014). A impossibilidade de habitar. In: *Clínica à flor da pele*. Revista Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n. 47, jul-dez.
- Bulhões MA. (2014). Só que não: do impossível ao interdito. In: *Clínica à flor da pele*. Revista Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n. 47, jul-dez.
- Figueiredo A. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental, In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII, n. 1, mar., p.75-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n1/1415-4714-rlpf-7-1-0075.pdf>
- Fleig M. (2004). O mal-estar no corpo, In: Keil I e Tiburi M (Orgs.). *O corpo torturado*, Porto Alegre: Escritos Editora.
- Freud S. (1913). Totem e Tabu. In: Freud S. (1996). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Editora Imago, v. XIII.

Kehl MR. (2004). Três perguntas sobre o corpo torturado, In: Keil, I e Tiburi M (Orgs.). *O corpo torturado*, Porto Alegre: Escritos Editora.

Lacan J. (2010). *O Seminário, livro 3: As Psicoses (1955-1956)*, 2a edição. Rio de Janeiro: Zahar.

Lacan J. (1992). *O Seminário, livro 8: a transferência (1960-1961)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Porto M. (2015). *Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Coleção Clínica Psicanalítica).

Safatle V. (2016). *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. 2 ed. rev.; 2. reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Silva CR & Nórr S. (2020). A casa como lugar de poder: de Avalon a Florianópolis. In: *Revista de Comunicação e Linguagens - Counter Image*. Lisboa, n. 52.



Uma vinheta¹² chamada Flores

Pedro José Pacheco
Raquel Brondísia Panizzi Fernandes
Fabiana Tutida
Priscila de Melo Zubiaurre
Daniela Machado Correa
Geovane Campanher dos Santos
(URI-Santiago)

Entre trajetos e travessias, entre o muro e a selva de pedra, Flores resistia, semeando entre veredas e buscando florescer. Recortes de seus (des)caminhos serão traçados nesta vinheta enquanto relato de experiência de acompanhantes terapêuticos que participaram do Projeto de Extensão Universitária “Acompanhamento terapêutico na rede comunitária de Santiago”, uma das ramificações do projeto *AT na Rede*.

Tratando-se de um relato de experiência proveniente de uma prática clínica, a construção do conhecimento com esse método acontece transpassado pela multiplicidade de fatores associados à prática em si, aos estudos, à supervisão e às discussões de caso. Sendo assim, o método de relato de experiência elabora modos de se ler e compreender a realidade, “envolvendo ideologias, metodologias, interações dialógicas entre sujeitos, contextos e pesquisadores, além de concepções sociopolíticas e históricas (Daltro & Faria, 2019, p. 224).

O relato de experiência é importante justamente porque consegue englobar de forma científica os processos de subjetivação estudados tanto pela psicologia como pelas ciências humanas. Sendo assim, a experiência é demarcada como o objeto de análise do relato de experiência, sendo esta uma fonte inesgotável de vivências, como também se traduz na prática de AT.

¹² O termo vinheta, tem origem no francês vignette, que, originalmente, era o nome dado aos ornamentos usados para emoldurar desenhos, ou peças de ferro ou madeira que tinham as videiras como referência principal. Vinheta, de acordo com o Dicionário Aurélio (è) [Do fr. vignette, ‘pequena vinha’; primitivamente as vinhetas representavam folhas e cachos de videira.] Substantivo feminino. 1. Bibliogr. Pequena ilustração intratextual. Fonte: <https://www.ciabyte.com.br/faq/o-que-e-vinheta.asp>.

Nesse sentido, Flores, que é atendida há quinze anos pela rede de saúde mental de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, iniciou seus atendimentos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), aos vinte e oito anos de idade, e no ano de 2013 acolheu a proposta de receber atendimentos psicológicos mais ampliados, passando a acontecer na modalidade AT.

O acompanhamento terapêutico consiste em um dispositivo clínico (Palombini, 2006), político, híbrido, transdisciplinar, mediante ações que acontecem em ato ultrapassando a dicotomia entre o público e o privado. Objetivando a transformação da vida cotidiana em circulação no território e a valorização da produção de singularidades, opera na dimensão coletiva e do comum, diferenciando-se da ideia de corpo social unificado.

O AT tem sua gênese na Argentina por volta dos anos 80, a partir da prática do “amigo qualificado”. Esta, por sua vez, dava-se por meio de figuras híbridas que acompanhavam os pacientes durante o tempo de internação, o que teoricamente viria a conduzir a uma transdisciplinarização no lidar com os pacientes (Araújo, 2005).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e demais movimentos sociais em outros lugares do mundo, o AT passa a ser compreendido como uma abordagem necessária no campo da saúde mental, a fim de ofertar cuidado e atenção em liberdade aos usuários. Consiste em uma prática que visa redescobrir os espaços das cidades com o sujeito acompanhado, com o objetivo de reinseri-lo nas ramificações sociais. Deste modo, o verbo “acompanhar” viria então a assumir um significado diferente: suportar a errância, o desconhecido e o desabilitado. Seria um colocar-se na cena do outro, testemunhando sua ação e compondo com o sujeito a sua trama (Gonçalves, 2008).

Pode-se dizer que no movimento político em que o AT se propõe a entrar em contato com o social, com a variabilidade de fluxos, vamos constituindo uma outra forma subjetiva que diz de uma certa multiplicidade das marcas em que vamos nos esbarrando, afetando e sendo afetados por elas. Assim, por este e outros fatos, entende-se que este dispositivo é uma possibilidade nômade e despadronizada, em que os encontros que acontecem durante a caminhada podem produzir outros caminhos, espaços e outros devires, tendo como campo de atuação a cidade, os lugares reais e imaginários do acompanhado, assim como pessoas, símbolos e redes (Bueno & Passos, 2016).

Nessa perspectiva, apostando em uma clínica de acesso ao afeto (Reis Neto, 2011), que opera na busca de abertura ao plano das intensidades e visa acompanhar o sujeito em liberdade, o AT possibilitou outras/novas formas de resistir e florescer fora dos muros institucionais, a partir da trajetória inventada e da conjunção do encontro. Flores foi acompanhada durante cinco anos por diferentes acadêmicos de Psicologia que estavam em prática de estágio clínico-institucional, sob orientação docente e seguindo os períodos de duração de cada prática, resultando no envolvimento de três acadêmicos ao longo do processo.

Os estágios na modalidade de AT consistem em ofertar acompanhamento terapêutico aos usuários que buscam por essa prática nos serviços de saúde mental. As atividades do estágio consistem em acompanhamento psicológico de forma interdisciplinar com outros campos do saber, supervisão com docentes do curso e discussão de casos em grupos de estudo. Esse tipo de prática é de extrema importância, tendo em vista todo o contexto histórico que acompanha a loucura desde os manicômios, até as questões ainda não modificadas pela Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, a funcionalidade do AT sugere que pessoas que antes eram trancafiadas, excluídas e que estavam à deriva tenham liberdade, voz e lugar social novamente.

A partir dessas práticas singulares e do compartilhamento das vivências enquanto acompanhantes, pôde-se conhecer recortes da história de Flores e parte do seu processo de subjetivação¹³ transitando entre a comunidade, a cidade e a instituição.

Sobre a experiência e a atemporalidade da história

O ciclo de (r)existência de Flores teve desde o seu princípio “*pedras no caminho*”¹⁴. Filha de pais jovens, dentre outros sete filhos, lutou desde muito cedo pela sobrevivência junto a sua família, encontrando-se à margem de uma sociedade classista, deslocando-se constantemente de uma cidade à outra, em busca de possibilidades de resistir e encontrar outras formas de existência.

Na infância, sofreu com a precoce perda de duas de suas irmãs devido a complicações da situação de saúde de ambas, vivendo em lugares sem saneamento

13 “Os processos de subjetivação podem tomar as mais diferentes configurações, sendo que estas cooperam para produzir formas de vida e formas de organização social distintas” (Mansano, 2009, p.114).

14 “Pedras no caminho” é uma expressão que Flores costumava usar para se referir a impeditivos que surgiam ao longo de sua trajetória (pessoas, situações, coisas, etc.) e que impossibilitaram a concretização do seu desejo e de suas potencialidades.

básico e políticas públicas escassas que pudessem assistenciar as dificuldades que a família sofria no momento, além de conviver com a presença constante de conflitos familiares que envolviam violência doméstica e a total ausência de afeto.

No auge de sua adolescência, perdeu outra irmã em um acidente automobilístico, fatalidade que ficou drasticamente marcada em sua história e, vez ou outra, esta lembrança acaba mostrando-se mais vívida do que nunca. Aos quinze anos de idade iniciou quadros convulsivos e comportamento hostil, marcado pela separação de seus pais, sendo que, logo em seguida, sofreu com o falecimento repentino de sua figura paterna.

Em busca de uma vida melhor e de alcançar sustento financeiro, trabalhou como doméstica em casas de família e em prostíbulos, lugar onde mais tarde também chegou a trabalhar vendendo o seu corpo, período em que conheceu o seu primeiro e único companheiro, vivendo em um relacionamento monogâmico. Juntos, conceberam quatro filhos em meio a traições, violências e abandonos.

Nesta época, Flores começava a apresentar alguns sinais de sofrimento psíquico intenso, o que acabou prejudicando o exercício do cuidado com os filhos, ao passo que tornava-se mãe solo. Devido a sua instabilidade emocional e enquanto referência materna, Flores perdeu a guarda de três crianças, ainda bebês, por conta de cuidados julgados como indevidos pelos órgãos de controle e vigilância, podendo acompanhar o crescimento apenas de seu filho mais novo e contando com o auxílio de sua própria mãe.

Retornando ao lar materno, Flores deparou-se com uma outra/nova dinâmica familiar, convivendo com diferentes homens, em diferentes momentos, que eram companheiros de sua mãe e de uma outra irmã que ainda fazia parte desta conjuntura. No antigo cenário com novos atores, Flores vivenciou múltiplas situações de violência, repetindo cenas habituais que aconteceram em um passado próximo. Chegou a relatar que teria sofrido ao menos três situações de violência sexual vivenciadas em seu lar familiar, confessando que a primeira delas teria sido atuada por seu companheiro, pai de seus filhos. A partir destas passagens, o corpo enquanto objeto, nu e cru, é marcado na história de Flores, apresentando-se como insuportável, tornando-se seu próprio alvo.

Logo, ainda neste período, em meio a crises de instabilidade emocional e tentativas de acabar com a própria vida, Flores iniciou sua jornada em hospitais

psiquiátricos e em leitos de hospitais gerais, passando longos períodos internada para estabilização do seu quadro de intenso sofrimento psíquico. Foi diagnosticada com esquizofrenia paranóide.

No ano de 2001, com a ainda recente Reforma Psiquiátrica e o redirecionamento do cuidado em saúde mental para serviços assistenciais de base comunitária (Amarante, 2007), Flores foi uma pioneira no CAPS do município em que residia, passando a ser acompanhada semanalmente, demandando que rachaduras fossem produzidas em muros institucionalizados, a fim de construir pontes para um cuidado em liberdade fundamentado pelo afeto. Através dessa ponte, construiu-se um laço entre a clínica ampliada e o acompanhamento terapêutico, que, desde então, faz parte dos trajetos de Flores.

Entre trajetos e travessias, entre o muro e a selva de pedra

A céu aberto, sob chuva ou sol, e na intempestividade do AT, Flores florescia construindo pontes no cuidado em liberdade, tecendo outros nós da rede assistencial em saúde mental, envolvendo e se deixando envolver por outros atores da paisagem, convidando os acompanhantes a experienciar o processo e, assim, tornando o território fértil para outras possibilidades.

Na experiência do AT, acompanhante terapêutico e acompanhado movem-se juntos entre o dentro e o fora das instituições, entre a multiplicidade¹⁵ de acasos-acontecimentos que vão se dando pelo caminho. Caminho (não) reticular, rumo aos entre(s), que vai tramando, enredando e construindo mapas de intensidade dos entres transitados – o dentro e o fora; a instituição e a cidade; dentre outras/os –, rumo à transversalidade e à multiplicidade, aos desarranjos e aos arranjos de produção de realidade.

O conceito de transversalidade torna-se pertinente neste processo, pois apresenta-se de forma a acolher não somente o sujeito com sua história, sua forma identitária e suas verdades, mas também acaba por acolher o processo de subjetivação que vai se realizando pelas frestas das formas, dos processos

15 Segundo Deleuze & Guattari (1995, p.23), “uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações. Grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza.” Assim, a multiplicidade é aquilo que não tem mais nenhuma relação com o uno, como o sujeito e o objeto, mas sim com vários, com múltiplos, mudando de natureza ao fazer conexões com o fora, com linhas abstratas, de fuga, ou de desterritorialização. Desse modo, a multiplicidade é plana e ocupa/preenche todas as dimensões.

hierarquizantes, e que impulsiona o sujeito à criação. A transversalidade tem sua ação como um vetor de caotização que gera novos (des)arranjos de produção de realidade. (Passos & Barros, 2015).

Desta forma, os *entres* transitados durante a prática do AT são grandes potências geradoras de outras/novas composições, que fogem das formas hegemônicas e hierarquizantes – neste caso, mais precisamente o cuidado em saúde mental, tornando-se este humanizado, pautado na clínica ampliada e na autonomia do sujeito acompanhado. Assim, Flores nos apresentou sua realidade e nos convidou a acompanhar sua trajetória pelas frestas das formas, onde era possível respirar.

No tecido da rede, no cenário móvel, a montagem em movimento se sustentava pelas relações de afeto, de potência e de diferenças produzidas na produção de subjetividade que ocorreram no percurso e na construção que se deu de um mapa e outro (Lancetti, 2006). Flores caracterizava-se como uma figura popular, com suas vestes e formas fora dos padrões sociais, sem papas na língua. Geralmente, com um bom humor contagiante, convidava (às vezes sem intenção) aqueles à sua volta a entrar em cena, conquistando ou refutando quem se propôs a protagonizar.

Durante as andanças, foi possível presenciar questões ligadas aos seus delírios de perseguição e à violência familiar, que oscilava entre a fuga do olhar do Outro e a obtenção de formas de atenção por esse viés, colocando em pauta sentimentos intensos de vazio relacionado à sua instabilidade, ao próprio desejo e às (im)possibilidades de dar sentido à experiência cotidiana. Ao encontro desses impasses, uma cena tornava-se comum quando deparava-se com o insuportável: a exposição do corpo nu e cru – sem vestes ou fronteiras –, que, na “cruza” e violência de um corpo nu, arranhava o discurso moral, colocando em pauta a lógica institucional e o modo pelo qual “Flor” se relaciona no território.

A nudez e a contrariedade de suas ações pareciam deflagrar a dificuldade de nomear o inominável, fazendo do seu corpo alvo/objeto, trazendo à cena fragmentos de uma história atemporal, que, na composição de dois (acompanhante-acompanhado), compromisso entre dois, não envolve erros ou acertos, aplausos ou julgamentos. Não há veredicto sobre o ato, pois o sucesso ou o fracasso independe do plano público, são do âmbito privado (Barbosa, 2006).

Na criação de novos mapas afetivos, a química do encontro, da conjuntura entre os atores, é de atração ou de repulsão. Tudo depende dos reagentes e de suas combinações, criadas a partir da própria vivência, no próprio encontro (Barbosa, 2006). Nesse sentido, a transferência que Flores estabelecia com seus profissionais de referência acabava sendo maciça, geralmente de atração (mas também de repulsão), especialmente com aqueles de gênero masculino, trazendo consigo, de forma muito presente, questões que envolviam sua própria sexualidade e vivências de violência. Terapeuta? Namorado? Ou violentador? Questões inesgotáveis que perpassavam frequentemente o caminhar, na medida em que outras figuras esbarravam na trajetória.

Por outro lado, o gênero feminino, a figura feminina de referência à Flores, acabava sendo de grande estima, o que facilitava trabalhar questões mais pontuais como sua feminilidade, sexualidade, o cuidado de si, autonomia e posição enquanto sujeito – sujeito mãe, filha e mulher. A dificuldade de compreender/exercer determinadas funções e posições enquanto sujeito desejante, além daquelas relacionadas aos seus delírios paranóides, não está representada somente na história de Flores, mas também nas relações sociais, na instituição, na rede e em sua família, cujos atores (não) denotam dificuldades em ocupar lugares de uma forma precisa, o que vem a dificultar/questionar a amarração com o laço social.

Vale ressaltar a complexidade que envolve o trabalho do AT nesse contexto e em relação ao seu lugar enquanto receptor/facilitador da demanda por cuidado e pelo enlaçamento social. Também destaca-se o uso da energia direcionada ao AT para tentar produzir mais autonomia e possibilidades de ressignificação das suas experiências.

Queixas relacionadas a dores no corpo eram recorrentes e geralmente acompanhadas de discursos de uma indisposição para viver, implicando em irritabilidade e automedicação, consumindo uma grande diversidade de medicamentos analgésicos e antipsicóticos na tentativa de alívio imediato de sua dor por existir. Nesses períodos, não eram raras as tentativas de suicídio e a busca constante por seu *at*, apresentando o discurso queixoso permanente (às vezes sem causa e sem efeitos) como via de assistência e cuidado. Além do mais, a possibilidade/ameaça de suicídio não só era usada para obter a atenção que desejava, mas também para acabar com o sofrimento que sentia em períodos em que o Real se apresentava como insuportável.

Tais acontecimentos ressaltam a presença da posição melancólica em sua articulação discursiva, que se evidencia através do descrédito e desvalorização atribuídos a si, almejando atenuar o vazio oriundo de sua dificuldade em atribuir sentido a situações de seu cotidiano. Este possui íntima relação com lutos não elaborados ao longo de sua história, dos quais se pode destacar a perda prematura de suas irmãs, as lacunas afetivas por parte de suas figuras familiares, as acusações de incapacidade materna que culminaram no roubo legalizado dos filhos e os abusos que fragmentaram sua percepção subjetiva.

Todos estes aspectos somam uma coletânea de sombras, das quais Flores nutre sua cadeia simbólica, que, ao se defrontar com a dureza do Real, traduz-se em um lamento inexprimível, desesperado por algo que confira sentido à sua fragilidade – o Outro. Flores descreve o que perdeu, porém desconhece as fissuras que isto lhe causou, pois o discurso melancólico expõe a dependência de um amor a que não teve acesso, e as adversidades da vida não permitem o tão esperado encontro.

Flores contestava constantemente os limites e os lugares do AT. Ligações a qualquer hora. Sair para o encontro. Não encontrar. As psicoses acabam por nos ensinar que a ruptura pode surgir sem ser anunciada (Dias, 2006). A família geralmente era a primeira ruptura, quando mais se precisava de um continente. Não raras vezes, a ruptura apresentava-se no laço familiar/social.

A busca constante pelo olhar do Outro nas andanças de Flores diz muito de suas relações familiares e do lugar que esta ocupa nas mesmas, uma vez que se percebe que dentro da casa a comunicação entre os familiares é bem confusa, assim como é mínima a troca de olhares. Há uma comunicação bem peculiar entre Flores e sua mãe que nos faz pensar em um provável discurso psicótico que transita no ambiente familiar, enquanto tentativa de substituição de uma realidade na qual tanto a mãe quanto o filho de Flores parecem não só não olhar para ela, mas também não se comunicar entre si, o que caracteriza um rompimento no laço familiar e uma ausência de cuidado com Flores, que ocupa um lugar no vazio e que busca a falta desses olhares na figura do *at*, que ocupa diversas posições na transferência.

Partindo então da sua constituição subjetiva, percebemos que Flores compreende a rede de saúde mental como uma referência de cuidado, buscando-a a partir de uma posição que pode ser compreendida como um funcionamento histórico, em que, ao mesmo tempo que constitui rede e se constitui também nela,

traz o olhar da rede para si, demandando constante atenção. Atenção esta que por vezes coloca em evidência/questão o conceito de cuidado e a forma como a própria rede trabalha e concebe as práticas em saúde mental, fazendo, então, dos atendimentos de Flores, um dispositivo de análise institucional muito potente que consegue gerar tensão nos serviços em que ela circula. Vislumbramos aqui mais uma característica importante do AT: como um nó na/da Rede, o AT trabalha na perspectiva de expandir as redes de circulação, muitas vezes colocando as estratégias em análise.

Assim, Flores denota situar-se no entre lugares, pois, buscando um lugar ao sol, demanda ao Outro que lhe dê sentidos de existência que não encontra nesta constante busca pelo olhar/sentido dado pelo Outro. Flores expõe para todos nós o desamparo de nossa existência, ao escancarar um modo de ser destoante e desterritorializante dos modos de existência meramente imagéticos, despolitizantes e alienantes ofertados cada vez mais por sistemas individualizantes e neoliberais modernos.

Considerações finais

Desde seu surgimento, atrelado ao termo “amigo qualificado” e identificado ao controle dos usuários quando estes estavam fora dos ambientes institucionais e dos cuidados imediatos dos médicos, até o surgimento dos auxiliares psiquiátricos que auxiliavam no manejo em situações de crise para evitar as internações hospitalares, inúmeras transformações ocorreram em termos de definições sobre o que é AT e como devem se portar os sujeitos acompanhantes que se propõem a utilizar na sua prática profissional este dispositivo de intervenção. Porém, muitas coisas se definiram nestes últimos anos, já que, tendo a saúde mental como campo de intervenção, o AT está mais coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, visando uma prática de saídas, ou seja, buscando novos encontros e novas conexões nos espaços extramuros.

Essas conexões dizem de um movimento de afetar o outro e afetar-se ao mesmo tempo, uma vez que o encontro de afetos pode produzir novos caminhos para a emergência da potência em perceber a diferença como parte intrínseca da sociedade, tendendo a tornar-se um ato inventivo que pode desestabilizar

as estruturas institucionais no sentido de traçar linhas de fuga e produzir movimentos transformativos.

Como política de saúde mental na atenção básica, o AT deve obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimentos. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se mostram extremamente estratégicos para a construção dessas redes de atenção primária e permanente, já que estes serviços de atenção diária são lugares que devem se constituir como referência para o tratamento dos sujeitos.

Dessa forma, o AT pode ser caracterizado como um importante dispositivo que possibilita que ocorra novamente o contato entre o sujeito e a cidade, potencializando a compreensão do mesmo sobre a constituição histórica do espaço social no qual está inserido e os estigmas que este carrega e que foram institucionalizados ao longo do tempo. Portanto, nesse ir e vir acompanhado, como modalidade de atenção em saúde, o acompanhamento terapêutico constitui uma grande medida da reforma psiquiátrica, através da qual se investe na constituição de um enlace entre sujeito e social.

Referências bibliográficas

Araújo F. (2005). Do amigo qualificado à política da amizade. *Estilos da Clínica*, v.10, n.19.

Amarante P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Barbosa AC. (2006). Acompanhante-acompanhado: história de dois. In: Barbosa AC. *Textos, Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Instituto A CASA/ Editora Hucitec, p. 27-36.

Bueno, RC & Passos ICF. (2016). O acompanhamento terapêutico, o território e a amizade: caminhos entre as clínicas da desinstitucionalização. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Florianópolis, v.8, n.19. p.1-16.

Daltro, MR & De Faria AA. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 19, n. 1, p. 223-237.

Deleuze G & Guattari F. (1995). Rizoma. In: Deleuze G & Guattari F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, vol.1. p.11-38.

Dias MM. (2006). As psicoses: público-privado. In: Dias MM. *Textos, Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Instituto A CASA/ Editora Hucitec, p.37-42.

Gonçalves LLM. (2008). Espaço-temporalidades no Acompanhante Terapêutico: manhãs gaúchas. In: Gonçalves LLM. *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 41-50.

Lancetti A. (2006). A amizade e o Acompanhamento Terapêutico. In: Lancetti A. *Textos, Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Instituto A CASA/ Editora Hucitec, p.21-26.

Mansano SRV. (2009). *Revista de Psicologia da UNESP*. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/946>

Passos E & Barros RB. (2015). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E & Barros RB. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p.17-31.

Palombini AL. (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psyche* (São Paulo), São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115-127, set. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200012&lng=pt&nrm=iso

Reis Neto RO, Teixeira Pinto AC & Oliveira, LGA. (2011). Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 30-39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100004&lng=en&nrm=iso



AT E REDUÇÃO DE DANOS CONTRA A LÓGICA DOS ENCARCERAMENTOS

Acolher a crise e resistir à tirania da intimidade

Ricardo Wagner Machado da Silveira
(UFSC)

Taisa¹⁶ é uma moça de vinte e poucos anos, grávida de seis meses, usuária de crack. Foi uma das primeiras pacientes em alta acompanhada pelas *ats* que atuam na enfermaria psiquiátrica do Hospital Universitário de uma cidade de médio porte de Minas Gerais.

O primeiro contato das *ats* Claudia e Lucia com a acompanhada aconteceu numa internação na enfermaria. Ela foi indicada pela equipe, que estava preocupada com sua resistência à continuidade do tratamento pós-alta, seu comportamento de abuso de crack em cenas de uso, com grande vulnerabilidade para si e seu bebê. Além disso, Taisa, sua mãe e a equipe da enfermaria prenunciavam alto risco de recaída, que preferimos chamar de recursividade¹⁷, após a alta.

Diante disso, ficou definido que os *ats* tentariam vínculo com a acompanhada e sua mãe durante a internação e em seguida fariam a alta acompanhada de Taisa. Nossos objetivos, nesse caso, iam desde a tentativa de trabalhar a resistência de Taisa à vinculação ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), passando pelo apoio à família no caso de recursividade e fuga da acompanhada, no esforço de evitar a porta giratória.

No momento da alta, diferente do combinado, a equipe não contactou as *ats*. Poucos dias depois, elas constataram a ausência da paciente na enfermaria, e

¹⁶ Todos os nomes de usuários e familiares são fictícios.

¹⁷ Rameh (2017) sugere que passemos a usar, não o termo recaída, mas recursividade, utilizado pela teoria da complexidade, que nos fala de um movimento constante em todos os sistemas vivos. É a tendência de fazer experiências semelhantes para aprofundar o aprendizado.

em seguida Maria, mãe de Taisa, entrou em contato para informar-lhes que a filha voltara para a rua poucos dias após a alta.

Em parceria com o Consultório na Rua (CnaR) e o CAPSad, as *ats* fizeram busca ativa para tentar localizar Taisa. Não conseguiram encontrá-la, mas tiveram notícias suas nos territórios onde ela costumava circular. Por fim, contataram Maria para informar sobre a busca ativa e tentar acalmá-la, na medida do possível.

Dois dias depois, Maria ligou para as *ats* dizendo que Taisa estava em casa. Lá foram as *ats*. Na casa moram Maria; sua mãe, dona Clara; Taisa; e quatro crianças, sobrinhas da acompanhada. Quando as *ats* chegaram à casa, foram bem recebidas por Maria, que logo as levou ao quarto de Taisa. Deitada, Taisa parecia irritada e impaciente com a presença das *ats*. Estas não pressionaram a acompanhada a conversar, mas Lucia enfatizou que estavam à disposição para ir com ela ao CAPSad e à consulta de pré-natal. As *ats* deixaram Taisa sozinha e foram para o alpendre, acolher o restante da família. Maria estava apreensiva com o risco de fuga da filha e mantinha o portão da frente da casa trancado. Vale dizer que o portão tem cerca elétrica. A avó de Taisa permanecia calada, os sobrinhos pareciam agitados.

Taisa então chegou dizendo que ia sair. Sua mãe não quis deixar, e elas se atracaram. As crianças ficaram em volta das duas, gritando e pedindo para Taisa não bater na mãe. A *at* Claudia conseguiu afastar três das crianças, enquanto a mais velha continuou a gritar desesperadamente e a tentar enfrentar a tia. Taisa foi para o portão, tentou escalá-lo. Maria segurou suas pernas, ela pisou nos braços e mãos da mãe que tentava se levantar. A mãe continuou segurando a filha, que esmurrava fortemente suas costas. Claudia ligou para o corpo de bombeiros, enquanto Lucia, paralisada, conseguia apenas ficar com as crianças. O pânico estava instalado, até que a avó tratou de falar alto com Taisa, pedindo que ela se acalmasse. Surpreendentemente, ela desistiu da fuga e voltou para o quarto.

Quando a equipe do corpo de bombeiros chegou, as *ats* os colocaram a par do que ocorrera. Eles em seguida abordaram Taisa, que não resistiu a embarcar na ambulância mas não quis ser acompanhada por Lucia, dizendo que ela era chata. Claudia se dispôs a acompanhá-la, o que ela aceitou. Maria foi com Lucia para a Unidade de Atendimento Integrado (UAI), onde Taisa, atendida por uma psiquiatra, teria avaliada a sua indicação para nova internação na enfermaria. No

trajeto até a UAI, na ambulância, Taisa irritou-se com Claudia e ameaçou agredi-la, mas em seguida se acalmou acariciando a barriga, tal como fazia durante sua internação anterior.

Chegando a UAI, enquanto Maria e Lucia informavam os dados para a realização da triagem, Claudia ficou ao lado de Taisa na sala de espera, e ela novamente foi agressiva com a *at*. Claudia acompanhou Taisa durante a consulta com a psiquiatra. A mãe e a outra *at* permaneceram na sala de espera. Após a consulta, Taisa ficou no corredor, aguardando maca para ser medicada, sempre acompanhada por Claudia. Nesse momento, agitou-se novamente, ameaçando bater na *at*. Queria fumar de qualquer modo, tentou fugir pelo corredor, e as *ats* a impediram fechando a porta de saída. Taisa então deu um murro na porta de vidro e se cortou. Maria tentou intervir, mas Taisa ficava mais agressiva quando a mãe se aproximava, então as *ats* e a médica conseguiram levá-la para uma maca, onde ela foi medicada. Passou a noite no serviço, sedada, aguardando vaga na enfermaria psiquiátrica. A mãe ficou como acompanhante durante a noite, e as *ats* foram para casa em frangalhos.

No dia seguinte, o médico que assumiu a rotina avaliou que Taisa estava bem e lhe deu alta, apesar do apelo da mãe para que não o fizesse. Taisa voltou para a rua.

Indignadas, tal como a mãe, as *ats* voltaram a fazer busca ativa, sem sucesso. Para piorar a situação, estranhamente a mãe de Taisa deixou de colaborar com as *ats*, passou a evitar contato com elas. A impressão que as *ats* tinham era de que o vínculo com Maria havia se solidificado por conta da continência e contenção dadas por elas durante a crise de sua filha, mas algo aconteceu que resultou nessa esquivia de contato. Uma de nossas conjecturas é que a vergonha de Maria pode ter motivado tal reação. Afinal, a intimidade da família foi exposta de forma escancarada, numa cena de agressão física e desespero generalizado.

Outra hipótese que cogitamos é a de que a mãe de Taisa, que há muito tempo cuida sozinha da própria mãe, de quatro netos abandonados pela filha mais velha (também usuária de drogas) e, agora, tem sua outra filha grávida e com problemas com drogas, viu-se pela primeira vez sendo ajudada e cuidada por essas *ats* desconhecidas e desconfiou. Em sua solidão quase heróica, essa mãe estranhou e pode ter pensado: o que elas querem comigo? e com a minha filha? será que são confiáveis?

Da parte das ats, além das afetações da crise no corpo e no pensamento de cada uma, reverberou também a angústia e preocupação de estarem sendo vistas por Taísa como as que conduziram à força sua internação.

De nossa parte, pensamos no que disse Sennett (1998) a respeito da pobreza relacional dos dias em que vivemos, marcados pelo egoísmo e pela solidão. A família faz proliferar a ideia de que é somente em seu seio que as relações são confiáveis. Parece ser assim que a vida privada se infla e a vida pública mingua e é reduzida à violência urbana. Os espaços de convivência social vão se tornando apenas lugares de passagem, enquanto os lares, condomínios, consultórios e clínicas vão se abarrotando de pessoas do mesmo sangue, das mesmas falas, das mesmas técnicas e suas verdades.

Capturados pelo familialismo, modelo hegemônico e idealizado das relações humanas na contemporaneidade, não nos damos conta desse nosso movimento suicidário, pois as famílias, em suas casas pobres ou ricas, as escolas, as empresas, as clínicas e todos esses espaços privados estão cada vez mais saturados, sufocados. É preciso que janelas se abram para ver o que há lá fora, que estrangeiros como os *ats* possam adentrar nesses claustros, que a hospitalidade incondicional ao estrangeiro resista a essa tirania da intimidade, que o milagre dos reunidos nas praças, nas ruas para desejar algo possa de novo acontecer, sempre que possível e necessário.

Referências bibliográficas

Rameh R. (2017). *Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam crack*. Tese, Universidade Federal de São Paulo, 2017.

Sennett R. (1988). *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras.



É possível acontecer o AT sem a perspectiva do RD?

Douglas Casarotto de Oliveira
Amilton Gonçalves Schir
(FISMA)

De onde falamos – AT, CAPS ad e Redução de Danos

De início, gostaríamos de situar brevemente de onde parte o ponto de vista apresentado, forjado a partir das práticas do projeto “Itinerâncias da Clínica Psicossocial – rede de acompanhantes terapêuticos”, vinculado à Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA) e realizado na cidade de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul. Em seu surgimento, o projeto funcionou por quatro anos vinculado a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) desta cidade, entre os anos de 2013 a 2017. Desde 2017, desvinculou-se desse CAPSad e passou a ter atuação como um serviço que presta acompanhamento terapêutico (AT) a todos os quatro CAPS existentes na cidade.

Importa destacar a emergência deste projeto dentro desse CAPSad, pelas referências que nortearam a forma de olhar as situações relativas ao cuidado de pessoas que usam drogas, que se produziram nesse encontro. Uma imagem que propomos para ilustrar esse serviço e as referências compartilhadas com o projeto em tela é a de um “CAPS-laboratório”, o qual tem realizado uma série de experimentações de dispositivos, inspirados em saberes da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial (Amarante, 2007) e da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2008) e na experiência do redutores de danos gaúchos, da época em que eram vinculados à política de HIV-Aids. Outro aspecto que marca a perspectiva que apresentamos acerca do caso de Taísa é que entre os casos por nós atendidos, desde o início do projeto, temos priorizado os cuidados aos jovens e às mulheres usuárias de crack, em função de sua dificuldade de vinculação ao CAPSad. Tal prioridade também foi determinada pelas características desse CAPS, em função de o mesmo ter surgido e atuado em seus anos iniciais especificamente com a demanda de usuários de crack, buscando inventar dispositivos potentes

para a manutenção do cuidado em liberdade, em contraposição a uma lógica proibicionista de cuidado (Oliveira et al., 2014). Neste contexto de atuação, casos como o de Taisa – mulheres usuárias de crack, gestantes, que deixam filhos com a avó, que se prostituem, que são internadas compulsoriamente nos hospitais, mais em função das crianças do que delas – foram os que mais chegaram até nosso projeto de AT. E, quando esses casos chegavam até nós, vinham com um “tom” próprio, que misturava urgência, descrédito e culpabilização.

Ao ler a vinheta do caso, novamente esses afectos se insinuaram. Mas isso não é coincidência. Afinal, marcadores como o de Taisa – mulher usuária de crack – encontram-se num diagrama de forças, amparados numa perspectiva proibicionista. Nesta perspectiva, os modos de sentir, ver e falar acerca de mulheres usuárias de crack sustentam-se com base em “verdades” como: ela usa uma droga que é a “encarnação do mal”; “ela é doente-delinquente”; seu tratamento ideal seria “internação fechada por tempo prolongado” (Oliveira, 2009). É como resistência a esse diagrama que as práticas de AT realizadas no âmbito do referido projeto se enquadram, juntamente com os apontamentos tecidos a seguir.

O método da dramatização e os novos protagonistas na cena do cuidado judar

Como estratégia para buscar outras problematizações que sejam potentes à prática de AT direcionada a casos com marcadores parecidos com os de Taisa, a partir de agora, numa referência ao método da Dramatização¹⁸ (Deleuze, 2004), buscamos subtrair Taisa do centro do comentário. A ideia é tirá-la da posição de protagonista da reflexão, para que outros elementos presentes na cena do cuidado possam ser problematizados. A pretensão é que tal procedimento ajude a movimentar o pensamento e, assim, potencializar o cuidado de Taisas, Priscilas, Micheles, Julianes, Marias, Laras, Andressas. Para isso, utilizaremos as expressões e palavras utilizadas

¹⁸ Dentre diferentes ferramentas conceituais forjadas por Gilles Deleuze, o “método da dramatização” foi proposto a partir de reflexões sobre as peças teatrais produzidas pelo italiano Carmelo Bene. Das diferentes nuances propostas pelo filósofo, inspiramo-nos livremente, para elaboração deste comentário, em dois movimentos que captamos dessa proposta. O primeiro deles é a tentativa de subtração dos elementos de poder. No caso, optamos por retirar Taisa, seu uso abusivo, suas ações, do centro da discussão. O segundo movimento foi colocar em destaque elementos da vinheta que, a partir da perspectiva do AT, forjada na experiência singular de nosso projeto, emergiram de situações concretas vividas por nós, como parte dos dinâmismos espaço-temporais que compõem a cena e que muitas vezes não são considerados quando o destaque da discussão é dado ao seu protagonista – posição, neste caso, ocupada por Taisa.

na vinheta – *resistência ao tratamento pós-alta, recursividade, vínculo, volta para a rua* – as quais serão colocadas como protagonistas nas cenas de cuidado, tomando como referência a experiência do encontro entre AT, CAPSad e Redução de Danos (RD).

“Resistência ao tratamento pós-alta”

Resistência. Resistência de quem? Lendo a vinheta, pensamos em uma noção de resistência que possa interessar a uma rede de cuidado que se pautar pelos princípios antimanicomiais. De certa forma, afirmar que a resistência é do sujeito com problemas decorrentes do uso de drogas é desconsiderar a ideia de co-responsabilização e co-produção dos processos de cuidado. Propomos pensar que, diante de um pensamento que afirma “X ou Y é resistente”, seria potente nos perguntarmos-nos ou ajudarmos os serviços da rede a se perguntarem: O que essa reação diz de nossos processos de cuidado, de nossas ofertas?

Eis duas situações que poderiam ser consideradas “resistência ao tratamento”, mas que, na perspectiva do AT, apontaram para resistências dos serviços e da rede que estes compõem.

Em uma das situações, uma acompanhada, ao ser questionada por suas constantes ausências ao CAPS em que se tratava, refere que não ia ao serviço por causa do marido, pois o mesmo a questionava, em tom de repreensão, sobre o que ela iria fazer no CAPS, com aquele monte de homens que havia lá.

Em outra situação, fomos acionados para atuar como *ats* também porque se tratava de uma usuária que igualmente não comparecia ao CAPS, havendo ainda demanda do Conselho Tutelar de uma avaliação acerca de suas condições de cuidar dos filhos. Chegando à sua casa, no meio da tarde, encontramos a usuária já ocupada com o preparo da alimentação para a janta dos filhos a quem buscava ao final da tarde na escola. No atendimento, ela refere sua insatisfação com o serviço, dizendo que foi três vezes ao CAPS, ficou sentada com um pessoal jovem e não se sentiu bem com as conversas que circulavam entre eles. Perguntou, então, se nós não tínhamos um curso de fotografia para oferecer a ela, ou se ela não poderia ajudar na escola do bairro, fazendo a merenda para as crianças.

O ponto de vista das mulheres acompanhadas, que emerge no contexto do AT, coloca-nos questionamentos que tratamos de levar à equipe do CAPS.

O que o CAPS, como serviço de saúde mental, tem a ofertar para suas usuárias? E, sendo o CAPSad um ambiente predominantemente masculino, como torná-lo um espaço que acolha e atenda as demandas femininas?

“Recursividade”

A noção de recursividade, utilizada na vinheta, não é corrente nos serviços que atuam no campo do cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Tal noção é utilizada em substituição à de “recaída”. Não há nisso só uma mudança terminológica, mas uma mudança ética, que implica outra forma de compreensão do uso de drogas. Recaída tem uma construção que remete a uma determinada lógica de pensar o cuidado – a lógica da abstinência, para a qual qualquer uso é visto como anormal. Enfermaria, família, CAPS, geralmente trabalham com medo da recaída. Evitá-la acaba sendo o objetivo do tratamento. Uma pergunta que emerge na vinheta e coloca-se como um desafio ao cuidado é: como desarmar a noção de recaída e operar com a de recursividade?

“Vínculo”

Vínculo com quem? Para quê? Com que objetivo? Vínculo com Maria? Com a enfermaria? Com o CAPS? Com o judiciário? Com o Conselho Tutelar? Que vinculações são possíveis e necessárias quando o AT se coloca no diagrama de forças proibicionistas, com suas cartas marcadas? A que custo, o vínculo com a enfermaria? E com a mãe? Para não ficar apenas nas questões, trazemos a seguir um aprendizado sobre a forma de tecer vínculos a partir do acompanhamento em rede dos casos atendidos pelo projeto.

Por mais contrárias à perspectiva psicossocial que seja a visão das pessoas com quem tenhamos que nos relacionar numa proposta de cuidado em rede, nossa potência de produzir saúde se amplia quando passamos a estabelecer vínculos onde tecer composições possíveis seja o que nos guia. Assim, o enfrentamento que fazemos no cotidiano, como ats, para desfazer a lógica do encarceramento, é tanto pelas beiradas como por dentro do sistema. Dizia Santos (2011) que a força da alienação vem de uma fragilidade de identificar o que os separa e não o que os une.

“Volta para a Rua”

A rua, em casos como o de Taisa, é considerada a priori como negativa. A casa, o CAPS, a enfermaria são considerados, a priori, como lugares “bons”. Nas experiências de cuidado via encontro AT e RD que temos experimentado, a rua, o “brete”¹⁹, a praça são *pontos de encontro e zonas de troca*. (Eichelberger, 2016) Pensando a partir desta concepção, pode-se dizer que os encontros na rua só diminuem a potência das pessoas que a tomam como seu território? Na RD, consideramos que as cenas de uso são lugar de troca de afetos, para além do uso. Se o AT já tem em sua constituição a rua, a cidade, o território como premissa de cuidado, a experiência da RD, com os encontros nos locais de uso, afirma a potência de tomar esses lugares, as cenas de uso, como fundamentais à construção dos processos de cuidado.

AT e RD contra a lógica do encarceramento

Enfim, temos consciência que, na prática dos ats, reconhecer e produzir conexões a partir desejo do acompanhado, respeitando seu tempo, é uma premissa básica. Contudo, apesar de parecerem óbvios os pontos que foram levantados, pensamos que tomar os elementos apresentados como co-protagonistas do processo de cuidado é de fundamental importância para a construção de uma precisão mínima a guiar-nos nesta corda bamba que é o processo de produzir um AT que tensione a lógica proibicionista – que aqui estamos chamando de lógica do encarceramento – de cuidado de pessoas que usam drogas ilícitas.

Referências bibliográficas

Amarante P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª. ed. Brasília.

Deleuze G. (2004). O método da dramatização. In: _____. *A ilha deserta e outros textos*. Iluminuras. <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/deleuze-g-a->

¹⁹ O brete é uma terminologia utilizada pelos redutores de danos para identificar um tipo de cena de uso de drogas ilícitas.

ilha-deserta-e-outros-textos.pdf#page=112

Eichelberger M. (2016). *Itinerários da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: pontos de encontro e zonas de troca*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas.

Oliveira DC. (2009). *Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação*. 152 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Educação) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

_____. Van Der Sand A, Morcelli AC & Heinrich J. (2014). Cia do Recomeço: a constituição de um Centro de Atenção Psicossocial e a indissociabilidade entre gestão, atenção e formação. In: Pinheiro R, Silva F, Lopes T; Silva Junior A. *Experenci(ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional*. LAPPIS.

Santos M. (2011). *O espaço da cidadania e outras reflexões* / Milton Santos; organizado por Elisiane da Silva; Gervásio Rodrigo Neves; Liana Bach Martins. – Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, (Coleção O Pensamento Político Brasileiro; v.3). Disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/img-pdf/1440003461-1398280172-vol-03-milton-santos.pdf>. Acesso em 02 de março de 2021.



AT E A RUA: REINVENÇÕES DA CIDADE

Maria, Maria...

Deborah Sereno
(PUCSP)

Maria, preta e pobre, nasceu na prisão. Sua mãe, preta e pobre, “se perdeu” nas drogas, o que lhe impôs como destino um percurso que se resumia a dias na biqueira, dias na prisão, poucos dias em casa. A mãe de Maria teve dez filhos, porém, nesse circuito biqueira, prisão, casa, nunca pôde se responsabilizar pelo cuidado de seus rebentos, especialmente de Maria, a única que com ela permaneceu na cadeia, até alguns meses após seu nascimento.

Maria tem agora doze anos e mora na Brasilândia com sua avó, preta e pobre, duas irmãs menores, pretas e pobres e seu tio, também preto e pobre, que era quem a levava para o CAPSij, quando podia. Chegou no CAPS há cerca de anos, para o grupo de ritalina que se iniciara a partir da legislação municipal, o Protocolo de Uso de Metilfenidato, com objetivo de controlar a prescrição desmedida dessa medicação. Assim como várias meninas e meninos desse grupo, Maria já chegou com o diagnóstico de TDAH e medicada com uma dose extremamente alta de Ritalina. Naquela época, a professora contou que fizeram uma ‘vaquinha’ na escola para comprar a medicação. “Era agitada, agressiva”, diziam. Parece que seguiu sendo acompanhada pelo CAPS desse modo, no grupo de ritalina, quando dava.

Em 2017 algo mudou. Sua agitação se intensificou, estava mais agressiva, diziam. O tio se comprometeu a levá-la ao acolhimento integral no CAPS todos os dias. Maria causava no CAPS. Agitava. Mexia em tudo. Vinculava-se com poucos da equipe e quase nada com os garotos e garotas de sua idade. Sua intensidade, velocidade e força motora desestabilizavam a equipe. A demanda pelo AT surgiu neste contexto, e o projeto inicial se resumia a estar com ela na convivência no

CAPS, na tentativa de criar um vínculo, e só. Certamente, para daí se expandir a outros espaços, mas o desafio neste primeiro momento era estar com ela lá. Difícil. Apesar do engajamento e implicação da *at*, que passava horas no CAPS, atrás dela, descendo e subindo as escadas, tentando salvar um computador de sua ira, por exemplo. Maria mal olhava para a *at*.

Nas reuniões de rede, as agentes comunitárias falavam da dificuldade de lidar com a violência daquela família, que lhes causava medo, afirmando já terem sido ameaçadas por eles. Certo dia, Maria chegou ao CAPS contando que teria uma conversa com a psicóloga da Vara da Infância e da Juventude, no Foro da Lapa, em tal data, quando seria decidido quem ficaria com sua guarda, a mãe ou a avó. Pediu a presença do CAPS nessa conversa, e a *at* e a psicóloga combinaram de encontrá-la lá no dia. A verdade é que se discutiria quem não ficaria com ela, pois nem a mãe nem a avó estavam dispostas a se responsabilizar pela menina.

A família toda compareceu à Vara. Conversas separadas, todos foram ouvidos, um de cada vez, na tal audiência. Ao final, todos no hall, seu tio disse que iria embora, pois teria que trabalhar, e levou com ele a avó e as duas irmãs menores. A mãe se aproveitou do momento em que Maria se escondeu no banheiro e foi embora com o bebê, apesar dos apelos das duas outras, a psicóloga e a *at*, para que ao menos se despedisse da filha.

Permaneceram no hall do Foro Maria, a psicóloga e a *at*. Maria insistia em querer pegar um ônibus e ir para a casa da mãe. Psicóloga e *at* insistiam em voltar para o CAPS, e que depois ela fosse para casa da avó, que não daria para ela ir para a casa da mãe naquele momento. Inútil. Eis que inesperadamente Maria saiu correndo Foro afora, dando início a um mergulho na cidade, misturando-se com a velocidade de carros e ônibus, na contramão dos pedestres, e perdendo-se em sua própria intensidade. As duas acompanhantes correram atrás dela. Percorreram a Lapa durante algumas horas. Maria entrava nas lojas, bagunçava, provocava os pedestres. Aparecia com um sorvete, uma coxinha; pegou emprestado o celular de alguns rapazes na rua para ligar para sua mãe. Rapidíssima. Desorganizava-se cada vez mais, perdendo-se naquilo que só fluía e se intensificava, enquanto as acompanhantes começavam a sentir os limites de seus próprios corpos. Atravessou ruas correndo, conseguiram segurá-la, evitando que fosse atropelada; sem contorno, colocava-se em situações de muito risco. Perdia-se.

Conta a *at* que foram momentos de muita tensão e angústia, de estranhamento com relação à sua cidade de sempre – as ruas tornaram-se estranhas e desconhecidas. Ela e a psicóloga estavam cansadas de tanto andar e correr, e de não serem escutadas. Viram-se em um jogo interminável, no qual Maria se divertia e parecia tentar manipulá-las. Ela não falava, ria. Recusou a proposta de ir ao Conselho Tutelar da Lapa, para retornar ao CAPS de carro. Dizia que queria ir para a casa da mãe e que todos queriam abrigá-la. Não parava de correr. Quanto mais corria, mais iam atrás dela. Parecia procurar esse movimento. Não ficou sozinha em nenhum momento. Após muitas horas, a psicóloga do CAPS entrou com ela em um ônibus rumo à Brasilândia. Chegando no CAPSij encontrou o pediatra, que a acompanhou até a casa da avó com o carro do CAPS. Ele contou que, no carro, durante o trajeto, Maria ponderou que ‘talvez o abrigo não seja tão ruim assim’. (baseado no diário de campo da supervisora e no relatório de estágio de Gabriela Seguin, 2017)

Comentário a posteriori

Foi preciso voltar ao vídeo do evento – os 20 anos de *AT na Rede* – para resgatar a memória do acontecimento, três anos depois de sua realização e nos atuais tempos pandêmicos (15º mês da pandemia).

Impossível não ser invadida por uma nostalgia daqueles tempos em que os *ats* se aventuravam pela cidade, aglomeravam-se nos ônibus, nas ruas, entravam nas lojas e se misturavam aos fluxos e às intensidades das cenas urbanas de seus acompanhados. Impossível também não ser invadida pela nostalgia daqueles tempos em que os *ats* viajavam, de ônibus ou de avião, para se encontrarem. Aglomeravam-se na UFRGS, na UFSC, nos congressos, para discutir a prática, a função do AT nas políticas de saúde mental, falando de modo geral.

Por fim, como não retornar a 2018, ano da comemoração dos 20 anos de *AT na rede*? Do ponto de vista pessoal, a defesa da minha tese aconteceria dois dias depois do evento; mas, bem mais importante do que isso, foi o ano da prisão do Lula e da eleição do presidente fascista genocida, cuja posse assistimos, meses depois, desoladas, assustadas e congeladas, no inverno canadense, em visita a Analice, que realizava seu pós-doc em Montreal. Algumas marcas passionais.

Rafael Woslki, em sua fala na abertura da mesa no evento, fez um relato contundente de como chegamos até aquele ponto e dos diversos retrocessos e desmontes na política de saúde mental (ainda nem havíamos vivido o revôlto!), desde o golpe (lawfare) de 2016. Fez também um importante resgate da função do AT no processo de desinstitucionalização dos egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, fazendo a crítica do hospital psiquiátrico como local de aprisionamento da loucura.

Aqui a brecha para voltarmos à Maria. A pergunta implícita na cena que compartilhamos era: até que ponto a trajetória de Maria, cheia de intensidades, deu um giro na sua questão com relação ao abrigo? o que operou ali? tratou-se de presença?

Com efeito, o desamparo está no fundamento do sujeito como aquilo que o constitui e como aquilo que ele mais teme. É por isso que o sujeito o recusa, e o faz com um afeto da ordem do horror e da angústia do real. A figura do desamparo se identifica com a do trauma, visto que nessa o sujeito se encontra diante de um excesso pulsional que não consegue dominar, engolido e afogado que está pelas intensidades. (Birman, 1999)

Maria transborda. O confronto com o real de seu não lugar no mundo, de seu não lugar no desejo de seus cuidadores, reatualiza uma carência que nem as grades da prisão onde viveu seus primeiros meses deu conta de contornar. Aquele envelope narcísico constituído pela função materna, uma primeira morada subjetiva, no caso de Maria, parece mostrar que sempre falta um pouco de cola na aba que fecha. A cola aqui é o desejo.

Maria não tem lugar nesse mundo, como milhares de outros meninos e meninas pretos e pobres. Nem sua família tem lugar no mundo, nem a mãe de Maria...

Para o estado e suas instituições, Maria existe enquanto patologia (no seu caso, TDAH), como milhares de crianças pretas e pobres. Entramos aqui no tema da medicalização da vida e, mais especificamente, da medicalização da vida de crianças e jovens, a qual transforma qualquer dificuldade em patologia, em questão médica situada no corpo da criança, isentando escola, Estado, de qualquer responsabilização sobre o sofrimento e a situação. Vaquinha para comprar remédio.

No caso de Maria, de certo modo, isso a favoreceu, pois foi com a abertura deste grupo no CAPSij, com a tentativa de juntar os usuários de ritalina dispersos na rede, que ela chegou no CAPSij, e lá, pela primeira vez, é acolhida, é bem-vinda, ao menos para parte da equipe. É preciso lembrar que sua agitação desestabilizava a equipe e havia quem achasse que o Capsij talvez não fosse o melhor lugar para ela se tratar.

Tomo este ponto a partir de uma questão da plateia com relação ao termo “desorganizada”, que utilizamos para nos referir a Maria. Houve incômodo e ruído com a palavra. Medicalizamos a vida, mesmo quando queremos escapar disso? Quem se desorganizou, Maria ou as terapeutas? Ana Marsillac enfatiza que Maria nos apresentou sua cidade. Como disse Ricardo Silveira, desorganizada não parece uma boa palavra, deveríamos pensar em velocidades, em outra ordem temporal, em acompanhar ritmos. O abrigo estaria no movimento. Com efeito, Silveira faz uma síntese daquilo que havia se passado na cena.

Referências bibliográficas

Birman J. (2021). Sobre psicose. In *Sobre a psicose - Joel Birman* (org) [lacanempdf] versão 2.pdf. Disponível em: <http://lacanempdf.blogspot.com/2021/02/sobre-psicose-joel-birman-org-1999.html>

SMS/SP. (2014). *Portaria 986/14*. Protocolo de Uso de Metilfenidato. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/21%20-%20PORTARIA%20N%20986-2014_metilfenidato.pdf.



A Hospitalidade Incondicional numa enfermaria psiquiátrica

Ricardo Wagner Machado da Silveira
(UFSC)

Iniciaremos com algumas cenas de AT de pacientes internados numa enfermaria de psiquiatria de um hospital universitário. As motivações iniciais do AT numa enfermaria psiquiátrica têm a ver com a tentativa de sustentar aberturas para a cidade em uma rotina de clausura justificada pela necessidade de proteção a pessoas em crise psíquica grave. Queremos embaralhar os códigos e modos de cuidar institucionalizado, desinstitucionalizar, na medida do possível, o cuidado à crise.

Uma outra motivação é a tentativa de realizar altas acompanhadas de alguns casos, tecendo redes que promovam o aconchego de um território minimamente vivível.

Começemos por Joana²⁰, uma jovem que, no discurso institucional, sempre que é internada apresenta sintomas de hipersexualidade, mostrando-se muito pegajosa e dependente. Os *ats* observam que a postura dos profissionais (com algumas variações) costuma ser de não responder às suas insistentes demandas e investidas sexuais, como forma de colocar limites até que a medicação faça seu efeito e remova tais sintomas. Por sua postura quase sempre “invasiva”, Joana é tolhida em suas atitudes e comportamentos, parece-nos que estar com ela é cansativo para a maioria das pessoas ali.

Joana se aproxima de um dos *ats*, João, e ele, diferentemente dos outros profissionais e pacientes, aceita uma aproximação corporal e passa a circular dentro e fora das dependências da enfermaria com Joana de mãos dadas. Eles andam muito, e ela sempre se acalma depois dos passeios com João. Por vezes, João precisa colocar limites nas “mãos bobas” de Joana que tentam roçá-lo, mas nada que não tenha sido contornado sem maiores dificuldades. Outras vezes, Joana diz ao *at* que quer namorar, transar com ele, ou pergunta se ele é seu namorado, e os dois conversam abertamente e com uma certa tranquilidade sobre isso. O *at*

²⁰ Todos os nomes de acompanhados e acompanhantes são fictícios.

não sufoca a sexualidade de Joana, que se expressa naqueles momentos de suave liberdade; ele escuta e questiona com generosidade e curiosidade tudo o que ela tem a dizer e, num dado momento, reafirma seu papel de *at*. O assunto parece se esgotar ali, e eles continuam a caminhar e conversar.

Começam os burburinhos entre pacientes, que acham que o casal está namorando (detalhe: os estagiários de AT, diferentemente dos outros profissionais e estagiários, não usam jaleco, e isso foi uma condição *sine qua non* que estabelecemos para realizar o trabalho). Os burburinhos alcançam também a equipe, que quer entender o que o *at* está querendo ao agir daquele modo. Esta foi uma primeira oportunidade que o *at* João teve de se aproximar da equipe e contar sobre o seu trabalho e sobre as andanças da dupla, do quanto ele percebe que a agitação de Joana diminui depois das saídas e do modo como a sexualidade tem sido tratada pelos dois a cada vez que aparece. A equipe se acalma, talvez sua contrafissura²¹ tenha diminuído ali.

Numa outra cena, o *at* João sai com Paulo, outro jovem “hipersexualizado” que aborda todas as mulheres que encontra e pergunta se pode beijá-las e diz que quer transar com elas. Paulo já está internado há um bom tempo, e os sintomas não cedem à medicação. A atitude da equipe é similar à adotada com Joana. A vigilância e a colocação de limites é constantemente feita pela equipe e principalmente pela mãe. Paulo demanda muito a presença e os cuidados da mãe e se mostra muito ansioso quando ela está ausente. Certo dia Paulo é abordado pelo *at* João para dar um passeio. Eles saem do hospital, caminham pelo bairro, era um dia lindo, ensolarado. Vão para uma praça, escutam música, falam sobre mulheres, religião, conversam sobre trivialidades da vida como dois amigos. Por vezes Paulo se lembra da mãe, a ansiedade aumenta, e ele tem urgência de voltar, mas o *at* e o prazer daquela saída depois de tanto tempo recluso aplacam seu ímpeto, e o clima tenso se esvai.

Num dado momento, Paulo cogita a possibilidade de fugir, e o *at* lembra do combinado que fizeram antes da saída e do quanto acredita que Paulo vai ser capaz de cumprir com sua palavra. O clima tenso de novo se esvai. Finalmente a dupla resolve voltar para a enfermaria. No caminho de volta, o *at* fica apreensivo quando vê que duas garotas vão passar por eles, e tudo leva a crer que Paulo vai

abordá-las, e elas provavelmente vão reagir à sua agressão. O que fazer? As duas garotas se aproximam, Paulo não as interpela de forma acintosa, mas, assim que elas passam, discretamente diz *como vocês são lindas!* Elas escutam e seguem o seu rumo. O que aconteceu com esse garoto e sua hipersexualidade descontrolada? Por que, longe da mãe e da equipe, vigilantes e controladoras, ele agiu assim? Será que a cidade, o belo dia, a liberdade, a cumplicidade com o *at* tiveram algo a ver com isso? Ou será que finalmente a medicação começou a fazer efeito? Ou será que é algo da ordem de uma complexidade intangível dos encontros que se deu aí e que foi tecendo essa cena...

Nair é uma paciente numa crise depressiva tão intensa que precisou ser internada mais uma vez. Passou por várias e importantes perdas na vida, sua autoestima é baixíssima, fala sempre de sua feiura e obesidade e do quanto sua filha tem vergonha de ter uma mãe louca e gorda. Chora muito. Uma das estagiárias de AT, Clara, acompanha Nair nesse calvário de tristeza profunda e a acolhe com toda a dedicação e delicadeza de que dispõe. Em meio a lágrimas, Nair se lembra da vez que pôde estar numa das apresentações de balé da filha: *...ela estava tão linda dançando no palco!* É tomada por uma lembrança arrebatadora que lhe faz feliz naquela hora. Clara lembra-se de uma aula também arrebatadora de dançaterapia, que teve há poucos dias e na qual experimentou a dança espontânea e então decide colocar uma música no celular e convida Nair a dançar espontaneamente com ela. As duas estão praticamente sozinhas no pátio da enfermaria. Nair se levanta, faz alguns gestos tímidos, Clara a imita, propõe variações, agora é a vez de Nair imitá-la, e aos poucos as duas vão criando um bailado leve e solto, com uma espontaneidade que arranca suavemente Nair da melancolia. Seu corpo pesado agora fica leve, e ela estampa um sorriso no rosto tão bonito quanto aquele que expressou enquanto lembrava da filha bailarina. O ritmo, o movimento, a música, o riso, a leveza do ser tomam conta dessa cena.

Na rotina tresloucada de uma enfermaria, a história de vida desses nossos acompanhados nos são apresentadas como uma colcha de retalhos de fatos isolados, desconexos, registros iatrogenicamente esquizofrênicos. Para escapar dessa precariedade de dados e conseguir acolher nossos acompanhados do modo como eles nos chegam, nos inspiramos na hospitalidade incondicional de Derrida (1996). Segundo ele, a hospitalidade condicional é fruto de um convite;

21 Lancetti A. (2015). Contrafissura e Plasticidade Psíquica. São Paulo: Hucitec.

o estrangeiro será recebido através do direito universal à hospitalidade para participar de um pacto e um código comum enquanto for hóspede. Já a lei da hospitalidade incondicional ultrapassa as leis da hospitalidade condicional, pois a abarca, a contém e não se limita a ela. A hospitalidade incondicional estoura a hospitalidade condicional sem aboli-la, pois só pode se efetivar a partir dela. Trata-se de uma perversibilidade da lei da hospitalidade; a incondicionalidade exige a transgressão das leis de direito, pressionando suas próprias condições rumo a algo que não seja si mesma, beirando o impossível.

A hospitalidade pura e incondicional, a hospitalidade em si, abre-se para alguém que não é esperado nem convidado, para quem quer que chegue, como um visitante absolutamente estranho, não identificável e imprevisível, ou seja, totalmente outro. Destarte, a questão da hospitalidade está, pois, ligada à questão da diferença. Não às diferenças excludentes, como o são os nacionalismos e fanatismos religiosos, mas ao deixar vir o outro, respeitando a sua multiculturalidade em seus diferentes matizes, aceitando as diferenças enquanto diferenças. “A hospitalidade diz respeito, em primeiro lugar, às diferenças enquanto diferenças” (Derrida, 1996, p. 23).

Deleuze e Guattari (2010) dizem que o esquizofrênico delira, não com papai-mamãe, mas com os acontecimentos da história. A hipersexualidade e persecutoriedade esquizofrênica é, de algum modo, a concretização em uma vida de nossa objetificação dos corpos reduzidos a uma beleza estandarizada, idealizada e investida de prazer sexual impessoalizado, tornada mercadoria de consumo e produção de mais valia cosmetológica, por exemplo. Já a paranoia nos leva a acreditar ser possível dominar toda a complexidade dos processos de vida, encontrar suas verdades recônditas para ter poder sobre as vidas de uns e de todos ao mesmo tempo. Somos levados a acreditar que é preciso colocar tudo em palavras, é preciso falar para supostamente se salvar do enlouquecimento, e não adianta falar de qualquer jeito, é preciso que seja uma fala lógica, coerente, eloquente. Somos tomados pelo medo constante de aniquilamento e roubo dos nossos capitais vorazmente acumulados. A paranoia é a nossa religião, o nosso ópio, o nosso logos, nosso estilo de vida nesse capitalismo mundial integrado, e

o esquizofrênico tornado doente é um dos nossos tumores, doença que nasce de dentro de nós.

Só mesmo uma potência esquizo para nos tirar do prumo, nos obnubilar, criar vertigens em nossos corpos e nos presentear com o impensável, o caos que nos habita, e o sagrado talvez que nos faz gaguejar diante da pomposa eloquência dos que sabem o que dizem com toda certeza do mundo.

Que consigamos embaralhar os códigos, duvidar do que vemos, ouvimos e dizemos, que possamos desejar o que não sabemos para assim, nesse lugar, desse lugar, finalmente ter algo que valha realmente a pena dizer.

(...) o quanto desejo e arte são capazes de transgredir a funcionalidade imediata dos objetos e mesmo das relações inter-humanas... como se pudéssemos compor uma feliz estética da existência com os calcinados pedaços de nossas vidas. O estado de graça talvez seja isso: a agradável sensação de que se pode mudar a vida num lance de alegria. (Orlandi, 1998, p. 4-6)

Que consigamos nos encontrar no bailar com a leveza de um corpo obeso, que tenhamos a coragem de nos desinternar e correr o risco de caminhar pelas ruas, para fora de si, e nessas nossas fugas pelo mundo, surpreendermo-nos com o aconchego de um dentro, um dentro do fora, um território de vida onde a liberdade tenha lugar e possa ser terapêutica.

Referências bibliográficas

Deleuze G & Guattari F. (2010). *O Anti-Édipo*. São Paulo: Hucitec.

Derrida J. (2003). *Da hospitalidade*. São Paulo: Escuta.

Lancetti A. (2015). *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. São Paulo: Hucitec.

Orlandi LB. (1998). Corpo em arte (Carta ao Lume). In: *Revista do Lume*. Campinas: Unicamp.



CONSTRUÇÃO COLETIVA DO CASO

O quarto de Vincent²²

Débora de Bitencourt Fél
Vera Pasini
Gabriel Bernardo
Analice Palombini
(UFRGS)

Um percurso entre vários

Para começar, vamos contar um pouco do nosso trajeto percorrido com Vincent²³, jovem encaminhado ao *ATnaRede* da UFRGS pela equipe de matriciamento da Unidade de Saúde (UBS) próxima à sua moradia, na periferia de Porto Alegre, em meados de 2013. Vincent tinha então 19 anos e desde os 16 não saía de casa. Também não frequentava a UBS, e a equipe de saúde tinha dificuldade de acompanhá-lo. Apenas em visita domiciliar o médico da UBS e/ou a psiquiatra da equipe de matriciamento mantinham contato direto com ele, o que acontecia esparsamente. Durante um ano e meio foi acompanhado por Lorena, mestranda participante do projeto, sem que fosse possível chegar à rua com Vincent. A rua lhe punha medo.

A presença da *at* na casa criou um forte laço, não só com Vincent mas em especial com sua mãe, que na despedida de Lorena, que foi sua primeira *at*, escreve em recado:

²² O texto narra o percurso de um AT realizado no âmbito do Projeto de Extensão *ATnaRede* da UFRGS, proposto para discussão coletiva, na perspectiva da construção do caso (Figueiredo, 2004), como atividade do evento comemorativo aos 20 anos do projeto. No evento, o relato clínico, feito por integrantes do *ATnaRede*, foi apresentado aos convidados, visando a produção de um trabalho comum, a partir da partilha de determinados elementos da história do acompanhado e das contribuições dos envolvidos na discussão em roda para o processo de construção coletiva do caso. Essas contribuições foram incorporadas à narrativa que aqui se apresenta. Participaram, como convidados, dessa construção: Ana Lúcia Marsillac e Beatriz Fontoura Guimarães (UFSC), Deborah Sereno (PUCSP), Douglas Casarotto de Oliveira (FISMA/UFRGS), Pedro Pacheco (URI-Santiago), Rafael Wolski de Oliveira (UNISINOS/UFRGS), Ricardo Pimentel Mello (UFC), Ricardo Wagner Silveira (UFU).

²³ Nome fictício.

*Vamos sentir saudades. Você foi mais que uma psicóloga. Você foi, para esta família, o sol que clareou os dias nublados e difíceis. Não poderia colocar tudo o que você significou para a gente neste papel, mas saiba que nunca iremos te esquecer. Você vai estar, para sempre, em nossos corações. Te adoramos. Beijos. Para sempre.*²⁴

Nos encontros com Vincent, ele dita para Lorena a apresentação de si que gostaria que constasse na pesquisa de mestrado que ela vinha escrevendo (Rocha, 2015):

Meu nome é Vincent. Eu estudei na escola X²⁵. Ia de ônibus para lá, mas não gostava, era apertado e cheio, sentia vergonha e as pessoas ficavam “cuidando” de mim. Minhas professoras eram Luciana e Deise. Era uma escola especial, uma classe terapêutica. Parei de estudar há cinco anos atrás, quando tinha 13 anos, porque mexiam comigo lá. Eu gosto de comer guisado, tomate, batata e sopa de carne com batatas. Não gosto de galinha, só de peito de frango. Também gosto de Nescau com leite gelado. Eu pegava os ônibus Clemente e São Jorge para ir à escola quando a minha mãe me levava, naquela época. Às vezes, eu ia de Kombi; minha mãe pagava o carnê e a moça me trazia para casa, eu gostava dela. Eu gosto de guaraná, de Pepsi e de Fanta laranja. Eu tomo banho todo dia; passo sabonete e shampoo e também escovo os dentes todo dia. Depois, troco a roupa bem limpinha. Eu sou alegre, sorridente, adolescente, bem educado e bem simpático. Eu tomo banho de piscina. O nome do meu pai é Teodoro e o da minha mãe é Ana. Tenho dois irmãos e a neném (irmã mais nova). Minha avó também. Minha psicóloga se chama Lorena Pinheiro Rocha. Gosto de conversar e bater papo com a minha psicóloga. E de ver TV também. Gosto de jogar futebol e de ir ao super Carrefour. Gosto de pegar taxi e pagar o taxi. Gosto de futebol, o meu pai gosta também. Minha mãe gosta de arrumar a casa. Eu arrumo o lençol da minha cama e tiro o lixo do meu quarto. Minha irmã neném gosta de guaraná e de frutas. Meu pai trabalha com o serrote. Eu não gosto de sair porque tenho vergonha de pegar ônibus lotado. Minha mãe gosta de fazer bolos e carne de porco assada. Meu pai gosta de churrasco, e eu também gosto. Eu gosto de desenhar coração, lua, estrela e ilha. Eu leio Zero Hora, Jornal Sul e Diário Gaúcho para saber das notícias. Eu gosto das novelas do SBT.

24 Fragmento da dissertação de mestrado (Rocha, 2015).

25 Nome da escola omitido, visando preservar a identidade do acompanhado.

Já perto do final do acompanhamento feito pela Lorena, eis o que Vincent diz de si (Rocha, 2015):

Eu gostaria de trabalhar num curso da faculdade, fazer formatura, porque ano que vem eu faço 20 anos. Ainda demora. Queria trabalhar escrevendo e desenhando. Eu gosto de desenhar, desenho bastante. Gosto de desenhar com giz de cera e com canetinha e lápis de cor. Gosto de dormir. Queria conhecer Santa Maria e Santa Rosa. É a terra da Xuxa; ela é legal, mas não trabalha mais na TV. Em alguns anos, eu gostaria de votar nas eleições de outubro de 2014. Antes, vem a copa do mundo. Eu gostaria de ir para um jogo do Brasil no Beira Rio, aqui em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

No ano seguinte, em 2014, acompanhado de Verônica, sua segunda *at*, Vincent topou participar de um piquenique organizado pelos participantes do projeto ATnaRede²⁶ (Ezequiel, 2016). O aceite se deu depois de muito preparo - e sob condição de que uma das coordenadoras do projeto fosse buscá-lo em casa de carro. Em 2016, Gabriel, que seria seu *at* anos depois, narra-nos a cena de seu primeiro encontro com Vincent, no piquenique do projeto ocorrido naquele ano:

No piquenique realizado no primeiro semestre de 2016 conheci pessoalmente Vincent, de quem já havia ouvido falar muitas vezes nas reuniões do grupo. O menino tímido chegou acompanhado da Professora coordenadora do projeto, e logo sentou-se na roda com suas folhas de papel e giz de cera. Nesse primeiro encontro fiquei muito afetado por sua presença. A dificuldade em sustentar os olhares fazia com que ele ficasse cada vez mais encolhido perto da Professora, que parecia dar alguma segurança a ele. Pouco tempo depois de chegar ao Parque da Redenção, onde acontecia o piquenique, Vincent pediu para voltar para casa.

Percebemos que são as pessoas próximas – como a mãe e, depois, as/os integrantes do projeto – que servem de amparo a Vincent na relação a um Outro,

26 Semestralmente, com o objetivo de dar materialidade ao projeto de extensão, que não possui sede física ou estrutura administrativa, o grupo de coordenadoras, acompanhantes e acompanhados/as se reúnem em um piquenique onde podem ver e ser vistos e compartilhar olhares, afetos e alimentos, produzindo grupalidade e um senso de pertencimento ao coletivo que designa o ATnaRede.

vivido por ele como ameaçador e persecutório. É como um Outro regulado (Kupfer, Faria & Keiko, 2007), contido pelas limitações cotidianas que lhes são próprias e nas impotências de seu não saber, que as/os acompanhantes terapêuticas/os e uma das coordenadoras do projeto se apresentam para Vincent, oferecendo-lhe a possibilidade de barrar a dimensão desmedida do Outro e sustentar, ainda que minimamente, sua presença no social.

Entre agosto de 2015 e julho de 2017, foram *ats* homens que acompanharam Vincent. A mãe esteve mais ausente nesse período, pois havia arrumado trabalho no comércio local. Assim, o AT de Vincent passou a depender de que sua avó ou irmã pudesse abrir o portão que dava acesso ao pátio da casa ou, quando isso não ocorria, requereu, dos *ats*, estratégias improvisadas para ultrapassar o portão e alcançar a casa, driblando os cães no pátio. Vincent seguiu comparecendo aos piqueniques semestrais do projeto, porém com muita dificuldade de sustentar sua presença e o olhar. Fazia questão de ir, mas nem bem chegava e trocava alguma palavra com as pessoas já conhecidas, logo queria ir embora.

Em meados de 2017 é Débora que dá início a um novo período de AT. Vincent, então com 23 anos, há sete já não saía cotidianamente de casa. Bastante isolado em seu quarto, mantinha pouco contato com a família, sendo a mãe a figura mais presente, auxiliando-o na organização do quarto e suprindo suas necessidades de higiene e alimentação. Entre 2018 e 2019, o acompanhamento de Vincent, realizado por Gabriel, depara-se com a mesma condição de isolamento e o distanciamento da sua rede de saúde.

Cena familiar

Como já referimos, a principal questão que leva à solicitação de um AT, através do Projeto de Extensão *ATnaRede*, está relacionada à dificuldade de Vincent em sair de casa, a qual, segundo a mãe, viu-se agravada após a morte de uma irmã, que teria ocorrido poucas horas depois do parto. A mãe conta ter sofrido intensamente no período de luto, passando meses chorando. Com o tempo, percebemos que o enclausuramento do acompanhado é efeito de uma série de questões compartilhadas com a família, sendo impossível falar sobre Vincent sem mencionar o contexto familiar.

Vincent não é o único que não sai de casa. Os pais relatam que seu irmão, sete anos mais novo, após o desaparecimento de uma cachorrinha muito amada, também passou a não sair do quarto e tem dificuldade de frequentar a escola. A irmã, dois anos mais nova, parou de estudar no ensino médio. Como faz e vende artesanatos, costuma transitar pela cidade, mas fica a maior parte do dia dentro de casa. A caçula, dezessete anos mais nova que Vincent, não tem vínculos fora de casa, brinca sozinha, tendo como companhia apenas a televisão, o celular e a irmã mais velha²⁷.

Em uma das conversas com a mãe, são relatadas as dificuldades dos filhos em frequentar a escola e “descolar-se” de casa. Embora manifeste seu desejo por autonomia em relação aos filhos, principalmente nas tentativas de trabalhar fora de casa e de frequentar outros espaços, parece-lhe difícil afastar-se dos filhos/as: seus vínculos de trabalho são seguidamente rompidos, de forma que é recorrente o seu retorno ao confinamento doméstico. Assim, em conversa da *at* com a mãe e a filha mais nova, a respeito da frequência da criança à escola, a mãe responde pela filha: “Ela não quer ir de jeito nenhum. Vai ser difícil. Tu não quer ir, né filha?”. A menina confirma, balançando a cabeça.

Em outro momento, num dia de muito calor, a *at* convidou Vincent a sair para tomar um sorvete, o que ele recusou, com a desculpa de estar sentindo frio - e, para prová-lo, imediatamente vestiu um casaco. Semanas mais tarde, quando finalmente ele parecia concordar em realizar com a *at* um passeio pela rua, foi a mãe, então, quem impediu a saída, sob o pretexto de precisar antes comprar roupas novas para o filho, para que pudesse sair - percebera, de súbito, que ele havia crescido e que suas calças estavam curtas... (Rodrigues, 2015)

Há um aspecto mortífero na relação ao Outro materno produzindo um “medo da morte” e da “loucura” que não permite viver. Não permite que a porta se abra produzindo encontros e se feche quando for preciso segurança. Em sua maioria, a família vê-se impedida de transpor o limiar do portão, o limiar dentro/fora. Não lhes é possível sair de casa e enfrentar as (a)diversidades que o espaço da rua representa, dando passagem ao estrangeiro, ao inesperado, ao imprevisto.

Quanto ao pai, ele pouco aparece no discurso e no cotidiano da família. Teodoro e Vincent ficaram um ano sem comunicação, devido a um acontecimento

²⁷ A cena aqui relatada remete a março de 2018, quando da apresentação do caso no evento comemorativo aos 20 anos do Projeto de Extensão - dois anos antes, portanto, do contexto pandêmico que impôs o isolamento social como medida de proteção.

que deixou marcas importantes na relação entre eles. O pai teria feito uma brincadeira dirigida à mãe, e Vincent, entendendo o gesto do pai como uma briga, intervém agredindo-o fisicamente em defesa da mãe. O pai revida, rompendo o laço já fragilizado. Essa cena é relatada por Vincent algumas vezes durante o AT. Há tentativas de Teodoro, mas ainda com muitas reticências, em restabelecer o vínculo. Vincent diz que o pai às vezes vai até o seu quarto, “dá oi” e pergunta como ele está, oferecendo-lhe folhas e lápis de cor para os seus desenhos.

Apesar de “trabalhar com serrote”, parece custoso, ao pai, ocupar-se da função de corte na relação mãe/filho. Vincent, porém, faz seu apelo, quando escreve, sobre o pai, que “ele gosta de churrasco e eu também” ou quando interpela a irmã, com respeito ao desenho que esta faz da família: “onde está o pai?”. A relação ao pai, o único que se permite estar dentro e fora da casa, em sua potência de fazer circular, pode indicar os caminhos para sair do enclausuramento.

Nos poucos momentos em que a aproximação de Débora com o pai foi possível, no pátio entre a casa e a rua, ele, como Vincent, apresenta dificuldade em dirigir o olhar para a *at*. Menciona que recém estava aprendendo a conversar com as pessoas, pois cresceu no interior e sempre foi meio “bicho-do-mato”, “mais quieto” e “sem muito jeito pra crianças”. Diz que a esposa é mais comunicativa e extrovertida, ao contrário dele. Relata ficar pouco em casa e mostra mais preocupação pelo outro filho, parecendo resignado com relação à situação de Vincent.

Nos dois encontros que Gabriel teve com o pai e a mãe juntos, em conversas “formais” sobre Vincent, Teodoro, dessa vez, não evita o olhar, mas mantém uma postura “defensiva”, suscitada pela presença do “psicólogo”, em sua posição de saber. Mesmo assim, o pai não esconde o fato de não saber muito bem como lidar com a singularidade do filho, que estava crescendo. Afirma que “antes ele era caprichoso” e que, quando Vincent era menor, eles tinham uma boa relação.

Vincent diz não gostar da avó, que mora na casa em frente à sua, no mesmo pátio. Diz que cospe, xinga e bate nela, remetendo à avó o motivo de não poder sair de casa, bem como atribuindo a ela fatos que ocorrem com ele. Há relatos, tanto da mãe quanto da UBS, de que a avó enfrenta momentos de um estado depressivo profundo, e sua tristeza parece não ser suportada pelo neto. Podemos chamar de espelhamento, ou transitivismo (Barth, 2004), esse fenômeno que liga a Vincent o que se passa com a avó, e o mesmo parece ocorrer também na sua relação com a mãe: as dores que ela

sente, ele refere sentir, assim como compartilha de seus gostos, e tudo que ele faz, por mínimo que seja, precisa passar pelo consentimento materno.

Além da avó, cenas de agressividade também envolvem outros membros da família: já agrediu a irmã, já foi agredido pelo irmão. Vincent relata para a *at* situações agressivas entre a família, nas quais diz sentir-se ignorado, olhado com “cara feia”, “debochado”. Justifica, assim, o fato de se irritar e agredir as pessoas, pois ali “ninguém se gosta, ninguém se olha, é cada um no seu canto”.

No AT, os encontros com Vincent tendem a se repetir, com poucos deslocamentos, geralmente propiciados pela mediação de atividades artísticas. Foi através destas atividades que, em um momento raro, tivemos a aproximação das irmãs ao seu quarto. Segundo a mãe, “elas têm medo dele”. Vincent ficou tímido com a presença delas na cena do AT. Não conseguia sustentar seu olhar, mantendo-se cabisbaixo, mas, à medida que as irmãs interagiam com ele e a *at*, Vincent demonstrava alegria. Mesmo com o incômodo de ter tantas pessoas no “seu canto”, agiu de forma muito carinhosa, pedindo abraço e beijo à irmã mais nova, chamando-a de amor.

Desenhando Vincent

Embora a família e a equipe de saúde destacam a agressividade como traço de Vincent, o que transborda na maioria dos encontros com as/os *ats* é o afeto. Momentos agressivos também existem, mas não caracterizam o aspecto central do vínculo e costumam acontecer em situações de ruptura com combinados ou quando se impõem dificuldades de mediação na relação com o Outro. A falta de orientação, comum na psicose, com respeito a um tempo cronológico faz com que a organização da sua agenda ou calendário seja rigidamente fixada, e qualquer ruptura com essa rigidez dos eventos no tempo produz inconsistência num Eu fragilizado. Uma cena registrada por Gabriel em seu percurso como *at* de Vincent dá visibilidade a isso:

Durante a semana a mãe de Vincent tentou me avisar que a sua folga mudou de quinta-feira para segunda-feira, mensagem que não recebi a tempo. Na quinta, fui, conforme o combinado anterior, até a casa de Vincent para o nosso AT. Ao me aproximar do quarto, após sua

irmã Vilma abrir a casa pra mim, avisei a minha chegada, antes de abrir a cortina. Vincent me recebeu com surpresa, perturbado ao me ver já próximo de entrar no quarto. Ele perguntou o que eu fazia ali, dizendo que sua mãe não estava em casa e que eu não deveria ter ido. O questionamento foi muito semelhante ao que fez na outra ocasião em que se alterou: “Gabriel, o que faz aqui? Por que tu vens?”. Logo após os questionamentos, sentindo-se ameaçado, Vincent cuspiu de longe, tentando me acertar. Expliquei que aquele era o dia marcado para o nosso encontro, que eu estava ali para fazermos nosso AT. Ele retrucou que a mãe lhe havia dito que eu iria em outro dia. Perguntei então se ele gostaria que eu fosse embora e voltasse em outro dia, mas ele me disse que não, gostaria que eu ficasse.

A ambivalência manifesta por Vincent entre o desejo da presença do AT e seu incômodo com a visita fora da hora esperada deixa evidente a importância que tem, para ele, o cumprimento da palavra pactuada e o lugar destacado que confere à sua mãe nessa pactuação. Após este acontecimento, Vincent pediu um calendário de 2019 de presente, apontando que os combinados de dias e horários deveriam ser respeitados. Quando sente-se ameaçado, como na cena narrada, reage com uma agressividade que intenta ser simbólica, apesar de sua inscrição no real da ação como passagem ao ato. Dizemos que tenta ser simbólica porque é mais uma tentativa de impor ao Outro seu limite, não significando um risco de fato à integridade do seu interlocutor. Na dificuldade de mediar esse limite através da palavra, cospe a angústia que busca expelir do seu interior. Apesar disso, não economiza carinho e faz questão de demonstrar a importância que o AT tem na sua vida.

Tanto os sentimentos de alegria, carinho e desejo como os momentos de raiva, tristeza e agressividade encontram uma via de expressão por meio do desenho. Alguns desenhos performam, no seu traçado, partes fragmentadas do corpo ou conteúdos mais regressivos; outros, uma composição muito rica de detalhes e maior complexidade. É no convite para ver seus desenhos e para desenhar com ele que o vínculo com os/as *ats* vai se construindo, contornando o que, para ele, parece insustentável na relação, seja com familiares, seja com terceiros, em casa ou na rua. Nos desenhos podemos encontrar a construção narrativa mais rica de Vincent. Em meio

a repetições, surgem cenas e personagens que trazem à tona um sujeito que enuncia em associação livre (Comerlato, 2018).

Em cada encontro, ele nos mostra a produção da semana anterior. Os desenhos são feitos enquanto o som da televisão ou do rádio preenchem o quarto - por meio das vozes que ressoam dos aparelhos, Vincent nunca está completamente sozinho. Sua produção costuma ser composta por muitos signos - objetos comuns, comidas, paisagens e personagens: coração, estrela, sorvete, lua, pirulito, fone, carta, triângulo, algodão doce. O diálogo com as imagens exibidas na TV se dá nas marcas que aparecem nos objetos: o símbolo de uma rede televisiva em um microfone, o símbolo de outra no balcão de um telejornal, as paisagens de pôr do sol perfeitas, comuns nas cenas de TV. Aparecem também nos objetos: perfumes da marca X, pasta de dente da marca Y. O coração comparece com frequência, às vezes como signo secundário dentro de um contexto, como a caneca com desenho de coração.

As redes entre nós

Apesar do vínculo construído com as/os *ats* e da produção pictórica que se faz suporte para uma narração de si, com o passar do tempo vai ficando mais difícil para Vincent ousar sair de seu quarto. Chegar até o banheiro torna-se o maior desafio que enfrenta, quando enfrenta. Sem conseguir tirar o olhar do chão, vai apalpando as paredes até chegar ao tão distante destino, a poucos metros do quarto. O olhar, que dirige apenas à/ao *at* e à mãe, cada vez restringe-se mais. As saídas aos piqueniques passam a ser recusadas, sem margem de negociação.

O AT é o único espaço de relação exterior à família que Vincent mantém. O projeto *ATnaRede*, porém, tem dificuldades em avançar sem a necessária articulação com os demais serviços, que poderiam contribuir com a perspectiva de cuidado em liberdade que sustenta o trabalho dos *ats*. Vincent segue sem um acompanhamento psiquiátrico regular, e a vinculação com o que deveria ser a sua rede de cuidado - rede de atenção psicossocial - encontra-se fragilizada. Vincent permanece esquecido e pouco investido pelas equipes que, tal qual sua família, parecem descrentes de qualquer possibilidade de mudanças na sua existência.

É certo que fatores políticos e econômicos têm fragilizado a atenção básica no município e no país, fazendo com que os/as trabalhadores/as dos serviços

sintam-se impotentes diante da complexidade que se apresenta em caso como o de Vincent e sua família. Mesmo assim, sustentamos a potência de produzir, coletivamente e em rede, outras formas de cuidado – que não coloquem o diagnóstico e a medicação como centrais –, apostando no sujeito. O trabalho solitário com que nos confrontamos, porém, faz-nos questionar o quanto o AT pode manter-se como um dispositivo de produção de autonomia para Vincent. Buscamos força na sutileza dos detalhes, mas, às vezes, temos a impressão de que o AT libera tanto a família quanto a rede de atenção psicossocial do compromisso pelo cuidado – como se, na medida em que há o AT para cuidar, se isentassem de olhar para o que se passa. Muitas vezes nos vemos de mãos atadas por nós de uma rede que, tendo muito a fazer, vem tecendo com dificuldades os fios que tramam o cuidado no território.

Entretanto, sempre que pensamos desanimar, cenas potentes como a que narramos abaixo, nos alimentam e dão forças para nossas andanças.

Me encontro na parada, aguardando o ônibus que me levará ao local onde mora Vincent. Faço esse AT há mais de um ano, quase um ano e meio, e o caminho já é tradicional pra mim. Pra variar, estou angustiado com a falta de respostas da UBS à proposta feita há duas semanas. Minha angústia em relação à comunicação com a Unidade tem motivos. Já não é a primeira vez que tenho dificuldade em conversar com alguém da equipe ou conseguir uma data para ser recebido. A propósito, minha proposta, que está sem resposta há duas semanas, é uma reunião entre Saúde (UBS e ESMA), Assistência (CRAS) e AT (Projeto de extensão universitária) para discutirmos o caso do Vincent e da família. Identificamos que apenas o ATnaRede é insuficiente para dar conta da complexidade do caso.

Vincent não quer sair de casa, e respeitamos isso. No entanto, essa condição faz com que, cada vez menos, ele possa relacionar-se com outras pessoas. Seu círculo social tem ficado restrito aos ats e à família. Na medida em que ele fica mais velho, vai ficando mais difícil para os pais e irmãos compreenderem a singularidade do seu modo de vida. Por isso, acreditamos que seja um caso para ser dividido entre Saúde, Assistência Social e demais setores que possam complexificar também os modos de cuidado. Entendemos que o sofrimento do Vincent ou o sintoma que tenha ganhado forma no seu corpo não seja um problema individual. O sintoma fala por uma família, uma família que vive em um território, um território que habita uma

cidade, uma cidade localizada em um país. Portanto, o sofrimento do Vincent deve ser pensado a partir de todos esses atravessamentos, e uma escuta individual jamais dará conta da tarefa de produzir saúde nesse contexto.

*Isso tudo faz a reunião tão importante, e fico angustiado em não receber resposta. Resolvo chamar novamente no Whatsapp: “Colega, conseguimos algum dia pra nossa reunião?” Resposta rápida: “Oi, sim, tive um retorno da ESMA.” Finalmente, penso eu. A colega da UBS segue: “Infelizmente não poderemos fazer a reunião. Falta RH. “Como assim?”. Pergunto: “Falta RH onde? Na ESMA ou na Unidade de Saúde?”. “Na ESMA”, ela responde. Não é a primeira vez que a ESMA nega o pedido de reunião... “Bom, fazemos nós então, AT, UBS e CRAS, pode ser?”, pergunto. “Não vai ser possível, também estamos sem pessoal e sem previsão, talvez quando uma médica voltar de licença, mas sem previsão...”, ela responde. Sentimento de impotência. A negativa de reunião por parte dos dois serviços escancara as dificuldades do trabalho em rede. A impossibilidade de sentar e conversar sobre um caso durante algumas horas demonstra, ao mesmo tempo, uma tendência de simplificação de condições complexas e os furos de uma cobertura que deveria se dar **no** território, não simplesmente **por** território. O caso do Vincent é famoso nos serviços e, não indo até aos serviços, estes sequer cogitam ir até ele. Resolvo manter a reunião somente entre AT e CRAS, talvez a assistência social possa lançar um olhar diferente para o caso.*

Depois de alguns minutos no ônibus, salto lá nos altos do morro. Curta caminhada até a casa do Vincent, chego ligeiramente atrasado para o AT. Passo pelo primeiro portão que já me espera com o cadeado solto. A avó do Vincent, que mora na casa que fica na parte da frente do terreno dividido pela família, já sabe que quinta à tarde é o dia do AT. No total são 3 casas no terreno: na frente a da avó, no meio a do Vincent e família (mãe, pai, duas irmãs e um irmão) e nos fundos a do tio. Passo pela avó no corredor que leva à casa do meio e começo a bater palmas para chamar a irmã do Vincent, que costuma abrir a porta pra mim e espantar os cachorros para eu passar. A avó me alerta: “acho que ela saiu”. As palmas atizam os cachorros, que latem sem parar do outro lado do portão de madeira que separa as duas primeiras casas do terreno. Pergunto se ela demora a voltar, e a avó diz que acha que sim, que ela foi ao Centro. Sigo batendo palmas, na esperança de que Vincent pudesse levantar do seu quarto e me receber para o AT. Sugiro à avó que isso possa

acontecer, e ela dispara: “duvido!” Sigo ali, batendo palmas. Os cachorros latem cada vez mais. A avó cogita que a porta possa estar aberta, que a irmã provavelmente deixou destrancada para eu entrar. Tento passar pelo portão de madeira mas fico com medo dos cachorros. Eles latem sem parar. Tento acalmá-los, mas sem sucesso. Já chateado com a resposta da UBS, me sinto abatido com a situação. A avó me convida para sentar um pouco na cozinha da sua casa, oferece-me um copo de refrigerante. Aceito, entro na cozinha, onde encontro um senhor sentado à mesa, copo de cachaça em frente. O senhor, apresentado pela avó como “tio”, não fala nada. A avó me serve o refri e acende um cigarro. Pergunto se posso fumar também, e ela me oferece um cinzeiro. Tomamos o refrigerante juntos e fumamos o cigarro. Pergunto a ela se tem visto Vincent, e ela diz que muito pouco, às vezes pela janela - aponta uma basculante. Olho pela janela e vejo a porta da casa de Vincent aberta, levo um susto. Grito pra ela: “ele abriu a porta, tava fechada antes! Ele abriu pra mim!” Ela, surpresa com minha animação, assiste eu apagar o cigarro no cinzeiro e voltar correndo pro portão de madeira. Os cachorros logo correm pro portão novamente, latindo muito, como sempre. Eu grito: “Vincent, tá aí? Foi tu que abriu?” Ele responde lá de dentro, a voz fininha que parecia ter esquecido como gritar: “Sim, tô aqui, vim abrir pra ti”. Eu grito de volta: “não consigo passar, tô com medo dos cachorros” e ele devolve “sai cachorro! Deixa o Gabriel passar”. A cena toda me enche de coragem e eu abro o portão de madeira. Os dois cachorros seguem latindo mas nenhum me morde, passo rapidamente pelo pátio entre o portão de madeira e a porta entreaberta e adentro a casa. Encontro Vincent lá dentro, na cozinha, me esperando, os olhos cravados no chão. Digo: “que bom que tu veio abrir pra mim, tu me salvou!” e ele responde: “finalmente!”²⁸

Eis a dramaturgia dos encontros clínicos (Orlandi, 2007). No percurso do AT, constituímos nosso corpo terapeuta. Nômade que vai e vem pela cidade, tentando manter-se aberto às surpresas, a ser surpreendido e a surpreender. E vamos encontrando outros corpos. Corpos mais abertos, corpos mais fechados. Humanos e não humanos, animados e inanimados. Pessoas, instituições, ônibus, cachorros, portões, avós, usuários, técnicos e técnicas. E nosso corpo sempre ali, exposto a esses encontros.

O encontro entre os corpos é sempre produtor de atração ou repulsa, movimentos que geram efeitos, como lembra Suely Rolnik (2016): “os corpos

²⁸ Cena narrada por Gabriel, coautor deste capítulo e sexto *at* a acompanhar Vincent, em 2019, em um trabalho acadêmico para a disciplina de Processos Clínicos I.

são tomados por uma mistura de afetos. Eróticos, sentimentais, estéticos, perceptivos, cognitivos” (p. 31). Alguns corpos resistem ao encontro, se fecham. Os corpos institucionais são os mais difíceis de afetar. Eles se protegem através de uma estrutura meio rígida, meio flexível, que conduz o encontro para a borda, fazendo-o escorregar pela superfície, sem conseguir penetrar. Mas, se o surfe pela borda for a única possibilidade de entrar na onda, vamos aprendendo a surfar. Os CAPS, as UBS, as Equipes de Saúde Mental, as reuniões de equipe, são todas ondas difíceis de surfar, mas nem por isso deixamos de nos aventurar nesse mar.

Nessa aventura, também encontramos corpos dispostos a ensaiar cenas novas, experimentar novas ondas. É bom encontrar aliados. Se as dificuldades são muitas em relação às instituições, o encontro com os usuários, em seus movimentos de produção de vida, é um alento. Como na cena relatada, depois de ter uma simples (porém complexa) reunião negada pelos serviços de saúde, o encontro com Vincent, que toma coragem de ir até a porta chamar o *at*, encorajando-o a atravessar o pátio com seus temíveis cães, é um encontro-abraço. O encontro que cria um mundo, como diz Aragon (2007), “não como uma mistura de individualidades ou como uma unidade de conjunto, mas como o surgimento de uma partitura inédita que ultrapassa o constituído” (p. 56).

Nos encontros de projetos de AT vinculados a Universidades e seus diferentes saberes orientadores aprendemos uns com os outros. Com a Psicanálise, aprendemos que a psicose impõe diferenças na prática de cuidado e atenção no que concerne a uma direção de tratamento possível, com diferenças em relação à clínica das neuroses, sobretudo no que se refere à posição que o sujeito ocupa em relação ao Outro. Com a Saúde Coletiva, especialmente com os princípios da integralidade e da intersetorialidade, aprendemos as limitações que um ator único enfrenta na oferta de cuidado integral. Isso nos faz pensar sobre o quão potente poderia ser a inclusão de um artista (ou alguma atividade artística) na cena deste acompanhamento. A oferta de um espaço que não esteja colado ao da “saúde”, a presença de outro olhar, alguém que se soma ao trabalho sem necessariamente pertencer ao campo da saúde mental, podendo engajar-se em especial no trabalho com a ficção, com a fantasia, permitiria fomentar o

caráter de mediação que o desenho opera para Vincent na produção de laços com os outros. O investimento em diferentes escutas – do AT, dos profissionais psi, do artista – poderia promover um deslocamento da cena de morte que a história familiar encarna, produzindo outras narrativas e a abertura para um (re)nascimento que possa ser signo de vida.

Quando o trabalho do *at* é solitário, muitas vezes despotencializamos, tanto nossa função de terceiro, limite, corte numa relação familiarista fechada em si mesma, quanto a função de ponte, passagem entre pontas soltas, estabelecendo conexões que ajudam a sustentar uma rede protetora para que a família possa “se jogar na vida”. Por isso, a parceria com os serviços de referência é tão preciosa para nós, assim como são os encontros com outros grupos de AT, como este que nos força a pensar e nos apoia a seguir produzindo cuidado em liberdade.

Referências bibliográficas

Aragon LEP. (2007). *O impensável na clínica: virtualidades nos encontros clínicos*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS.

Barth LFB & Silveira VF. (2004). O transitivismo como dispositivo clínico conceitual. *Ágora*, vol. VII, nº 2, pp. 251-263, jul/dez,

Bernardo G. (2019). *Desenhando Bordas Possíveis*. Trabalho acadêmico apresentado na disciplina de Processos Clínicos I. Porto Alegre: Curso de Psicologia da UFRGS (Não publicado).

Comerlato LP. (2018). *O Resto é silêncio? Sobre as possibilidades do trabalho clínico com o desenho*. TCC (Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

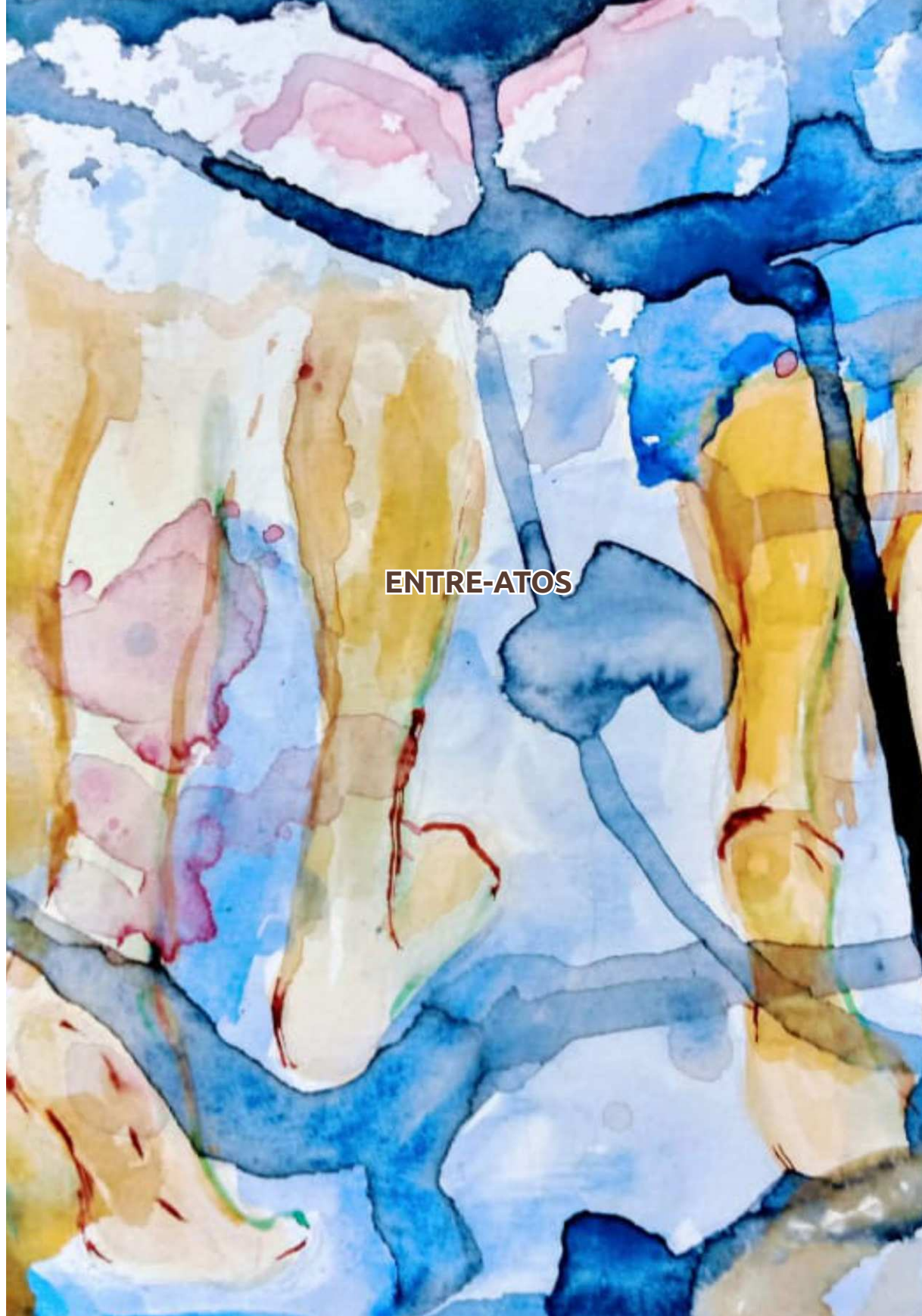
Ezequiel VS, Palombini AL & Pasini VL. (2016). Andanzas por los diferentes tiempos del Acompañamiento Terapêutico: una experiencia en formación. In: Frank ML, Costa M & Hernández D. (Org.). *Clínica en las Fronteras. Caminos del Acompañamiento Terapêutico en lo Cotidiano*. 1ed.Córdoba/Argentina: Editorial Brujas, v. 1, p. 1-25.

Kupfer MCM, Faria C & Keiko C. (2007). O tratamento institucional do Outro na psicose infantil e no autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 2 pp. 156-166.

Orlandi LBL. (2007). Apresentação. In: Aragon LEP. *O impensável na clínica: virtualidades nos encontros clínicos*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS.

Rolnik S. (2016). *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 2a edição. Porto Alegre: Sulina; Editora UFRGS.

Rocha LP. (2015). *Entre passagens: contribuições do Acompanhamento Terapêutico à clínica psicanalítica da adolescência*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



ENTRE-ATOS



Primavera palhaça

Rita Pereira Barboza
(Dulcinóia)

Uma palhaça entra no auditório cheio e ainda em movimento. Poucos a percebem, ela hesita. Carrega consigo uma caixa grande de presente. Uma flauta na cintura. Recebe o abraço caloroso da Sandra. E aos poucos o calor vai chegando. Enfim, chegamos à frente - a palhaça e eu: mesmo corpo, mesma caixa, mesma flauta. E as pessoas. Sempre o frio na barriga. Mas hoje é dia de festa. 20 anos do *AT na Rede*. 20 anos de Analices, Sandras, Veras, Joanas, Marias.

...

Hora do parabéns. Na flauta. Executado com êxito clownesco e risos. Pronto, podemos abrir a caixa - o que sairá desta pandora louca que acompanha vidas e fluxos e vive e resiste?
PRIMAVERA NOS DENTES
Ah, os bonecos... os humaninhos...!

...

PAUSA PARA EXPLICAR OS HUMANINHOS
Uma noite antes, eu, a Rita (inspirada pela Dulci) recortei humaninhos coloridos de papel. Umás semanas antes, eu, a Rita (inspirada pela Analice) li alguns textos produzidos pelos participantes do evento que também são os encarnantes da experiência ATnaRede e escreviam justo sobre suas vivências neste projeto. Uns anos antes, eu, a Rita, conectada à graduação e depois também ao mestrado em psicologia da Ufrgs, experienciei ser *AT na Rede*.

...

Fiz os humaninhos. E eles foram distribuídos pelas mãos de alguns produtores do evento, na entrada do auditório, com a seguinte consigna : escreva neste

humaninho uma palavra que signifique o AT para você.

...

A CAIXA

O que sairá desta pandora louca que vive e resiste nos fluxos intensos e barragens da vida?

TOCA A MÚSICA PRIMAVERA NOS DENTES

Saem humaninhos coloridos de papel.

Com palavras escritas nele.

Palavras de dor. De resistência também. Palavras que li (lemos) nos textos aqueles.

VULNERABILIDADE SOCIAL

NEGLIGÊNCIA FAMILIAR

ABUSO SEXUAL

CRAS

CAPS

VIOLÊNCIA JURÍDICA

INSTITUCIONAL

Aquilo pesa nos dentes e no corpo da palhaça que agora quase chora.

Procura o olhar do público.

Por sorte alguém se levanta ao mínimo gesto de oferta da palhaça quando estende os braços e mãos com um destes humaninhos coloridos que portam palavras de dor.

...

CHEGOU A PARTE QUE DEPENDE MUITO DO PÚBLICO.

E o público? Humaninhos, humaninhas que aos poucos vão tocando-se com a proposta, recebendo, entregando e alinhavando os bonecos de papel. Eu falei do carretel?

...

VAMOS EXPLICAR O CARRETEL.

Também havia dentro da caixa um enorme carretel, um super fio roxo comprido.

Um. Que foi retirado e exposto em cima da mesa.

Eis que então vão os humanos e humanas a fiar aqueles bonecos-palavra-dor-resistência. Alguns entendem a proposta, outros não, mas faz-se o movimento.

O auditório efervesce com pessoas que vão e vêm, forma-se uma fila e outras linhas e diálogos e sorrisos e um pouco de bagunça também.

A palhaça respira entre emocionada e feliz.

...

QUE HORAS FOI A BRINCADEIRA DE RODA?

Não sei. Sei que em algum momento toquei (tocamos) na flauta algumas notas iniciais da música REDESCOBRIR (Gonzaguinha).

E como foi difícil aprender e treinar e executar aquelas poucas notas!

E então enquanto a bagunça louca e bela se dava, tocava ao fundo “Redescobrir” na voz de Elis Regina.

Sei também que não sou (somos?) muito boas de fim.

E não lembro bem como terminou.

Mas posso dizer do que lembro que ecoou.

Um varal de humanos coloridos pendurados em meio às outras lindezas artesanais do *AT na Rede* como um painel feito anos atrás e tudo o mais.

Sem mais,

Agradeço. Agradecemos.

...

SEM MAIS. Este foi um frio corte protocolar que cortou a linha do meu pensamento. Vou (Vamos) dar um pouco mais de vento:

Pensamento-pipa

MEMÓRIAS²⁹

Vai o filho homem fruto da semente

Renascer e ressurgir do sal que está na própria pele

Tudo principia na própria pessoa

Redescobrir o gosto no lambar das línguas

Amor é tão prazer que é como fosse dor!

Referências bibliográficas

Elis Regina (1980). Redescobrir. In: *Saudade do Brasil*. WEA.

Secos & Molhados (1973). Primavera nos dentes. In: *Secos & Molhados*. LP: Continental e CD: Warner Music Brasil.

²⁹ Este último trecho consiste numa evocação ao sabor da memória de fragmentos da música “Redescobrir” (já citada). Por ser memória, não há correspondência fidedigna com a letra, e sim palavras e associações.

A watercolor illustration of a tree. The branches are dark blue and black, with some lighter blue washes. The leaves and flowers are in shades of pink, yellow, and light blue. The background is a mix of light blue and white washes. The text "OUTRAS PALAVRAS" is written in a bold, black, sans-serif font in the center of the image.

OUTRAS PALAVRAS



Tecendo redes clínico-políticas: emergência e experiência do acompanhamento terapêutico, por meio de estágio curricular, na cidade de Fortaleza

Ricardo Pimentel Mélo
(UFC)

Sou um experimentador no sentido em que escrevo para mudar a mim mesmo e não mais pensar na mesma coisa [como] antes. (Foucault, 2010, p. 290).

Escrever “[...] é uma experiência que autoriza uma alteração, uma transformação da relação que temos conosco mesmos e com o mundo... (Foucault, 2010, p. 294).

O Acompanhamento Terapêutico (AT) tem recente história, na sua constituição como modalidade de tratamento clínico. Iniciou-se como uma atividade requisitada por psiquiatras (Reis Neto et al., 2011; Nogueira, 2009), já em apoio ao que, no Brasil, configurou-se como Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, acontecimentos gerados na onda de alguns movimentos, como o da antipsiquiatria, deflagrado por Laing e Cooper, na Inglaterra, a psiquiatria democrática, criada por Basaglia, na Itália, e a análise clínico-institucional, inaugurada por Oury e Guattari, na França (Devera & Costa-Rosa, 2007; Passos, 2009; Agostinho, 2020).

Em seus primórdios, a atividade era realizada, exclusivamente, com “pacientes psicóticos” e sequer por pessoas formadas em alguma área da saúde: eram os assim chamados “amigos qualificados” (Baremlitt, 1997; ARAújo, 2005; Mauer & Resnizky, 1985; Reis Neto, 1995). Entrou no Brasil pelas fronteiras do Sul e do Sudeste. Há que se ir ampliando o alargamento dessas fronteiras, com as genealogias de expansão do AT, sem a pretensão de finalizar uma história, mas a ficcionando, *partindo de uma realidade política, que a torna um acontecimento*

histórico. Escrever sobre essa história permite não mais pensar na clínica como uma mesma coisa de antes do AT, mas sim incrementando

[...] a invenção de táticas e a flexibilização de estratégias em nossos enfrentamentos, no presente, com tudo aquilo que nos aparece com a intensidade do intolerável (na academia, clínica, hospício, hospital, escola, comunidade, vida cotidiana). (Rodrigues, 2000, p. 199).

Pelo menos três acontecimentos importantes antecederam a introdução da modalidade de AT como estágio no curso de Psicologia da UFC e, ao que se sabe, na rede de saúde pública na cidade de Fortaleza. O primeiro ocorreu já com o Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED reativado³⁰: em 2015, acolhemos duas estudantes em “Estágio Supervisionado II: Processos Clínicos e Atenção à Saúde”, pelo interesse de atuarem no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad).³¹ Foi a primeira aproximação do NUCED com atividades clínicas relacionadas ao uso abusivo/compulsivo de substâncias psicoativas (SPA). As atividades que realizaram, durante um ano letivo no CAPSad do Centro de Fortaleza, constituíram-se de atendimentos individuais, acolhimento e participação no Grupo de Redução de Danos (RD), coordenado pelo psiquiatra Rafael Baquit.

O segundo episódio foi importante, por ser a primeira aproximação do NUCED com a clínica na rua: em meados de 2016, firmamos parceria com a “Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas” (infelizmente extinta), à época, coordenada pela Dr.^a Juliana Mara de Freitas Sena Mota (Enfermeira, Especialista em Saúde Mental, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará). Uma estagiária (Kyara Cintya Castelo Barbosa) passou a acompanhar a equipe de “Consultório na Rua”, sob responsabilidade da Coordenadoria, também durante um semestre letivo. A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, como uma modalidade de serviço de atenção primária à saúde, que visava a ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

³⁰ O NUCED é um Programa de Extensão da Universidade Federal do Ceará, vinculado ao Departamento de Psicologia. Com o adoecimento e posterior falecimento da coordenadora e fundadora do NUCED, Prof.^a Fátima Sena, as atividades do Núcleo foram paralisadas entre 2012 e 2013, sendo retomadas a partir de setembro de 2014.

³¹ As pioneiras foram Camila Fonseca Veras e Renata Karla Rodrigues Vieira.

A estagiária integrou a equipe multiprofissional, que contava com enfermeiro, psicólogo, assistente social e auxiliar de enfermagem e, de forma itinerante, exercia a escuta clínica das pessoas, buscando inseri-las na rede de atendimento à saúde e à assistência, conforme a necessidade, em especial, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Destaque-se, nessa equipe, um Redutor de Danos e o Motorista, os quais tinham ótimas estratégias de “chegar junto” das pessoas. Os espaços públicos escolhidos tinham como foco “cenas de uso” de SPA, procurando atender demandas da assistência (como providências de documentos) e de saúde (exames e atendimento terapêutico no local e/ou em um CAPS próximo). Já estavam bem presentes, nesse trabalho, princípios fundamentais a serem respeitados, como o de autonomia de quem era acolhido em conversa e uso das estratégias de Redução de Danos. Iniciava-se, no NUCED e no curso de Psicologia, a itinerância clínica como estratégia de cuidado.

Ainda nesse caminho de destaques, é mister citar um trabalho de pesquisa desenvolvido sob a forma de dissertação de Mestrado por Alana de Oliveira Lima, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Defendido em 2019 e intitulado *Um Estudo de Caso: o Cuidado em Saúde de Mulheres em Situação de Rua em Fortaleza* (Lima, 2019), não foi propriamente uma atividade de AT, porém, também aproximou o NUCED de pessoas em situação de rua e do Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP). A psicóloga participou de atividades, nesse equipamento, interagiu com pessoas lá acolhidas, aproximando-se de duas delas, as quais fizeram parte da pesquisa.

Assim, fomos nos aproximando do AT, participando de um movimento essencial no campo psi, onde múltiplas tecnologias de cuidado têm sido implementadas,

(...) utilizando o deslocamento nos territórios de vida dos usuários tanto com o objetivo de cobrir uma maior extensão territorial, para - numa lógica de busca ativa - alcançar grupos populacionais vulneráveis, quanto para atender às demandas de usuários que não se adaptam aos equipamentos tradicionais de atenção. Podemos citar como exemplo desses grupos populacionais os moradores de rua, as comunidades indígenas de costumes nômades, as pessoas que

usam drogas e que não se adaptam a protocolos clínicos que exigem a abstinência, e os usuários refratários ao atendimento nos serviços de saúde mental (Lemke & Silva, 2011, p. 980).

O AT propriamente dito se iniciou em Fortaleza, por meio de uma parceria entre o Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Prefeitura Municipal de Fortaleza (representada pela Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social - SETRA), em torno do “Projeto Novos Caminhos”³². Este, coordenado pelas duas últimas instituições, tinha por objetivo oferecer qualificação profissional e auxílio-moradia a pessoas que faziam uso abusivo e/ou compulsivo de álcool, *crack* e outras drogas, que viviam em situação de rua no centro da cidade de Fortaleza.

Em 2017, fomos convidados a colaborar com o Projeto: foram abertas seis vagas em Estágio Supervisionado I e II, em “Ênfase Processos Clínicos e Atenção à Saúde”, preenchidas por alunas do curso de Psicologia da UFC, sendo algumas delas integrantes do NUCED. Os objetivos desse envolvimento, para as estudantes, foi: a) proporcionar experiências de atenção integral à saúde dessas pessoas, especialmente as que se envolvem com o uso compulsivo de drogas; b) iniciar ações de AT, como serviço público de saúde fundamental à prática da Psicologia e da Psicanálise. Para as pessoas que passaríamos a acompanhar, o foco foi na construção de um Projeto Terapêutico que incluísse: a) atividades de Redução de Danos; b) ampliação de laços que lhes permitissem sustentação de redes de relações, no cotidiano, em variadas situações; c) lidar com o dinheiro que receberiam, priorizando a compra de alimentos e aluguel de um espaço para morarem; d) incentivar a participação em cursos de qualificação profissional oferecidos pelo Projeto e busca e/ou manutenção de atividade laboral remunerada.

Neste último ponto, em específico, contamos com a parceria que firmamos, incluindo no Projeto o Núcleo de Psicologia do Trabalho (NUTRA), que é também Programa de Ensino, Pesquisa e Extensão do Departamento de Psicologia da

³² Esse foi o nome escolhido pela equipe local para o “Projeto Redes (Projeto de Inserção Social)”, instituído pelo Governo Federal da Presidenta Dilma, através de parceria com a FIOCRUZ, em dezenas de municípios brasileiros, para construção de redes intersetoriais, de base territorial, de cuidado às pessoas que faziam uso abusivo/compulsivo de substâncias psicoativas. No Nordeste, uma das interlocutoras responsável por acompanhar e auxiliar a execução do Projeto era a psicóloga Dr.^a Marcela Lucena, a qual, juntamente com a psicóloga Regina Barroso, contactaram o Prof. Ricardo Mélo, com a proposta de que o NUCED auxiliasse em ações de Redução de Danos. Esse professor propôs a realização de AT. Importante informar que a FioCruz concedeu três bolsas para estagiárias integrantes do NUCED.

Universidade Federal do Ceará (UFC), à época coordenado pelo Prof. Dr. Cássio Adriano Braz de Aquino e pela psicóloga Eveline Nogueira Pinheiro de Oliveira. Promoveram atividades de “reinserção social e laboral de pessoas”, efetivando acompanhamento, análise e avaliação das “vivências práticas” do Projeto, quando os participantes estavam nos estágios laborais previstos, apontando dificuldades advindas tanto dos participantes quanto dos responsáveis nos locais de trabalho e a frustração de alguns em verem promessas de emprego não acontecendo. Estas e outras dificuldades, que foram surgindo, determinaram a finalização de nossa participação. O Projeto tinha duração de seis meses e teve dificuldades de renovação, em função da mudança de governo (momento do Presidente Temer), resultando numa mudança radical nas políticas de saúde mental, criando impasse para esse trabalho. Contudo, como havíamos, desde o início, realizado contatos com dois CAPSad, almejando inserir na rede de saúde alguns dos participantes nesses equipamentos, continuamos o trabalho de AT com esse vínculo específico.

Nosso aceite de colaboração com o “Projeto Novos Caminhos” também se fez em função do protagonismo da Psicologia/Psicanálise, mais especificamente do AT em políticas públicas (Palombini, 2004), como um “dispositivo clínico” da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial (Palombini, 2006). Do mesmo modo, o aceite se fez por ser possível e imprescindível aliar ao AT estratégias de Redução de Danos, na perspectiva indicada por Lancetti (2006), enquanto “ampliação de vida”.

Assim, não se tratava somente de algum foco no uso abusivo e/ou compulsivo de SPA, mas que essa temática não fosse dissociada de uma escuta capaz de buscar a potencialização da vida de quem acompanhamos – e isso se faz com criatividade –, pois focar qualquer atendimento exclusivamente no uso ou abstinência de drogas vai de encontro a isso. Se os atendimentos são focados na droga, não respeitam a vida de quem nos propomos cuidar, não respeitam a amplitude de suas relações e sua autonomia, portanto, são inúteis, do ponto de vista do cuidado em saúde, conforme bem afirma o psiquiatra e psicanalista, criador do Consultório de Rua, Antônio Nery Filho:

(...) o uso de drogas faz parte da vida, desse ou daquele modo; a vida está, também, no uso de uma substância psicoativa. Então,

não acredito, de modo algum, nessas intervenções breves, sem continuidade, sem sentido. (Macrae, Tavares & Rêgo, 2009, p. 303).

Aquilo que poderia parecer, para alguns, uma adaptação ao sistema capitalista, para essas pessoas do Projeto acolhidas por nós, segundo nossa análise, seria uma tentativa de “tocar a vida” em um fluxo que poderia ser caracterizado como parte de sua vida nômade; com mais uma, talvez a mais importante, multiplicação de suas linhas de fuga e criação de novos modos de existência. Alinhávamos ao AT “(...) efeitos que extrapolam as ‘metas adaptativas’, os ‘protocolos institucionalizantes’ e apontam uma dimensão clínica, política e artística da experimentação das relações de força e dos processos de subjetivação aí implicados” (Silva & Silva, 2006, p. 210). A prática do Acompanhamento Terapêutico tem essa dimensão clínico-política, com a “(...) potência de se tomar a cidade como matéria da clínica”, onde ficar “exposto às contingências do espaço público perfaz os fundamentos deste dispositivo clínico” (Godinho & Peixoto Junior, 2019, p. 320).

Neste sentido, os espaços coletivos despontam como cenário privilegiado no qual a prática do AT se desenrola, o que aponta para a dimensão clínico-política desta modalidade de tratamento. Cabe ao acompanhante avaliar as possibilidades de interação com o outro nos espaços públicos, visando situar as intervenções clínicas no interstício das necessidades com os anseios e desejos do sujeito, e ainda, em conjunto com as oportunidades de atuação oferecidas pelos recursos presentes no entorno que circunda o encontro. A luta é, portanto, pela expansão dos limites da clínica, visando com isso, extrair possibilidades terapêuticas a partir do diálogo aberto aos mais diversos campos da existência, no espaço plural e cambiante da cidade (Godinho & Peixoto Junior, 2019, p. 326).

Com a “(...) responsabilidade pela intervenção junto aos mal-estares da cultura”, (Guerra & Milagres, 2005, p. 63), com suas singularidades relacionais e peculiaridades temporais (Silva, 2012), partimos para realizar AT no Projeto “Novos Caminhos”. É oportuno explicar que, destarte o oferecimento de 200 auxílios-moradia, durante seis meses, “para os

usuários que utilizavam álcool e outras drogas e que viviam em situação de moradia de rua”, acertamos, pela nossa capacidade de efetuar um trabalho ético e competente, que seriam acompanhadas por nós doze pessoas (dois acompanhamentos por estagiária). Os acompanhamentos aconteceram em lugares, territórios, localizados no centro da cidade de Fortaleza, onde as pessoas do Projeto já circulavam e onde a maioria havia escolhido morar: “O AT deve favorecer o estabelecimento de laços entre o sujeito acompanhado e o território por ele habitado” (Palombini, 2018, p. 251).

Assim, participávamos de reuniões frequentes com coordenadoras do Projeto (locais e representante da FIOCRUZ) e representantes de equipamentos de saúde e assistência envolvidos. Os critérios para escolha de quem seria acompanhado vieram da coordenação do Projeto, em acordo com o Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), localizado no Centro da cidade: mulheres e homens em situação de rua com filhos eram a prioridade, bem como pessoas mais expostas a situações de violência, como travestis. Os critérios gerais eram: estar em situação de moradia na rua, fazer uso compulsivo de álcool ou outras drogas, desejar deixar de morar na rua. Foram selecionadas 16 pessoas, um pouco além do que sugerimos.

Decidimos introduzir um momento de conversa, que incluiu todas essas pessoas selecionadas. Realizamos a oficina “Práticas de Cuidado em Saúde: Redução de Danos & Acompanhamento Terapêutico”, dirigida pelas estagiárias, na qual, além de explicar a proposta de AT, também conversamos sobre Redução de Danos. Nessa oportunidade, sentamo-nos com cada pessoa presente, esclarecendo ainda mais o trabalho e lhes oferecendo a certeza de que não havia nenhuma condição associada entre participar de AT e receber os benefícios do Projeto. Essa reunião foi importante, pois algumas pessoas, já ali, disseram preferir não ser incluídas em AT. Quem desejou foi cadastrado, para ser, em dia e hora combinados, visitado por nós, em um primeiro momento no local que essa pessoa alugara, enquanto os outros AT seriam onde ela desejasse (por exemplo, em um local público perto de sua atividade laboral ou moradia).

Com o término das parcerias, buscamos manter AT em dois CAPSad, porém, em função das distâncias entre eles e da saída de estagiários

majoritariamente de um deles (por término do curso), mantivemos o trabalho em apenas um (o NUTRA também nos acompanhou). Seguimos o texto, narrando um pouco desse trabalho.

O trabalho desenvolvido no CAPSad

Mudanças ocorreram nessa passagem para o CAPSad: uma foi a impossibilidade de as estagiárias conservarem o uso de coletes de identificação. Por inexperiência, os coletes eram da cor vinho, bordados com o brasão da UFC e logo do NUCED (belos!), mas, ao mudarmos para outro território, o uso do vermelho/vinho estava proibido pelos traficantes de certa organização. Foi um primeiro confronto com a situação vivida por moradores de periferia, cujas vidas são controladas de forma extrema. O AT em periferia deve ter isso em conta. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro, conversamos com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que tinham um mapa do bairro, com legendas, convenções gráficas sofisticadas, indicando locais onde não podiam circular, quais grupos se apossaram do controle de certos locais etc. Obviamente, fotografamos o mapa e seguimos as suas orientações.

Esse CAPSad tinha uma situação singular, em relação a outros, na cidade de Fortaleza. Localizado em uma casa que certamente fora de alguém de muitas posses (cômodos grandes, amplo jardim, piscina, muros altos, dois andares), já mostrava, contudo, sinais de deterioração, devido a políticas de desmonte do SUS. No entanto, sua equipe era como poucas existentes.

Começamos fazendo um mapeamento do território mais próximo do CAPSad, incluindo o mapa advindo dos ACS. Para isso, contamos com a colaboração de estudantes da disciplina “Práticas Integrativas II”, do curso de Psicologia, ministrada pelo então coordenador do NUCED. Assim, descobrimos que o CAPSad se isolava no bairro, já que se localizava no espaço nobre. Não tínhamos equipamentos públicos próximos, como praças e outros espaços de lazer. Até o Centro de Acolhimento Masculino,³³ o qual, obrigatoriamente, tem de manter seus acolhidos em atendimento no CAPSad, ficava a muitos quilômetros, precisando contar com o empréstimo de um veículo da Regional, uma das

³³ O Centro de Acolhimento Feminino ficava ainda mais distante, na fronteira com outro município. Não tivemos a menor possibilidade de parceria com esse CAPSad.

maiores de Fortaleza, para levá-los e trazê-los ao equipamento. Isso nos obrigou a fazer atividade nos dois equipamentos, não dando conta de atuar em um terceiro CAPSad (como citamos acima).

A outra peculiaridade absolutamente a favor de nosso trabalho foi a equipe do CAPSad. Sua coordenadora (psicóloga Larissa Silva Barros), afinada com a luta antimanicomial e favorável às estratégias de RD, recebeu a nossa proposta de AT em reunião com toda a equipe.³⁴ As outras duas psicólogas que lá trabalhavam (Luma Melo e Olga Nogueira), imediatamente, se dispuseram a ser preceptoras, marcaram reunião para sugerir pessoas ao AT e para nos contar, com detalhes, sobre as atividades desse equipamento, que tinha vários grupos funcionando (“Grupo de Percussão”, “Grupo de Mulheres”, “Grupo de Autoestima”, “Grupo Corpo e Movimento”, “Grupo de Família”, “Grupo de Acolhimento”). As oficinas que propusemos foram todas acolhidas, e ainda contamos com a colaboração do farmacêutico, Davi Wayne, o qual mantinha um grupo de percussão, na perspectiva de ampliar as ações do CAPSad em RD. Todo esse clima no equipamento foi fundamental.

Após cerca de um ano e meio de trabalho, pouco antes da pandemia de COVID-19, praticamente toda a equipe foi trocada, inclusive a coordenadora, de modo que nosso trabalho ficou bem prejudicado, pois mudou também a perspectiva em saúde desse CAPSad, passando a ser mais alinhado a atendimentos focados no uso de SPA. Todas as oficinas efetuadas nesse CAPSad e no Centro de Acolhimento Masculino foram descritas em outros trabalhos e no *blog* do NUCED: “Oficina de pães: Vai ser Massa”; “Oficina da Boa Viagem: Cuidados em Saúde - DSTS/AIDS e Drogas”; a oficina “Uma vida dentro de sapatos: a poesia como forma de cuidado” (realizada no Centro de Acolhimento, inspirada no poeta Mário Gomes, que habitava as ruas do centro de Fortaleza) etc. (cf. Mélo, 2019a; Mélo, 2019b; Mélo et al., 2020). São atividades que julgamos necessárias, no equipamento, para interação com a equipe e pessoas que são lá cuidadas, também importantes como momento de formação, além de permitirem a sustentação do trabalho de AT.

No cuidado em Psicanálise, em relação às chamadas “toxicomanias”, importa o uso que cada sujeito faz, no enlaçar e desenlaçar das redes relacionais, as quais inventam sua vida singular. Não é diferente no AT, cuja “queixa principal”

³⁴ Uma vez por mês, ocorria Assembleia do CAPSad, com a participação dos todos trabalhadores dos serviços, usuários e alguns de seus familiares (representantes da comunidade).

é o uso abusivo de SPA. Novamente enfatizamos que não se trata de discutir uso ou abstinência, porém, de perguntar: qual a “dependência” em jogo? Qual a função da droga para cada um? É isso que possibilita reconstruir a história de quem acompanhamos e seus laços sociais (Silva, 2010, p. 91).

Vinhetas Clínicas de AT³⁵

Após percorrermos a história do início de AT, em Fortaleza, por meio de estágios acadêmicos curriculares, esclarecendo a perspectiva adotada nesse processo, com foco na ética do cuidado de si e de outros (Méllo, 2018), em prática psicanalítica como dispositivo clínico-político (Palombini, 2006) e utilizando estratégias de RD que não são dicotômicas/binárias, de sorte a separar a vida em geral do uso de substâncias psicoativas (Lancetti, 2006), passaremos a dar exemplos dessa atividade. A fim de elucidar a diversidade de AT que se faz a cada uso desse dispositivo, apresentaremos duas vinhetas clínicas: a) Um homem que fazia uso compulsivo de álcool e foi diagnosticado como tendo “demência senil”, sendo considerado inválido e impedido de continuar o AT, o único momento no qual podia exercer alguma autonomia e cuidado de si; b) Uma mulher que fazia uso compulsivo de álcool e parou, em função de seu parceiro, com o objetivo de manter o laço com ele.

Como bem compreendemos, o saber psicanalítico não se alicerça na observação que se pretende representativa de alguma realidade fenomenológica, todavia, ampara-se na escuta de efeitos inconscientes que se fazem atuantes na vida humana, compondo um sujeito singularmente. Assim, seguem essas duas vinhetas clínicas,³⁶ as quais constituem uma apresentação estratégica particular, relacionando atuação clínica e construção de teoria, também fundamentais em AT, nesses dois casos, com a intenção de que o termo Acompanhamento apareça em suas diferenças, em relação a uma clínica (terapêutica) tradicional.

³⁵ Participaram dos estágios em AT, de 2017 até 2020: Amanda Araújo Mendes, Antonia Jessica Araújo Brito, Carolina Castro e Veras, Júlia Alves Dias Ribeiro, Juliana da Silva Pinho, Kyara Cintya Castelo Barbosa, Lena Iorio Dias, Lia Barrocas Conde, Maria Aline Mendes Costa, Mariana Brito Silva, Natália Sousa Barros, Pedro Henrique Capaverde, Saiane Silva Lins, Taiane Pereira da Silva, Tércila Silva de Lima, Thais Nunes Forte, Thamyllis dos Santos Lima.

³⁶ A psicóloga Dr. Juliana Sampaio, integrante do NUCED, participou das supervisões de AT à época em que foram realizadas e colaborou com a escrita das vinhetas.

Vinheta 01: “O AT resiste ao domínio colonizador do saber médico que tenta impedir a fluidez da vida.”

AT realizado em 2019. “X” tinha 57 anos; trabalhava como ambulante no centro da cidade; possui Ensino Médio; casado; relatou um filho. Foi acompanhado quatro vezes antes de uma suspensão drástica de seu AT. Foi-nos encaminhado por uma psicóloga do CAPSad, a qual, sensivelmente, percebeu que o AT poderia ser eficaz no seu cuidado em saúde. Tratado por profissional médica, até então exclusivamente, foi diagnosticado com “Demência e Síndrome de Wernicke-Korsakoff (síndrome neuropsiquiátrica associada à carência de vitamina B1- tiamina, frequentemente causada por consumo excessivo de álcool e má alimentação). Compareceu aos três atendimentos iniciais no CAPSad, com sua esposa, que quis estar presente na conversa com as estagiárias, mas foi orientada a esperar fora da sala de atendimento. O último atendimento foi em um espaço fora do CAPSad. Foi internado em clínica psiquiátrica, tentou suicídio, estava sem ingerir bebida alcoólica desde então (dois anos). Relatou que tinha muitos esquecimentos e não podia andar sozinho, porque se perdia. Por isso, só saía acompanhado da esposa, sua responsável legal, e por onde ela determinasse. Começou a participar de grupos no CAPSad, mas acabou se desligando, por faltar muito, alegando essa dependência da esposa para se fazer presente. Reclamou da vida enfadada, se sentia “dentro de uma gaiola”, “com vontade de sair sem rumo”. Também reclamou da medicação: “dá zumbido, meus pés ficam gelados”; “vivo com sono”. A esposa, apoiada pela médica que o atendia, disse que o “vigiava” e que “não valia a pena atendimento, porque ele é demente e não lembra o que fez ontem”. Em mais esse caso, o AT propôs práticas de cuidado de si que rompessem com redes de obediência servil. Uma coisa é reconhecer os efeitos nocivos advindos do uso compulsivo do álcool, que, nesse caso, favoreceram lapsos de memória; outra coisa é tornar isso momento de cisão de um sujeito com possibilidade de ter vida digna e fluída.

O último atendimento antes de “X” ser impedido de continuar, pela esposa e pela chegada da pandemia, foi feito, a seu pedido, no Zoológico da cidade. Mesmo sendo distante de sua casa, “X” chegou só. A escolha do local foi justificada por ele: “aqui consigo me associar, me ligar”; “é difícil ir a locais que não conheço”. Foi um momento de pouca conversa com a estagiária que o acompanhava. “X” ficou muito tempo em silêncio, mas verbalizou o suficiente para que se reconhecessem os acertos dos rumos do AT: “aqui lembro da minha infância no interior”; “tenho paz”. Para quem só se reconhecia como esquecido, lembrou; para quem reclamava de constante angústia, teve paz. Circulando pelo espaço, “X” interagiu com um funcionário do local, conversando sobre plantas, lembrando dos nomes de algumas. Por fim, pediu para sentarem perto de um riacho, dizendo, mais uma vez, que o lugar parecia com o “interior onde viveu”.

O anseio de “X” é por se desprender das amarras da subjugação de um diagnóstico que o aprisiona integralmente, apoderando-se de seu espaço vital. Encontrou no AT a independência e o acolhimento que não tinha, nem no âmbito familiar, nem mesmo no próprio CAPSad (já que quem o atendia, médica, representa esse equipamento). O AT, mesmo em seus momentos iniciais, teve efeito de inverter forças, as quais impediam a vontade de potência e do desejo afirmativo diante da vida: resistente à gaiola aprisionante e à camisa de força diagnóstica, “X” enlaçou-se em linhas que se conectavam, pouco a pouco, com alguma fluidez da vida, mesmo com limitações advindas do efeito de verdade aprisionante sobre ele, de que não poderia mais construir-se singularmente.

Veio a pandemia e o fechamento do CAPSad. A esposa de “X” não atendia o celular, nem respondia às nossas mensagens. As forças de morte, em um momento político tão favorável a elas, persistiram, deixando frustração pela interrupção do AT. Por outro lado, tivemos a certeza de que, no fluir do riacho, a vida de “X”, naquele momento, voltara a ter alguma fluidez: rememorou a infância e viveu no presente a sensação de liberdade que tinha perdido. O AT prometia

seguir, de modo importante, no cuidado de “X”. Eis o dispositivo clínico-político em ação.

Vinheta 02: “Suspeitas quase confirmadas, que impulsionam a volta à vida.”

AT realizado de 2017 até 2019. “Z” é uma mulher negra de 54 anos, com Ensino Fundamental incompleto, que trabalha revendendo cosméticos e roupas. Chegou ao CAPSad por fazer uso compulsivo de bebida alcoólica. Casada desde os 17 anos, teve dois filhos, a mais nova morreu com um ano e meio de idade e o outro filho tem 34 anos. “Z” relatou que seus pais faziam uso compulsivo de álcool, morreram há mais de 16 anos e ela foi a responsável por seus cuidados até a morte deles. Sua mãe e uma de suas irmãs morreram de cirrose. Sua mãe teve 24 filhos, mas apenas 7 sobreviveram até a vida adulta. A infância de “Z” foi marcada pelo uso abusivo de álcool dos pais e pela violência doméstica constante, sofrida pela mãe.

Foi encaminhada para o AT pela psicóloga do CAPSad, sob alegação de que “Z” estava bem, “em abstinência há mais de 6 anos”, mas se recusava a ter alta e deixar o equipamento. A queixa de “Z”, no início do AT, é centrada na mudança da sua relação com o marido, que sempre foi distante e com pouco diálogo, mas que nos últimos tempos deixou de apresentar gestos de afeto. Esse relacionamento se iniciou quando ela era muito jovem, e seu marido ainda era casado com outra mulher, com quem tivera um filho. O começo do seu casamento é marcado pela violência doméstica e o uso abusivo de álcool, por ela e pelo marido, que está há mais de 20 anos em abstinência.

Sua rede relacional é centrada nos cuidados do lar e do marido, sendo o CAPSad um importante ponto de apoio. “Z” também frequenta, levada pelo marido, reuniões dos Alcoólicos Anônimos (A.A.), onde há rituais de arrependimento e perdão, porém, ela afirma não

conseguir perdoar o pai e o marido, pelas violências físicas sofridas, a mãe, pela vergonha provocada, quando estava bêbada, e a cunhada, por acusá-la de negligência em relação à morte da sua filha bebê.

“Z” relatou que parou o consumo de bebida alcoólica após ser internada em um hospital por problemas no fígado e o médico afirmar que ela quase ia a óbito. Associa a sua recuperação e decisão de abstinência ao apoio dado pelo seu marido, nesse momento e posteriormente, quando a levou para o CAPSad e para o A.A.: “sem os tratamentos, eu teria bebido até morrer, como minha mãe”. A família de “Z” repete o ciclo de violência doméstica e uso abusivo/compulsivo de álcool.

O AT de “Z” principiou em andanças nas proximidades do CAPSad, todavia, a pedido dela, passou a ser feito em um parque da cidade e, depois, em uma praça no centro. No parque, “Z” caminha pelas trilhas e, ao ver diferentes árvores frutíferas, relata sobre a infância difícil, mas também divertida com irmãos, e conta, pela primeira vez, as agressões cometidas pelo marido, no início da relação deles e as agressões perpetradas por seu pai. E tem um primeiro momento de compreensão importante sobre o uso da bebida: “beber era uma forma de adquirir coragem para conviver com tanta violência”. Assim, “Z” começa um processo que desvia a centralidade da droga, em sua vida, entendendo o seu uso: o ciclo de uso compulsivo por tantas mulheres, em sua família, não advém de uma espécie de “quimicaria genética”, mas de uma herança dolorida de violências extremas: desde sua mãe, essas mulheres bebem para suportar a violência doméstica e o peso de serem mulheres, em uma sociedade marcada pela desigualdade de gênero mortífera. Eis o AT, proporcionado a recomposição da vida, em dois movimentos, em uma nova economia libidinal: um movimento que desterritorializa a centralidade da droga como mal em si, e outro que favorece a recomposição da força vital de resistência à mesmice.

No plano macro, esse AT revela que uso abusivo/compulsivo de SPA por mulheres se faz sintoma social de um “mundo masculino” violento, o qual tem como possibilidade de fuga o uso de drogas, para aplacar o mal-estar da realidade adoecedora na qual estão inseridas. No cuidado de si, no AT, “Z” cartografa sua vida, relembrando e elaborando, a fim de exercer a autonomia da experimentação de suas composições vitais.

Pelas trilhas do parque, “Z” passa da suspeição à certeza de que seu marido tem outra família, um processo lento e doloroso, que durou um ano e meio, sublinhando seu investimento no reconhecimento de “várias provas” que estavam ali “há muito tempo” e, como ela diz, “eu tinha medo de reconhecer e voltar a beber e morrer”: fotos no celular, postagens em redes midiáticas, comprovantes de contas que não eram de sua casa etc. E um símbolo que, só após o AT, “resolveu ver de perto”: pegara a aliança do marido (com quem nunca casara), usada como símbolo de casamento, e viu inscrições que não eram seu nome. Assumindo mais uma dor, diz às estagiárias, após anos de relacionamento: “nesse tempo todo eu era a outra”. Novamente, as estagiárias mobilizam a psicóloga do CAPSad que a acompanhava em grupo, para intensificar o suporte àquela mulher, que agora é “outra”, de sorte que esse movimento de quase desterritorialização absoluta não desagüe na fluidez da bebida alcoólica. “Z” estava vivendo intensamente a fluidez da própria vida, fluxo desterritorializante que desestabiliza e que pede passagem para algo novo se compor nela. As estagiárias visitam-na em casa, conversam com seu filho e amiga próxima, reativando laços, promovendo reencontros.

Um novo AT acontece, em um parque público, referência de passeios infantis para toda a cidade e para “Z” também. Ela fala intensamente: de sua infância; da escola próxima dali que abandonou pela precária situação socioeconômica; de uma prima com quem estudou e era muito próxima e com quem gostaria de retornar a falar etc. “Z” deseja a ampliação e a circulação do seu corpo por outros espaços da cidade, estendendo também as fronteiras de sua vida contida e já planejando algumas possibilidades de futuro.

Em novo AT, pela primeira vez, passa a chamar aquele homem (com quem ela se juntara, fugindo de casa e da ira de seu pai) de “ex”, recordando o período em que não era casada, sentia-se livre e ia para festas beber e dançar com as amigas. Passa a relatar sonhos em que está bebendo. Esse saudosismo do vivido e a idealização do que poderia ter vivido, associado a um gozo sem limites, faz com que seja marcada uma reunião com a equipe do CAPSad. Frisamos a importância da construção de uma rede de proteção, para amparar “Z”, nessa situação de nem esposa/nem amante, sem bordas. Surge o receio de que, sem essa rede, o único amparo de “Z” seja o retorno à bebida, repetindo a solução das mulheres de sua família, as quais beberam como tentativa de aplacar o mal-estar de viver.

Em seus últimos acompanhamentos, a equipe do CAPSad reconhece que ela precisa de cuidados, mesmo sem ingerir bebida há anos, e pelos motivos de não desejar ir embora ainda. Os últimos momentos do AT se fazem no pedido de “Z” para que seja realizada uma reunião com o ex-marido e ela, para uma “última conversa”: “preciso ouvir da boca dele sobre a outra família”, sem que ele, como de costume “responda brincando e dizendo que é tudo ideia da cabeça dela”. Pede a mediação do CAPSad, com um suporte importante, temendo o retorno de alguma situação violenta. A essa altura, já participa de feira de venda de roupas usadas e cosméticos, tendo renda e liberdade para recompor sua vida: experimenta-se em territórios abandonados, devir-mulher.

Ainda algumas palavras finais

Por meio desse percurso histórico-teórico-prático, reiteramos a ação central do AT, na intensa presença de quem o faz, em atitude corajosa de sustentação da clínica, em sua ampla liberdade, desde que em ética de cuidado que não abre mão da autonomia de quem acompanhamos. Assim emergiu o AT na cidade de Fortaleza, aliando esse dispositivo à arte de viver pulsantemente criativa. Seguimos experimentados pelo AT, que entrelaça corpos, os quais se solidarizam em um levante, contra forças que os querem docilizados.

Referências bibliográficas

- Agostinho LD. (2020). Guattari e a Psicoterapia Institucional. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. XXIII, n.1, jan./abr.
- Araújo F. (2005). Do amigo qualificado à política da amizade. *Stiles clin.* [online], v. 10, n. 19, p. 84-105.
- Baremlitt G. (1997). Amigos qualificados... ou acompanhantes terapêuticos? In: EQUIPE DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DO HOSPITAL-DIA A CASA (org.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo, SP: EDUC, p. 177-182.
- Devera D & Costa-Rosa A. (2007). Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. v. 6, n. 1.
- Foucault M. (2010). *Ditos e Escritos IV – Repensar a Política*. Organização, seleção de textos e revisão técnica de Manoel Barros da Motta; tradução de Ana Lucia Paranhos Passos. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Godinho DM & Peixoto Junior CA. (2019). Clínica em movimento: a cidade como cenário do acompanhamento terapêutico. *Fractal*, Rev. Psicol., v. 31, n. 3, p. 320-327.
- Guerra AMC & Milagres AF. (2005). Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos da Clínica*, [S. l.], v. 10, n. 19, p. 60-83. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/169976>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- Lancetti A. (2006). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lemke RA & Silva RAN. (2011). *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21 n. 3, p. 979-1004.
- Lima AO. (2019). *Um estudo de caso: o cuidado em saúde de mulheres em situação de rua em Fortaleza*. 2019. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza.
- Macrae E, Tavares LA & Rêgo M. (2009). Entrevista realizada com o Prof. Antônio Nery Filho. In: Nery Filho A. et al. (org.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, p. 283-305.

Mauer SK & Resnizky S. (1985). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos*. São Paulo: Papirus.

Méllo RP. (2018). *Cuidar? De quem? De quê? A ética que nos conduz*. Curitiba: Appris.

Méllo RP. (2019a). Processos formativos em itinerâncias e grupalidades, transversalizadas pelo cuidado de si e do outro. In: Medrado B & Teti MM. (org.). *Problemas, controvérsias e desafios atuais em Psicologia Social*. Porto Alegre: Abrapso, p. 226-240.

Méllo RP. (2019b). Cuidados em saúde com arte-vibrátil: os estranhamentos criativos. In: Matos LS. (org.). *Brinquedos de Saúde: experiências de educação e cuidado na produção da vida*. Belém (PA): EDUFPA/Paca-Tatu, p. 231-248.

Méllo RP, Sampaio J, Barros N, Lima TS & Castro e Veras C. (2020). Uma Composição Experimental do Guia GAM: favorecendo vidas pulsantes. *Rev. Polis e Psique*, v. 10, n. 2, p. 227-246.

Nogueira, A. B. (2009). O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 204-222, ago.

Palombini AL. (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115-127, set.

Palombini AL. (2018). 25 Anos depois um pouco da estrada. In: Paulon SM, Oliveira CS & Fagundes SMS. (org.). *25 anos da lei da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Comissão de Saúde e Meio Ambiente, p. 245-261.

Palombini AL et al. (2004). *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a Clínica em Movimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Passos ICF. (2009). *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Reis Neto RO. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. 1995. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia.

Reis Neto RO, Pinto ACT & Oliveira LGA. (2011). Acompanhamento Terapêutico: história, clínica e saber. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 31, n. 1, p. 30-39.

Rodrigues HBC. (2000). À Beira da Brecha: uma história da análise institucional francesa nos anos 60. In: Amarante P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 195-256.

Silva AST & Silva RN. (2006). A Emergência do Acompanhamento Terapêutico e as Políticas de Saúde Mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 26, n. 2, p. 210-221.

Silva JR. (2010). *A clínica psicanalítica das toxicomanias*. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise.

Silva MM. (2012). Freud e a atualidade de “O mal-estar na cultura”. *Analytica*, São João Del-Rei, v. 1, n. 1. p. 45-72, jul./dez.



Produzir fissuras até ruir muros coloniais-manicomias: apostas éticas para acompanhamento terapêutico antimanicolonial

Itauane de Oliveira
Sharyel Barbosa Toebe
Cristiane Knijnik
Rafael Wolski de Oliveira
(UNISINOS)

Introdução

Nascida da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores do campo da saúde, o Movimento de Luta Antimanicomial é um importante processo de transformação do cuidado e atenção em saúde mental em nosso país, que culminou no que hoje chamamos de Reforma Psiquiátrica brasileira. Além das importantes mudanças no campo da saúde, a Luta Antimanicomial também produziu importantes deslocamentos no social, oferecendo novas compreensões sobre a loucura e o sofrimento psíquico, resgatando a cidadania e a circulação social das pessoas que vivem essas experiências. Contudo, apesar de tantos avanços e conquistas, a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira se veem, atualmente, sob constante ameaça e ataque. Mudanças arbitrárias na lei, cortes de investimentos e precarização dos vínculos de trabalho são apenas alguns dos retrocessos que estamos vivenciando nesse duro cenário que se apresenta, mostrando-nos que, mesmo após 30 anos de história, o campo da saúde mental ainda é um território de disputas.

Temos encontrado nas Residências em Saúde Mental coragem para seguir as lutas pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e das práticas antimanicomiais neste contexto de destruição de conquistas democráticas. As experiências da Residência em Saúde Mental, ao se localizarem entre formação e prática profissional, alimentam o fazer-pensar com questões encarnadas no

cotidiano da vida. Neste sentido, muitas vezes trazem para o território em disputa questões urgentes e ainda silenciadas.

Esta escrita parte do desejo de compartilharmos algumas das inquietações e desassossegos que nasceram dos encontros produzidos pela experiência na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade do Vale dos Sinos. Desse modo, a partir de fragmentos dos diários de campo e excertos de dois Trabalhos de Conclusão de Residência, construímos alguns questionamentos referentes aos vestígios coloniais-manicomias que encontramos em nossos caminhos como acompanhantes terapêuticas, bem como os desvios produzidos a partir dos encontros proporcionados através desta prática. Povoamos esta escrita com narrativas esperando que elas nos socorram do perigo da história única (Chimamanda 2019).

Muros coloniais-manicomiais

Do que são feitas as nossas práticas? Vestígio. Resto. Rastro. Traço. O que compõe a nossa prática? Teorias, é claro. Mas não só. A nossa prática também é feita dos vestígios. Vestígios daquilo que fica dos encontros, das vidas que nos atravessam, que nos invadem. Vestígios das narrativas que conosco são compartilhadas, das dores que são divididas, das incertezas, dos movimentos. Vestígios daquilo que sou, daquilo que eu era, daquilo em que venho me transformando. Vestígios. De um passado-presente colonial, que tenta nos cristalizar em posições sociais pré-estabelecidas. Que tenta criar espaços de habitação onde apenas alguns corpos são convidados a entrar. Onde apenas algumas vidas são passíveis de existência. Espaços. Divisões. Segregações. Algumas vezes simbólicas, algumas vezes concretas. Vestígios. De uma herança violenta. De uma prática violenta. Tudo isso tão explícito nos espaços de um serviço como um CAPS. Não se vê os corpos negros habitando a sala da equipe. Não há nenhuma negra/negro na equipe de técnicos. Mas os profissionais que são terceirizados e que trabalham na vigilância, na limpeza e na cozinha são todas/os negras/negros. Espaços. Divisões. Segregações. Vestígios. Há algo muito errado nessa cena. Só não vê quem não quer. Ou melhor, só não vê quem não pode ver, quem não consegue

ver, quem não deseja ver tudo que compõe as nossas práticas, e que a gente insiste em fingir que não. É a cegueira colonial que nos atravessa (Diário de Campo de Itauane).

A história da loucura no cenário brasileiro guarda marcas e memórias que radicalizam o controle do corpo da mulher e das pessoas negras, estando esse controle intimamente conectado com o sexismo e o racismo estrutural. Sabe-se que a população encarcerada nos manicômios, antes do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, era predominantemente de mulheres negras, ficando evidente que a criação em larga escala de manicômios - que se deu após o final do período imperial - estava atrelada à necessidade de exclusão social de determinadas pessoas (Bento, 2002). Muitos dos hospitais psiquiátricos, como o Hospício São Pedro, em Porto Alegre - RS, foram construídos num período próximo à abolição da escravatura no Brasil, sendo que as teorias utilizadas na época eram imbuídas de preconceito racista e sexista:

Na base da pirâmide, ocupando a posição de mais radical aniquilamento, estão as mulheres negras. Portadoras desta dupla condição, são vistas e tratadas pela medicina alienista como portadoras de uma dupla inferioridade que as torna mais próximas da natureza que da condição humana. “Estigmas físicos de degeneração muito acentuados: é um perfeito tipo de símio” — afirma o alienista, condensando nesta frase um diagnóstico que equivale a uma condenação perpétua. Neste contexto, maiores explicações parecem desnecessárias: a degeneração e a loucura são inerentes à visão “animalizada” das negras, tornando sua presença no hospício uma contingência quase “natural” (Cunha, 1986, p. 124).

Neste sentido, apesar dos inegáveis avanços decorrentes do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, com o desmantelamento dos hospitais psiquiátricos e a criação dos serviços substitutivos ao manicômio, sabemos que a lógica manicomial não é algo que se restringe aos muros e paredes destes hospitais psiquiátricos, mas é algo que segue sustentando muitas das nossas práticas, bem como os nossos processos de subjetivação. Para Machado e Lavrador (2001), esses desejos de manicômio se manifestam através “de um desejo em nós de

dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar” (p. 46), expressando-se numa “racionalidade carcerária, explicativa e despótica” (p. 46). Dessa forma, os manicômios mentais, assim como a lógica colonial, fazem-se presentes e se reinventam nos cotidianos dos serviços, muitas vezes sendo mantidos em nome de um certo (des)cuidado.

Nesta direção, consideramos, conforme aponta Angela Davis (2016), que as prisões, os espaços de cumprimento de medidas socioeducativas e os manicômios, em seus múltiplos formatos, são instituições essenciais na sustentação da sociedade capitalista. Para Basaglia (2010), os manicômios – seja como instituição, seja como uma série de disciplinas que colocam as questões de saúde mental enquanto desvio e periculosidade – surgem e ganham legitimidade no seio do sistema capitalista, servindo como meio de exclusão dos sujeitos que perderam a sua força produtiva. Assim, o manicômio, em seus múltiplos formatos, é uma instituição de violência, reprodutora das opressões/explorações de gênero, raça e classe, ocupando uma função importante na manutenção e perpetuação do capitalismo.

Desse modo, é necessário atentar-se para a importante intersecção que há entre as instituições prisionais e a violência policial que se volta para as pessoas negras, assim como com os hospitais, instituições psiquiátricas e a indústria farmacêutica, “sendo estes componentes essenciais e historicamente estratégicos na relação com aqueles considerados parte das populações excedentes, descartáveis” (Pereira & Passos, 2019, p. 28). Diante desse contexto, as pessoas negras e pobres são rapidamente marcadas como as pessoas que “sobram”, que devem ser contidas, presas, “livrando a sociedade de seus elementos críticos” (p. 28), seja através do aprisionamento penal ou das hospitalizações psiquiátricas, ou no cenário atual, das internações em Comunidades Terapêuticas (Pereira & Passos, 2019).

Assim, compreendemos que não podemos deslocar as práticas manicômias da lógica que rege a nossa sociedade como um todo, pois os desejos de manicômio, em suas diversas facetas, são reprodutoras das contradições e da violência decorrentes da máquina capitalista e do racismo estrutural fundante da sociedade brasileira, estando “atrelada ao mesmo cenário político que comporta o alvejamento de famílias” (Pereira & Passos, 2019, p. 28), que permite que Ágatha Félix, de apenas 8 anos, seja morta por armas e balas do Estado. Desse modo, compreende-se que a própria história dos manicômios e da psiquiatria brasileira esteve aliada à

perpetuação da morte, desumanizando as vidas negras a partir de seus dispositivos e, através deles, ajudando a recrudescer as opressões de gênero, raça e classe. Como nos aponta Silveira et al. (2018), “a negligência que mata corpos negros percorre a história do Brasil, em todos os espaços, principalmente os de segurança e saúde” (p. 36), de forma que não podemos continuar ignorando estas questões.

É importante atentar para o fato de que o discurso da Reforma Psiquiátrica acabou concebendo um modelo de “sujeito louco” universal, construindo a ideia de que as nossas práticas em saúde deveriam trabalhar na direção do resgate da cidadania e da reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico, sem questionar quais outras intersecções atravessam as vidas desses sujeitos. Desse modo, passamos a nos questionar: como podemos trabalhar no sentido de reivindicar a cidadania de alguém que nunca foi reconhecido em sua alteridade pela sociedade? Como trabalhar no sentido de resgatar a reinserção social de alguém que é alvo constante da violência de Estado? A Luta Antimanicomial, como um todo, negligenciou historicamente tais aspectos e, na ânsia de mudar as práticas violentas dos manicômios, reproduziu novamente a falácia do sujeito universal em seu discurso, excluindo ou minimizando em seu debate as questões de raça, classe e gênero. Acabamos elencando a loucura como o principal elemento que opera na exclusão do sujeito louco da sociedade, ignorando o fato de que há outras opressões que atravessam as vidas e a circulação social destas pessoas.

Neste sentido, torna-se muito importante para a Reforma Psiquiátrica brasileira lançar mão do conceito de interseccionalidade enquanto ferramenta analítica, não no sentido de hierarquizar as opressões, mas de compreendê-las em relação. Afinal, será que não há diferença entre o modo como a sociedade enxerga e percebe uma pessoa branca e uma pessoa negra acometida por aquilo que compreendemos como loucura em nossa cultura (sendo que hoje podemos pensar que a figura do louco em nossa sociedade é personificada pela/o usuária/o de crack)? E o gênero? E a classe social? Não são marcadores importantes nessa análise?

Diante de tudo isso, questionamos: O que sustenta as nossas práticas como at’s? São esses vestígios coloniais-manicomiais que as sustentam, mesmo em tempos de Reforma Psiquiátrica em curso? Que lugar os nossos saberes ocupam na manutenção do racismo e machismo estruturais na sociedade brasileira? Na

transposição do velho modelo colonial manicomial do hospício, como seguimos reproduzindo a exclusão e o preconceito nos serviços substitutivos, no cuidado em liberdade? O quanto conseguimos avançar e pensar o engendramento das questões de gênero e raça na produção do sofrimento psíquico? Quais práticas discursivas racistas ainda sustentamos com os nossos fazeres? Entendemos que, enquanto não levarmos essas questões para os nossos cotidianos, como trabalhadores da saúde mental, continuaremos sustentando os pactos narcísicos (Bento, 2002) e continuaremos ensurdecidos pela colonialidade que nos habita.

Como produzir fissuras na colonialidade da escuta e dos encontros terapêuticos?

Quando chego na escola tem um homem em frente ao portão. Entre a batida dos metais cadeado-portão para que produza o som-campainha, que anuncia que alguém deseja entrar, e o momento em que outro alguém vem abrir, inicio uma conversa com aquele homem, que vai mostrando um sorriso largo. Veio para matricular-se. Vamos para a sala de acolhimento e pego os papéis para fazer sua escuta inicial. [...] No momento em que pergunto sobre como foi para a rua e desde quando está em situação de rua (assim como aprendi fazê-lo) ele desvia do assunto. Depois, quando retomo esta questão, ele me fala, com um sorriso de quem ri da minha branca ingenuidade: “sempre estive na rua. Desde criança, fui criado na rua.” Conta que entre o barraco de sua família e a rua não havia uma separação, não tinham portas e janelas para fechar. “A rua sempre foi minha casa” (Diário de Campo de Sharyel).

Chimamanda Adichie, escritora nigeriana, em sua conferência sobre “O perigo da história única”, transformado em livro posteriormente (2019), narra de forma muito potente o perigo de uma história única, contada apenas por uma ótica, por uma perspectiva, sendo que essa perspectiva geralmente é a do colonizador. A escritora narra a estranha curiosidade que sua colega de quarto americana tinha em relação aos seus hábitos de vida, como se Chimamanda fosse muito “exótica”, muito “diferente” da construção daquilo que é considerado,

a partir da norma imposta pela branquitude, o sujeito universal. Assim, a sua colega ficava o tempo todo procurando algum vestígio que denunciava essa “exoticidade”, na procura de demarcar a outridade de Chimamanda. Inspirados no alerta sobre este perigo da história única, questionamos se a postura que assumimos como trabalhadores de saúde, muitas vezes, não é a mesma coisa que a colega de quarto de Chimamanda assume. Colocamo-nos a investigar, procurar, escavar até encontrar possíveis vestígios que cristalizem, em lugares coloniais-manicomiais comuns, as narrativas das pessoas que acompanhamos. E, com esses vestígios coloniais-manicomiais, construímos narrativas de vida, que muitas vezes ganham status de história única, seja nos serviços de saúde, na política de assistência social ou mesmo no judiciário. É aí que mora o problema, pois Chimamanda nos aponta que um dos perigos dessa única história é que ela cria estereótipos, muitas vezes fundados em fatos e acontecimentos reais, mas incompletos e insuficientes para explicar toda a complexidade que reside em uma vida. Dessa forma, não estaríamos nós reduzindo vidas em narrativas incompletas e insuficientes? Não estaríamos contando apenas a nossa versão da história, pelas lentes e óticas coloniais-manicomiais?

Esse processo de colocar as pessoas brancas em uma dimensão de hegemonia e poder é sustentado pelo que Bento (2002) nomeia de pacto narcísico – um “acordo tácito entre os brancos de não se reconhecerem como parte absolutamente essencial na permanência das desigualdades raciais no Brasil” (p.2). Desse modo, torna-se urgente reconhecer que esse pacto narcísico se faz presente no cotidiano dos serviços de saúde mental brasileiros, sendo colocado em prática através de intervenções em saúde colonizadoras-manicomiais, como a escuta instrumentalizada com apenas uma versão da história, por exemplo. Tais práticas operam no sentido do que Carneiro (2003) chama de sequestro da razão, pois negamos a racionalidade do Outro, colocando-o na posição de objeto de nossas intervenções, de nossos saberes coloniais. Desse modo, para que possamos produzir fissuras no racismo que nos constituiu e que funda as nossas práticas, Kilomba (2019) aponta que os sujeitos brancos precisam confrontar-se com essas feridas coloniais, com a violência da branquitude que são mantidas “em silêncio como segredo” (p.41). Não é mais possível mantermos em silêncios tais práticas aniquiladoras, pois a branquitude precisa enfrentar seus próprios fantasmas e lidar com seus desejos coloniais.

Desse modo, para compreender como se deu o processo de solidificação da supremacia do saber eurocêntrico na cultura brasileira, principalmente no meio acadêmico, é necessário compreender em profundidade as raízes do colonialismo em nossa cultura, bem como entender como o epistemicídio de determinados saberes sempre esteve aliado aos “projetos imperiais/coloniais/patriarcais que regem o sistema-mundo” (p.25), como nos aponta Grosfoguel (2016, p. 25):

O racismo/sexismo epistêmico é um dos problemas mais importantes do mundo contemporâneo. O privilégio epistêmico dos homens ocidentais sobre o conhecimento produzido por outros corpos políticos e geopolíticas do conhecimento tem gerado não somente injustiça cognitiva, senão que tem sido um dos mecanismos usados para privilegiar projetos imperiais/coloniais/patriarcais no mundo. A inferiorização dos conhecimentos produzidos por homens e mulheres de todo o planeta (incluindo as mulheres ocidentais) têm dotado os homens ocidentais do privilégio epistêmico de definir o que é verdade, o que é a realidade e o que é melhor para os demais. Essa legitimidade e esse monopólio do conhecimento dos homens ocidentais tem gerado estruturas e instituições que produzem o racismo/sexismo epistêmico, desqualificando outros conhecimentos e outras vozes críticas frente aos projetos imperiais/coloniais/patriarcais que regem o sistema-mundo.

Nesta direção, Sueli Carneiro (2003, p. 97) indica que esse epistemicídio vai além da desqualificação do conhecimento e incide de maneira direta nas condições das vidas das pessoas negras e indígenas em nossa sociedade. Para a autora o epistemicídio opera:

um processo persistente de produção da indigência cultural: pela negação ao acesso à educação, sobretudo de qualidade; pela produção da inferiorização intelectual; pelos diferentes mecanismos de deslegitimação do negro como portador e produtor de conhecimento e de rebaixamento da capacidade cognitiva pela carência material e/ou pelo comprometimento da autoestima pelos processos de discriminação correntes no processo educativo (Carneiro, 2003, p. 97).

Nesse sentido, para que se produzam fissuras na colonialidade, que constituiu também nossas práticas terapêuticas, para não mais fazer uma escuta violenta, faz-se necessário não só nomearmos a branquitude que nos constitui e reconhecer nossos privilégios. Faz-se urgente procurar novas óticas, epistemes, perspectivas e referenciais que possam ajudar nessa “aprendizagem de desaprender”. É preciso adentrar novos mundos, novas perspectivas teóricas, sem medo de perder-se nessas outras alteridades, nessas outras formas de ver e conhecer a realidade. Trata-se de nos tornarmos mais porosos a outros modos de conhecimento, a outras línguas; trata-se de colocarmos em questão o próprio saber, sem medo dos achados que esse novo encontro pode produzir.

Produzir fissuras até ruir muros

A Reforma Psiquiátrica brasileira e o Movimento de Luta Antimanicomial trouxeram a radicalidade de ruptura com um modelo excludente e segregador da sociedade brasileira, tendo o acompanhamento terapêutico como um dos principais dispositivos para desconstrução do manicômio físico e fundamentalmente na desconstrução da lógica manicomial que opera cotidianamente nas práticas existentes nos serviços substitutivos ao manicômio. Frente aos recentes ataques à Reforma Psiquiátrica e dada a existência de manicômios seculares ainda em funcionamento, o princípio do cuidado em liberdade e a desconstrução dos manicômios permanecem no horizonte de construção de uma sociedade que busca transcender suas feridas históricas. Bento (2002, p. 149) afirma que “há muitos desafios a serem enfrentados quando se discute relações raciais, mas a experiência tem revelado que, de fato, esta é uma genuína experiência de formação política”, formação esta necessária e de caráter de urgência – uma aposta de que o Movimento de Luta Antimanicomial seja, na radicalidade, antimanicolonial.

São tempos de reafirmar princípios éticos do cuidado em liberdade, mas também reconhecendo que a luta antimanicomial somente se efetivará em sua radicalidade se for anticolonial. A carta de Bauru – 30 anos (re)afirma os compromissos dos lutadores antimanicomiais.

Não podemos deixar de frisar o avanço do conservadorismo e da criminalização dos movimentos sociais, defendemos a diversidade sexual e de gênero, as pautas feministas, a igualdade racial. Somos radicalmente contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioridade penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontamos a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGBTQI, movimentos da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas (Carta de Bauru – 30 anos, 2017).

Para que produzamos esse movimento, efetivamente, Emiliano de Camargo David sugere o aquilombamento dos serviços substitutivos.

Se a dimensão ético-política da luta antimanicomial pode acolher os efeitos do racismo na medida dos seus compromissos com as práticas de liberdade e da recusa dos processos de exclusão e de violência, pode-se dizer também que para a tomada dos efeitos do racismo como uma questão antimanicomial ou, dito de outro modo, para uma desinstitucionalização racializada, faz-se necessário o que aqui se denominou “aquilombação” dos CAPS, de um convite a aquilombar-se. Afinal, um dos primeiros territórios do Brasil a acolher os ditos revoltos, escravos, fugitivos, selvagens, perigosos, anormais, loucos, prostitutas(os) e alcoólatras, entre outros indesejáveis, foram os quilombos, com princípios já reformistas (para a época e para a contemporaneidade), que visavam (e ainda visam) liberdade, luta, emancipação, dignidade humana, direitos culturais, demarcações de terra para moradia, entre outros princípios igualitários e de cidadania (2017, p. 121).

Enquanto acompanhantes terapêuticas/os, operadores da saúde mental e da luta antimanicomial – e anticolonial! -, devemos fazer circular outros discursos, apostar em encontros. Desta forma, as pistas apresentadas neste texto carregam o sentido de ampliar as ferramentas para que a prática clínica do AT consiga alargar a compreensão epistemológica de sua práxis.

A compreensão da construção do modelo manicomial como expressão da branquitude, do patriarcado, da europeização da América, da violência colonial e do epistemicídio de outros saberes sobre o sofrimento e a saúde, são caminhos que podem auxiliar a prática do AT a não hierarquizar ou minimizar marcadores importantes de produção de violência, sofrimento e subjetivação, bem como ampliar a possibilidade de ferramentas teóricas que ampliem sua escuta. Sustentar o não-saber e seguir em construção é como andar na corda bamba. Quando inspirados na Reforma Psiquiátrica italiana, sustentamos que o louco enclausurado nos manicômios sabia mais sobre seu sofrimento e sobre seu desejo do que os especialistas, aprendemos a escutar e aprender sobre a loucura de forma diferente. No contexto brasileiro, onde a lógica manicomial foi mais um elemento constituído a partir do racismo, epistemicídio e patriarcado, estruturantes e ainda vigentes, a aposta é que sigamos escutando e aprendendo com aqueles que acompanhamos.

Como combinado no dia anterior, vou com Adroaldo andar de bicicleta do Itaú. Pegamos as magrelas, como ele diz, e decidimos ir até o Iberê. Decido não ficar perguntando coisas, o rolê é dele, é para ele curtir, chega de interrogatório, nem aquele pra puxar assunto. Estamos ali juntos. Serei presença. Temos pouco tempo, cerca de duas horas, pois depois tenho que estar no grupo de mulheres. Quando retiramos a bicicleta, a dele foi a primeira, estava preocupada se ele saberia andar, se não ia se machucar. Os primeiros kms pedalados foram de nervosismo meu. Nos primeiros metros ele tenta empinar a bicicleta e quase cai para trás. Sobe na bicicleta e continua. Todo tempo fico pensando que ele vai se machucar, bater nas pessoas. E tento me conter ao máximo para não intervir em nome de sua “segurança”, ao mesmo tempo que me questiono sobre essa proteção colonizadora. Quem é que tem medo naquela dupla que pedalava sob o sol na orla do Guaíba? Quem dos dois circulou pela cidade até às 6 horas da manhã com seu carrinho de reciclagem? Depois dormiu dentro do carrinho aos 6° graus que marcavam no termômetro (e com certeza a sensação térmica era menor, pois ele dorme perto do Guaíba), desta vez, por sorte, com um cobertor, e não coberto por um saco de lixo. Quem é frágil? Quem é vulnerável naquele momento? Chegamos na estação de bicicleta em frente ao Iberê. Ele escolhe deitar-se à sombra. “Vamos descansar um pouco,

professora”. Quando digo que precisamos voltar, ele está quase dormindo. Pegamos a bicicleta e ele quase cochila, quase batendo em outra que vinha de frente. Falei então que iria conversar com ele para não dormir. Assim fui tentando fazê-lo. Ele decidiu andar sem as mãos. E assim foi, com os braços abertos, equilibrando-se. Como um equilibrista de circo andando sob a corda bamba. É assim que ele se equilibra na vida? Essa corda bamba é o espaço possível para (possibilitado à) ele se locomover? Ele vai à frente e depois espera. Sempre neste movimento. Preocupado em não me deixar para trás. Digo que não consigo fazer aquilo e ele tenta me ensinar. “É fácil professora, tira uma mão, depois a outra e vai jogando pro lado”. Com medo, assumo que preciso tentar. (Diário de Campo de Sharyel).

Referências bibliográficas

Adichie CN. (2019). *O perigo de uma história única*. 1ed. São Paulo: Companhia das Letras.

Basaglia F. (2010). *Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.

Bauru. (2017). Carta de Bauru – 30 anos. *Encontro de Bauru: 30 anos por uma sociedade sem manicômios*, 8-9 dez. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>.

Bento MAS. (2002). Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray; Bento MAS (Orgs.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 25-58.

Carneiro S. (2005). *A construção do Outro como não-ser como Fundamento do Ser*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Cunha MCP. (1986). *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um Asilo*. São Paulo: Paz e Terra.

David EC. (2018). *Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

Davis A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. 1ed. São Paulo: Boitempo.

Grosfoguel R. (2016). A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Soc. estado.*, Brasília, v.31, n.1, p. 25-49, Abril.

Kilomba G. (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. 1ed. Rio de Janeiro: Cobogó.

Machado LD & Lavrador MCC. (2001). Loucura e subjetividade. In: Machado LD, Lavrador MCC & Barros MEB. (Orgs.). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pereira MOP & Passos RG. (2019). Luta antimanicomial e feminismos: manicomializações, Estado e racismos. In: Pereira MOP & Passos RG. (Orgs.). *Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências*. Rio de Janeiro.

A watercolor illustration of a tree with dark blue branches and blossoms in shades of pink, yellow, and light blue. The style is soft and painterly. The text 'ATNAREDE EM TEMPOS PRESENTES' is overlaid on the right side of the image.

ATNAREDE EM TEMPOS PRESENTES



AT a muitas vozes: narrativas de acompanhantes e acompanhados sobre experiência do acompanhamento terapêutico

Ana Carolina Brondani
Analice de Lima Palombini
Fabiana Keila Toríbio
Sandra Maria Sales Fagundes
Rafael Wolski de Oliveira
(UFRGS)

Ao olhar para a história do acompanhamento terapêutico (AT) no Brasil, tem-se pouco mais de meio século desde as primeiras experiências dessa prática. O AT iniciou no país como experimentação de novas formas de lidar com a loucura e com a atenção em saúde mental entre as décadas de 60 e 70 (Reis-Neto, 2011; Simões & Kirschbaum, 2005) e passou por transformações com a implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira, no trabalho junto à rede de serviços substitutivos ao manicômio (Gonçalves & Barros, 2013). Atualmente, apresenta-se como um campo consolidado de atuação junto à rede de atenção psicossocial e conta com uma produção bibliográfica considerável, que busca dar contorno a essa história e experiência (Santos et al., 2015; Benatto, 2014).

É nesse contexto que emerge a necessidade de avaliar a experiência e os efeitos da prática do AT desenvolvida ao longo desses anos em seus diferentes campos de atuação. O projeto de extensão *ATnaRede/UFRGS* completou recentemente duas décadas de trabalho em AT junto à rede pública de Porto Alegre. A experiência desenvolvida ao longo desses anos, deu origem a vários trabalhos acadêmicos e publicações³⁷. Este texto tem o objetivo de compartilhar duas narrativas coletivas sobre a experiência de acompanhar e ser acompanhado, construídas em pesquisas recentes junto ao projeto.

As narrativas integram o projeto de pesquisa maior, intitulado *Acompanhamento terapêutico como dispositivo de análise e cuidado em redes*

³⁷ Referência dos trabalhos desenvolvidos junto ao projeto *ATnaRede* pode ser acessada em: <https://www.ufrgs.br/travessias/atnarede/publicacoes/>

de atenção psicossocial e intersetorial (Palombini, 2018), sendo que a narrativa referente às pessoas acompanhadas pelo projeto foi objeto de pesquisa de mestrado (Brondani, 2021). Enquanto nessa pesquisa de mestrado buscou-se fazer uma avaliação do AT a partir da narrativa sobre a experiência de ser acompanhado por um(a) acompanhante terapêutico (*at*), a pesquisa maior em curso ocupou-se de escutar aos(às) *ats* na avaliação que faziam da sua experiência nesse processo.

A escolha pelo uso de narrativas nas análises da pesquisa parte do entendimento de que “as narrativas são modos de elaboração da experiência social” (Castellanos, 2014, p. 1071), ao darem sentido à experiência vivida e inserirem o sujeito na trama social. Tal escolha parte também do reconhecimento da importância e relevância de estudos com narrativas no contexto de pesquisa em saúde para avaliação de serviços e de novas práticas (Onocko-Campos, 2013).

As narrativas situam-se em uma determinada política de narratividade (Passos & Barros, 2009). O ato de narrar está articulado com os jogos de poder e as políticas vigentes, como as de saúde mental, de cuidado e de subjetividade. Dessa forma, ao analisar as narrativas pode-se também analisar dimensões políticas que vão além da experiência subjetiva individual, colocando em análise o AT como campo e prática clínica.

Para a produção das narrativas, optou-se por utilizar o dispositivo grupal, inspirado na metodologia das rodas de conversa da pesquisa apoio paidéia (Furlan & Campos, 2014). Buscou-se propiciar um espaço de diálogo e trocas entre as pessoas participantes das rodas, conforme a metodologia participativa, para produção da reflexão sobre a prática do AT. Os encontros contaram com perguntas iniciais disparadoras do diálogo, tendo sido incentivada a discussão coletiva das questões trazidas à roda.

Os encontros foram audiogravados e depois transcritos pelas pesquisadoras. A partir desse material, foram extraídos núcleos argumentais para elaboração das narrativas, como proposto por Onocko-Campos (2011). As narrativas foram apresentadas para as e os participantes das rodas de conversa em um segundo encontro, para validação e aprofundamento das questões que nelas se apresentavam. Tal procedimento faz parte da metodologia participativa da produção e validação dos dados em pesquisa, como uma estratégia que trata a coleta e análise de dados de forma ética e com profundidade (Onocko-Campos, 2011).

Como dissemos anteriormente, o resultado deste trabalho foi a construção de duas narrativas: uma feita a partir das falas das pessoas acompanhadas pelo projeto; outra feita a partir das falas das pessoas que atuavam como acompanhantes terapêuticos no mesmo projeto. Na construção das narrativas, buscou-se dar espaço à enunciação coletiva, com o uso da primeira pessoa do plural (*nós*) para a sua escrita, sempre que as falas eram consentidas e consensuadas pelo grupo. Nos momentos em que o afirmado dizia respeito apenas a uma ou outra das pessoas, ou quando houve diversidade de avaliações sobre uma mesma questão, tais diferenças foram explicitadas na escrita. Dessa forma, buscou-se colocar em relevo, em cada narrativa, o que havia de comum – entre acompanhados(as), de um lado, e entre acompanhantes, de outro – em suas considerações sobre a experiência do AT.

Guardada as diferenças de enunciação, ambas as narrativas – de acompanhados(as) e de acompanhantes – também apresentam, entre si, entendimentos em comum sobre a experiência do AT: o reconhecimento do caráter de amizade da relação que se estabelece entre acompanhante e acompanhado e, ao mesmo tempo, a avaliação das diferenças desta relação para as estabelecidas com outras pessoas (pelo caráter ético e clínico implicado no AT); a constatação da diversidade de efeitos dessa prática na vida das pessoas, os quais por vezes podem não ser vistos ou não ser grandiosos; a avaliação de que o vínculo que se estabelece no AT é importante e forte. Em ambas narrativas, o AT aparece como uma novidade: para as(os) acompanhantes terapêuticos, em sua maior parte, essa prática foi a primeira experiência profissional durante suas formações; para as pessoas que ingressam no projeto, essa experiência foi o primeiro contato com acompanhamento terapêutico.

Trazer as narrativas para este livro é uma forma de compartilhar parte do que ressoa da experiência vivida junto ao projeto *ATnaRede* para as e os que passaram pelo projeto nestes últimos anos. Para além da avaliação sobre a experiência, as narrativas a seguir constituem um testemunho dos efeitos, inquietações e reflexões sobre o dispositivo do AT.

Roda de conversa com as/os acompanhadas/os

Esta roda de conversa aconteceu numa manhã muito fria de inverno, num sábado, no dia seis de julho de 2019, numa sala da universidade. Éramos

seis pessoas: Ana e Fabi, que nos convidaram pra roda, e Camila, Diaco, Gabriela e Laila. Tínhamos pincéis, tintas e outros materiais como revistas, tesoura e cola para pintar ou colar no pano sobre o que pensávamos do AT, mas a maioria de nós preferiu só conversar, pois não sabíamos desenhar ou não tínhamos ideia do que poderíamos desenhar. Em alguns momentos foi difícil entender o que estava sendo perguntado, mas fomos falando sobre o que mudava na vida o fato de ter um AT, sobre o que era bom e o que não era bom e o que podia melhorar no AT. Durante a conversa, que durou mais ou menos uma hora, bebemos um café, para nos aquecer. Depois, fomos todos para o piquenique-almoço do projeto ATnaRede, numa praça perto dali, já estávamos loucas/o para comer e encontrar as pessoas, como a Vera, que conhecemos em outro piquenique.

* * *

Nós achamos legal ter essa pesquisa em que dá para falarmos das coisas do AT e queríamos fazer as coisas da maneira certa: o desenho e a pintura e responder as perguntas. Mas, quando nos foi pedido para dizer o que não era bom no AT, tivemos receio de que pensassem que estávamos criticando o AT. Algumas vezes no grupo, nós chamamos a pesquisadora de “sora” e perguntamos a ela a forma correta de escrever alguma palavra que quisemos incluir na pintura. Tivemos preocupação em saber o que seria apresentado para outras pessoas e concordamos que fosse na forma de texto, pois preferimos que o áudio gravado não fosse mostrado.

A percepção do que muda na vida com o AT varia para cada pessoa. Uma de nós acha que não mudou nada enquanto outra de nós acha que mudou tudo, pois se sente *muito feliz tendo o AT, me sinto outra pessoa*. Para nós o AT permitiu conhecer lugares, ter mais liberdade de sair, buscar locais como o GeraPOA³⁸, em que se faz trabalhos manuais para vender. Com o AT, nós temos mais autonomia. Autonomia, para nós, significa coisas como sair sozinho, andar na rua, lidar com dinheiro, ir ao banco, trabalhar... São coisas como essas que nós aprendemos no AT: ir aos lugares sozinho/o, atravessar a rua, pegar ônibus, cumprimentar as pessoas... No AT, nós conversamos e isso ajuda, falamos dos nossos problemas, de como anda a vida e o lugar onde moramos. O AT faz com que se conheça mais

³⁸ O GeraPOA, ou Geração POA, é um serviço da rede pública de Porto Alegre que disponibiliza oficinas com técnicas de artesanato e programas de geração de renda e de inserção no mundo do trabalho para pessoas com diagnósticos de saúde mental. Este serviço participa de feiras locais e tem uma loja própria onde comercializa os trabalhos feitos pelos usuários.

a pessoa. Dá para contar da vida, se as coisas estão boas ou ruins. Sentimos que podemos confiar no nosso *at*, para contar essas coisas. Quando contamos para outras pessoas, elas não ajudam, fazem fofoca – o *at* não.

O AT é diferente de outros lugares por onde já passamos, onde já estivemos. *Passei por várias clínicas psiquiátricas onde fui maltratada*, conta uma de nós que vive numa instituição. *Sem o AT, eu nas clínicas, eu não era ninguém. Agora estou tentando um passo a passo.*

Sobre a relação entre acompanhante e acompanhado, achamos que é feita de amizade e confiança. As pessoas que fazem AT com a gente têm paciência conosco, nos ajudam, já nos ensinaram bastante coisa, podemos dizer a elas o que estamos sentindo, podemos desabafar, elas sabem da tua ruim, sabem da tua boa. Gostamos muito delas. Elas acompanham a gente nas situações em que não estamos bem, como quando uma de nós ficou enjoada em um brinquedo radical no parque de diversões. Quando tem situações difíceis na vida, dá para conversar com quem faz AT com a gente, o *at* pode nos ajudar com as situações difíceis que passamos na vida, como o fato de alguns de nós nunca termos trabalhado ou não termos familiares que nos recebam para morarmos juntos.

Achamos que o nosso AT é nota dez, é bom e interessante, as pessoas que nos acompanham são legais, elas conversam com a gente. Também gostamos do momento do piquenique, já fomos em piqueniques anteriores, em praças ou parques, tinha conversa e comida.

A conversa é uma das coisas que mais gostamos no AT mas achamos que pode melhorar ainda mais, falando mais da vida da pessoa, conversando mais sobre como a gente vai, se estamos bem, se estamos mal. Também achamos que não é muito bom que o AT aconteça só uma vez por semana, nós gostaríamos que fosse duas vezes, assim poderíamos sair mais, ir ao cinema... Algumas de nós não têm impedimentos para sair sozinhas, para pegar o ônibus e ir ao colégio ou outro lugar, mas para quem mora em uma clínica, como uma de nós que vive há oito anos em clínicas, ou outro lugar em que só sai com visita de familiar ou no horário do AT, poder sair mais vezes é muito importante. Outra coisa que uma de nós não acha muito bom é que a gente recém está conhecendo a/o acompanhante e ela/e já sai ligeiro, sai da faculdade, a troca das/os *ats* é muito ligeira, sentimos falta daquela pessoa.

Sobre ser só uma vez por semana, sabemos pelas/os nossas/os *ats* que é porque estudam, trabalham, tem outras coisas, não podem. Também entendemos que não é quem nos acompanha que decide, é ordem do Projeto, que disse que era só uma vez por semana.

Sobre a troca das/os *ats*, uma de nós está no seu primeiro AT, então não sabe como vai ser o AT com uma nova pessoa, apenas espera que seja alguém que tenha paciência com ela como a *at* atual tem. Mas nós outros três já tivemos muitos *ats* nos acompanhando, a gente nem lembra o nome de todas/os, e achamos que pode ser legal, divertido, diferente, o máximo... Quando muda a pessoa, a gente conversa mais, fica mais importante, não são as mesmas palavras que a gente fala. Pensamos que isso também tem a ver com o estilo da pessoa que nos acompanha. O estilo das pessoas é sempre diferente, então sempre muda alguma coisa no AT e isso pode ser bom.

Achamos que uma forma para lidar com a saída de um/a das/os *ats* é conversar sobre por que estão saindo. Quando o AT é em dupla e um sai e outro fica, podemos também conversar com o *at* que fica sobre o motivo da saída. Mas também temos expectativas de que seja legal com a nova pessoa que chega para o AT, ou esperamos que seja alguém que possa vir mais vezes por semana, por exemplo.

Quando nos foi perguntado sobre algo vivido no AT que gostaríamos de contar, logo de início não quisemos falar ou não lembramos de nada. Mas uma de nós desenhou um balão de flutuar, daqueles que voam, e desenhou ela e a *at* no balão, e logo outra de nós contou do que irá fazer com a sua *at* no último encontro que terão: um passeio de barco pelo Guaíba! E outra de nós ainda contou que conheceu, com a *at*, aquele negócio que tem livros, a faculdade, onde tinha um evento e um monte de gente.

Nós não sabíamos sobre o AT antes de termos essa experiência, foi uma surpresa e somos gratas/o às/aos profissionais que conseguiram o AT para nós.

Roda de conversa com as/os acompanhantes

Esta roda de conversa aconteceu numa manhã muito fria de inverno, num sábado, no dia seis de julho de 2019, numa sala da universidade. Éramos nove

*pessoas: Sandra Fagundes e Rafael Wolski de Oliveira, que conduziram a roda, e nós, cinco estudantes em estágio básico (Ana, Layla, Leandro, Matheus, Samuel) e duas extensionistas (Débora, estudante, e Chélida, psicóloga). Conversamos sobre como era, para nós, a experiência do AT, sobre quais os efeitos do AT na formação, os aspectos positivos e os aspectos negativos da experiência do ATnaRede. Refletimos também sobre o que mudou na vida do acompanhado o fato de ter um *at* e compartilhamos cenas marcantes dos nossos AT.*

* * *

A experiência do acompanhamento terapêutico é, para muitos de nós, o primeiro contato com outra pessoa que não um colega: somos inexperientes, temos muitas dúvidas, não sabemos como nos portar. Nós sabemos algo bem teórico, e então chegamos a uma prática clínica que não é a padrão, não é a que a gente mais viu e sintonizou durante a universidade... e agora? o que fazemos com aquele conhecimento que tivemos? Sentimos angústia e confusão com isso, com as muitas possibilidades que se abrem, com o fato do AT ter um enquadre clínico bem aberto, sem roteiro prévio, sem algo bem estabelecido antes, pra se guiar. É mais no improviso, vai se desenhando no caminho e nunca vai ser uma receita de bolo. Acontecem coisas inesperadas, que nunca esperamos que fossem acontecer, e isso gera uma angústia que nos paralisa, por um lado, mas que também nos move a ir atrás, procurar saber o que está acontecendo. É bem angustiante, mas também pensamos que é muito legal partir daí no estágio básico, de algo muito aberto, que nos dá várias possibilidades, que nós vamos levar para outros estágios ou outros campos de trabalho, mesmo que estes não sejam tão abertos assim, mas aquela experiência vai estar ali, como prática. Percebemos também que não é só com a gente que está começando: mesmo quem já vem de outras experiências, como a residência ou pessoas já formadas em psicologia, chega com essa incerteza, essa dúvida, essa angústia.

Além de angustiante, o AT é muito cansativo. Nossos corpos de acompanhantes são corpos cansados, e nós precisamos aprender a lidar com esse cansaço. É que, como o AT não tem um setting e precisa estar na rua, é o nosso corpo que vai dar a borda. Mas essa borda que nosso corpo dá nem sempre é como corpo material; às vezes é muito mais corpo palavra, que delinea certos limites que nós temos que colocar – limite que é muito mais palavra, afeto, vínculo do que necessariamente contenção. É uma forma de se relacionar a partir da palavra.

Pensamos que o fato de os nossos corpos serem a borda mostra uma radicalidade da proposta do AT, uma radicalidade que nós sentimos, que se dá no encontro de dois corpos que têm cada um sua singularidade. Ouvimos em aula que o AT seria a clínica levada à radicalidade. É tão radical que sentimos em nossos corpos esse encontro. Realmente nós cansamos, pois sentimos os afetos muito mais potentes na gente. O que nós gostamos, o que nós somos se põe em prática e afeta a cena do AT de um modo único. Os nossos corpos se colocam realmente como únicos, e as nossas singularidades afetam a dinâmica do que vai acontecer. Isso é bem diferente do que é o comum – a separação, a distância. Achamos muito legal podermos estar ali sendo nós mesmos e não tendo que forjar uma neutralidade. Para nós faz todo sentido que a gente possa se colocar, que seja uma clínica que inclua nossos afetos. Ao mesmo tempo, às vezes temos que deixar o nosso Eu para aparecer o Eu do outro. É aquele passo que nós temos que dar para trás e assim deixar o outro ir na frente, manifestar as suas vontades, o seu querer. Nós nos deparamos com um *Opa! Deixa ele... Não é eu, é ele!* Nós estamos ali para acompanhar, então precisamos trabalhar isso de nos segurarmos, de nos contermos para deixar aparecer o outro, mas, ao mesmo tempo, quando o outro transbordar, nós estarmos ali, presentes... é uma segurança. Gostamos de pensar na ideia de que às vezes vamos caminhar ao lado, às vezes vamos caminhar atrás, às vezes à frente, depende da situação. Não é neutralidade! Ou, se há neutralidade, é no sentido ético de não atuar nossos pré-conceitos. Percebemos o quanto é potente quando colocamos nossos afetos. Uma de nós, que não está com a memória muito boa, conta de um encontro com seu acompanhado: *nós fomos lembrar de um filme que a gente viu no cinema e eu “puxa vida, não lembro o nome do filme” e ele, pá, lembrou. No que lembrou, mostrou um sorriso tipo “eu lembro, né!”*. Às vezes queremos ser tudo, saber tudo, mas damos conta do quanto aproxima a relação mostrar que somos humanos, que esquecemos as coisas, que temos dor de cabeça, dor de barriga... sermos nós mesmos, sabe? Achamos que isso tem a ver com o tema da amizade que se coloca no AT, pois nós não estamos ali como terapeutas somente, mas também como esse amigo que ouve e se joga no que está acontecendo. Não ficamos só no *ahãn*, ouvindo e fazendo um inquérito. Temos uma escuta diferenciada da que os acompanhados estão acostumados, na família ou na instituição. Estamos ali para uma escuta que salvaguarda o

sofrimento, que possibilita dar vazão ao sofrer para então começar a ver outras possibilidades. Estamos ali disponíveis para ouvir sem julgar, para conversar, para rirmos juntos também. Temos um olhar diferenciado daqueles olhares de estranheza que nossos acompanhados recebem na rua, por exemplo. Nosso olhar é um olhar que confia na pessoa, que acredita nela, um olhar de afeto, de amor mesmo – uma amorosidade fora dos laços familiares, sem preconceito ou crítica. Nosso olhar não é focado só no sofrimento, mas também nas potencialidades, nas outras histórias que essa pessoa possa nos contar para além do sofrimento. Nós apostamos nisso, em outras possibilidades de existência. Às vezes somos os únicos que apostamos nos sujeitos que nós acompanhamos. O AT termina sendo um respiro para esses sujeitos.

Percebemos que essa experiência produz mudanças na vida dos nossos acompanhados. Mas não é exatamente o que o acompanhante idealiza, que é de fazer uma revolução, salvar a vida daquela pessoa ou, então, fazer voltar para a escola. Às vezes são mudanças muito pequenas e gigantemente significativas, como conseguir sair para a rua. Sair para a rua pode significar ganhar um espaço de liberdade cotidiana. Liberdade de sair do espaço privado da família para o espaço público. Liberdade do desejo. Liberdade pra interagir de outro jeito, com espaço para o lúdico, para o brincar...

Uma de nós fez um vídeo com o seu acompanhado e ficou impressionada, ele falando até palavras difíceis, sobre como foi a vida dele e o quanto foi bom, o AT, que ela era amiga, que o levava para passear, que ele esperava por ela toda semana para poder sair de casa. *Então acredito que mudou bastante, até ele falar, se expressar mais*. Isso não é de um *at*, é do Projeto, foi uma construção de vários outros ATs que vieram antes, sementinhas sendo plantadas e que brotaram agora. *Quando a gente veio no piquenique no ano passado, a Vera disse: ‘Nossa, ele é uma outra pessoa!’*. Nós percebemos essa mudança, mas às vezes a família não percebe, ou não acha positivo, e pode nos largar coisas que são um balde d’água fria: *O que ele está fazendo contigo, que cada vez ele piora?! Mas o que a família está esperando que se faça? Qual a expectativa que depositam no at? Se não tem a supervisão para te apoiar é muito difícil!* A supervisão dá esse apoio, permite a nós reconhecermos que estamos fazendo um bom trabalho, que é um passo de cada vez. Mas a família não tem o mesmo olhar. Pode mesmo considerar que ampliar a liberdade não é tão bom assim...

Outra de nós vê mudanças um pouco a partir do que sua acompanhada fala, um pouco a partir do que observa. A acompanhada era uma pessoa que não possuía nenhuma rede, vivendo numa clínica onde sofria muitos maus-tratos. Agora, conseguem circular, têm uma rede no CAPS, ela tem um psiquiatra que ao menos vê a ela para receitar as medicações, não é algo deliberado, tem outras redes que a gente foi construindo, e isso é o principal. É óbvio que ela se sente mais livre nos ATs agora. Antes eu ia buscar ela na clínica, agora ela já vai ao meu encontro, então muita coisa mudou. Essa conquista de liberdade, principalmente, é algo pelo qual ela gritava muito. Temos conquistado cada vez mais isso, mas aos poucos, porque nem todo mundo aposta muito nisso com ela. Mas a gente aposta e estamos junto ali. É a principal mudança.

Para outro de nós, são pequenas conquistas com seu acompanhado, que antes não saía do quarto, em alguns momentos não saía de casa, e hoje, eventualmente, ele sai e se sente bem, mas são coisas muito pequenas. *Só de ter um espaço de escuta que o AT possibilita ali é incrível, porque ele não tem outro [espaço] assim. É bem limitada a possibilidade que ele tem de ter voz.*

Outra de nós conta que chegou muito iludida, com muita ansiedade, tipo, *vou fazer uma revolução*. Então precisou recuar muito, entender que o trabalho de todo mundo é esse, as pequenas conquistas. Não só com a pessoa, mas com a família também, de poder emprestar à família esse olhar de que a pessoa tem outras capacidades, outras potencialidades e que ela não se resume a um diagnóstico. Também se trata de emprestar o desejo para essa pessoa, que muitas vezes é tão infantilizada que deixa de ter, de produzir seus próprios discursos, os próprios desejos. *Daí tu está naquele espaço de escuta possibilitando que a pessoa se expresse da forma que for*. Isso já é muito positivo, muito significativo. *Cada passinho é muito significativo... a gente vibra muito.*

Para outro de nós, a mudança principal nem foi tanto na acompanhada, mas no seu filho. A acompanhada não vê muito a diferença do que está acontecendo, mas o seu filho era uma pessoa que tinha um comportamento de agressão, até com ela, e não saía do quarto no início do AT. Aos poucos, a dupla de *ats* conseguiu fazer com que ele sáísse, conversasse, iniciasse um tratamento em relação às questões que ele tem. A maior mudança, por enquanto, foi que ele se tornasse um sujeito ativo na cena. *Ainda não chegou nela [na acompanhada], mas*

uma hora vai alcançar. O AT, para ela, *o que bate* é justamente esse contato com outras pessoas, pois ela é extremamente fechada, os seus únicos contatos são com a igreja e com o serviço de saúde, não há uma pessoa de quem ela se sinta amiga. Então, estar ali como uma pessoa disponível para ouvir sem julgar, para conversar, para rir, é algo que faz ela se sentir muito bem. É bem gratificante.

Outra de nós conta que a maior mudança que vê é na aposta que faz no acompanhado, pois sente que há um certo cansaço por parte da família, por parte do serviço, em relação a ele. *Eu vejo que o AT está sendo muito um respiro, para que ele possa pensar outras possibilidades de existência mesmo, pois às vezes as pessoas à volta já estão muito saturadas.*

Todos concordamos que às vezes somos os únicos que apostamos nos sujeitos que acompanhamos. Às vezes nem o CAPS aposta mais.

Outro de nós conta que o primeiro encontro com sua acompanhada foi bem difícil porque ela estava num momento bem difícil, em que não via possibilidades de novas formas de vida. É realmente um trabalho de formiguinha. Não vamos fazer nenhuma revolução com a pessoa, *mas sinto agora que ela está começando a expressar possibilidades: 'ah, eu posso talvez ver isso, talvez posso ver aquilo'*. *Está começando a abrir umas frestas ali no olhar, umas frestas no desejo dela. Estão abrindo algumas coisas ali*. Uma questão que é muito forte é que é uma pessoa que não consegue conversar com outros além da família. Então o AT tem realmente muito essa potencialidade da amizade. *Ela até falou, esta semana, que me vê muito como amigo*. Mas é uma escuta diferenciada, uma escuta que inclui também o sofrimento dela, *dando vazão para ela começar a ver outras possibilidades... Estamos indo aos poucos, está aparecendo isso agora.*

Falamos também sobre a experiência do projeto *ATnaRede* como espaço de formação. Nós, que estamos fazendo o estágio básico no projeto, achamos que, nossa!, tem uma grande diferença em relação a outros locais de estágio. É um dos únicos espaços em que nos é permitido experimentar uma posição mais próxima da prática mesmo, pois, em geral, os estágios básicos são mais de observação e algumas funções burocráticas, como preencher formulários e coisas assim. No *ATnaRede* tem uma diferença mais quantitativa em relação ao estágio de Processos Clínicos, por exemplo: é só um caso a mais, um acompanhamento a mais. Achamos que isso muda tudo. É angustiante, mas também é o que nos impulsionou a fazer esse estágio.

Nós falamos do ser espontâneo no AT, achamos que isso é importante para a formação. Justamente por não ter um roteiro, nós podemos ir forjando pouco a pouco uma forma singular de se relacionar com o outro. Isso é o mais rico. Mas também é rico todo contato que nós temos com a rede de saúde, de entender como as coisas funcionam, de enxergar o indivíduo dentro do contexto, porque vamos estar circulando com ele dentro do território, e as particularidades do território também vão influenciar o nosso acompanhamento – é algo que geralmente não vemos muito em outros estágios. Nós temos que nos colocar em contato com o sistema de saúde e ver na prática o que acontece, como que a gente vê aquilo, como que são os profissionais, como funciona aquele lugar, como é a rotatividade de profissionais naquele lugar... É muito diferente nós pensarmos em teoria, *ah, existem as redes que acompanham... tem a UBS, que deve fazer isso, tem a família, que geralmente faz isso*. Nós chegamos lá e vemos a família, e a família impacta na pessoa de um modo, a UBS tem seus problemas e às vezes não consegue suportar aquilo, e nós temos então que fazer as conexões. É muito rico para nós compreendermos desde já aquilo que existe lá fora e não ficar nesse mundo idealizado de como deveria ser, mas ver na prática que as coisas realmente têm problemas, não funcionam muitas vezes... Isso é um dos pontos mais positivos deste estágio, podermos estar em contato com as potências e os limites das políticas públicas.

Também é uma baita experiência para nós, para a nossa formação, nós ali, o acompanhado e a rua. Não é como em outros campos de estágio em que nós vamos estar mais atrás, observando e tal. No AT a gente se joga mesmo, e isso nos leva até os nossos limites. Vamos descobrindo, assim, o que nós somos e o que não somos, o que nos angustia ou não, o que nós conseguimos e o que não conseguimos fazer para lidar com a situação. Vamos descobrindo muita coisa de nós mesmos. Talvez em outro campo de estágio não fôssemos nos questionar assim. Então a gente leva isso para o próximo estágio e para o resto da nossa formação. Pois, mesmo no sentido da clínica clássica, esse conhecimento reverbera. Nós estamos ali, vendo o lugar em que a pessoa mora, o lugar em que ela circula, vendo a sua família... Nós nos importamos em como a pessoa está naquele momento. E vamos começar a nos importar com isso eternamente. Isso é uma diferença brutal em relação a outros campos de estágio. Nós nunca vamos desconsiderar o contexto; mesmo quando

estivermos numa sala fechada, vamos saber que a pessoa vai voltar para uma casa em que o ambiente importa. Isso fica muito mais tocante, visível para nós, depois que passamos por uma experiência assim. Sempre que nós olharmos para uma pessoa, um paciente, no futuro, sempre vamos enxergar isso por trás dele. Não é só uma sombra, que temos que considerar meio que por cima ou meio de longe. Com isso, nós começamos a compreender a dimensão política que tem a formação do AT e passamos a afirmar essa clínica como uma clínica política e também dentro da luta antimanicomial, mostrando que a loucura pode ter outros lugares que não as instituições de aprisionamento, que ela pode circular pela rua.

Algo que consideramos muito enriquecedor na formação que a gente faz é que nós temos as aulas de acompanhamento terapêutico, que dão muito suporte teórico, mas não se ocupa do acompanhamento que nós fazemos; aí temos os seminários de discussão de textos, ou filmes; a gente trabalha um texto como disparador para discutirmos nossos casos e a gente discute marcadores sociais e como isso influencia na vida da pessoa, pensando uma clínica política. Além da experiência de fazer o AT, o fato de também ter outros espaços em que junta a técnica com a teoria, filme com vivência, faz diferença na formação. Isso se soma aos nossos espaços de discussão de caso, e nós nos sentimos com um suporte, um respaldo para a nossa prática. A supervisão coletiva, o seminário, as aulas, todo esse aporte que temos é um jeito de não nos sentirmos perdidos, sozinhos... Mesmo que no AT nós estejamos lá, sozinhos, contamos com toda uma rede perto da gente que ajuda.

Nós consideramos o espaço da supervisão coletiva do projeto muito positivo. Não é um grupo que se coloca como supervisora/aluno e acabou. Todos temos voz, todos temos a chance de falar, nenhum conhecimento é mais importante que outro, todos temos a oportunidade de estarmos errados ou certos. Nós nos encontramos em momentos diferentes de formação e somos, também, de diferentes formações. Alguns de nós estão na ênfase³⁹, outros de nós estamos no básico, somos residentes ou somos psicólogos, uma de nós é antropóloga. Há uma horizontalidade no grupo, e nós aprendemos muito com isso. Nós podemos começar a compreender como é um trabalho que talvez estejamos realizando no futuro, junto ao sistema de saúde, aquela reunião de todo mundo, multidisciplinar.

³⁹ Referência ao estágio de ênfase do curso de graduação em psicologia da UFRGS. O currículo é organizado com um estágio básico e dois estágios de ênfase.

Muitos de nós, psicólogos, não pensaríamos algo que uma de nós, antropóloga, pensou; e nós pensamos algo que ela não pensou. Essas coisas se misturam e fazem surgir algo novo que não surgiria ali se fôssemos somente psicólogos. Vemos que é possível, funciona e traz uma potência para os casos... As opiniões e as formações se ajudam, e o que nos entrelaça é uma aposta no cuidado em liberdade, uma certa ética.

Outro ponto que achamos positivo é a implicação do grupo. Não existe rigidez nem cobrança. Tem uma autonomia, e nós vemos o quanto há de responsabilidade nisso: não precisa dizer *vamos começar*, todo mundo tem compromisso, as coisas funcionam. E esse compromisso, essa responsabilidade que temos com os ATs, com o projeto, essa ética do cuidado, é também uma responsabilidade nossa uns com os outros. O espaço do grupo ultrapassa a tarefa que seria da supervisão dos casos, a tarefa de compartilhar os casos, e acaba sendo um espaço de escuta para nós darmos vazão às nossas angústias, que aparecem nos encontros do AT. É um espaço muito afetuoso, cuidador com o próprio acompanhante, onde conseguimos ver de forma coletiva as várias dificuldades com que a gente lida. Nós não atendemos sós, é como se atendêssemos todos, pois nos preocupamos com os casos de cada um – nós acompanhamos fisicamente um caso, mas mentalmente todos... é tudo uma coisa só. Temos um afeto com o caso de um, o caso de outro... nós nos envolvemos de alguma forma, queremos saber como o outro está...

Para nós, o encontro é a metodologia de construção coletiva que dá suporte à experiência do AT. Assim como o AT é o encontro, achamos que o grupo acaba sendo também. O grupo se permite ser assim e se desafia a ser também, pois não é algo dado. Achamos que não há muitos espaços que consigam funcionar nessa lógica. Isso enriquece muito.

Uma de nós se emociona porque está para sair do grupo, talvez vá para outro país, não sabe se vai e fica, ou se vai e volta. Mas, se voltar, quer poder entrar de novo no grupo porque *eu amo, amo demais*, então é um momento de luto. Outra de nós não conseguiu sair do grupo, quando ia sair, se agarrou em um caso...

Algumas coisas do grupo, porém, nós não consideramos positivas. Às vezes é muito confuso o trabalho coletivo, por ser uma autogestão. Rola uma confusão coletiva de seminário, de reunião, de horário, de passagem de caso... essas questões mais de planejamento e organização. Não existe alguém ditando a regra. Todos

ditam as regras e às vezes ninguém dita as regras esperando pelo outro. Durante anos nós vivemos essa lógica (de que um outro dita a regra), então é estranho a gente se tocar de que tem que se colocar; acaba que todo mundo fica esperando o outro e deixa passar alguma coisa. Também temos bastante dificuldade de horário, porque o projeto acolhe estudantes do diurno e do noturno e trabalhadores, mas é muito massa isso, não há muitos campos de estágio que conseguem acolher a galera do noturno. Então, nas reuniões nós vemos muito o que é prioridade, mas às vezes a demanda é maior, aí ficamos vendo mais casos e não temos tempo para o seminário, que vai ficando para depois, e nós consideramos o seminário muito importante, porque é o que dá conhecimento... Além disso, nesse espaço da supervisão abordamos as questões mais amplas do sujeito, a sua circulação no território, a reunião com os serviços e tal, mas as questões mais subjetivas mesmo nós não conseguimos dar conta nesse espaço, e nós entendemos que o AT é também um espaço de escuta, não só de circulação, essas duas coisas acontecem juntas, mas parece que a dimensão da escuta fica menos importante nas nossas supervisões.

Pensamos que só a Vera e a Analice⁴⁰ para acompanhar o projeto é pouco. Tem vezes que estamos com problemas e então recorremos a elas, e isso se estende muito. Também tem demandas que são fora da quarta-feira, tipo, uma reunião no CAPS para tratar de um caso, uma reunião com a UBS para tratar de outro. E nós somos muitos, são muitos casos em acompanhamento. Para as duas, que já são professoras, é surreal, sobrecarrega. Seria bom ter um técnico, como o CIPAS⁴¹ tem, para ajudar a organizar as questões do projeto, para ajudar a dar conta das nossas demandas de supervisão individual... Achamos que seria bom contar com supervisores individuais caso a gente precise, como tem na Clínica da UFRGS.

Temos problemas também com a nossa ata. Ela é manual, tudo nosso é manual, então é uma bagunça, o registro é péssimo, as folhas caindo, não evoluiu tecnologicamente. Achamos que isso foge um pouco da autogestão, pois a maioria de nós queria que fosse diferente, que fosse digitalizado. Pensamos que há uma resistência, talvez um conflito geracional, que impede que isso aconteça...⁴²

40 Analice de Lima Palombini e Vera Lúcia Pasini são professoras coordenadoras do projeto de extensão ATnaRede/UFRGS.

41 Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Ação em Saúde, órgão auxiliar do Instituto de Psicologia, ao qual o projeto ATnaRede é vinculado.

42 Vale contar que, efeito do trabalho remoto em que a Pandemia nos lançou, a partir de 2020 os registros do grupo passaram a ser digitalizados.

* * *

Essas foram as narrativas produzidas junto aos acompanhantes terapêuticos e às pessoas que foram acompanhadas pelo projeto *ATnaRede* durante o ano de 2019. Esperamos que, ao compartilhar essa produção, ela sirva não apenas para memória, mas para contribuir com o campo do acompanhamento terapêutico e com quem se envolve com sua prática.

Referências bibliográficas

Benatto MC. (2015). *Acompanhamento terapêutico no Brasil. Uma análise da produção acadêmica na atualidade. (2003-2012)*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.

Brondani AC. (2021). *A experiência do acompanhamento terapêutico a partir da narrativa de usuárias(os)*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Castellanos MEP. (2014). A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 19 n. 4 p.1065-76. jan/abr. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>

Furlan PG & Campos GWS. (2014). Pesquisa-apoio: pesquisa participante e o método Paideia de apoio institucional. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v.18, n.1, p.885-894, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0285>

Onocko-Campos RT. (2011). Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, dez. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>

Onocko-Campos RT et al. (2013). Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.2847-2857, Oct. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000009>

Goncalves LLM & Barros RDB. (2013). Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 25, n. spe2, p. 108-116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000600014>

Palombini AL. (2018). Projeto de Pesquisa. *Acompanhamento terapêutico como dispositivo*

de análise e cuidado em redes de atenção psicossocial e intersetorial. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Reis-Neto RO, Teixeira Pinto AC & Oliveira, LGA. (2011). Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 30-39. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100004>

Santos MA et al. (2015). Produção científica sobre Acompanhamento Terapêutico (AT) na pós-graduação brasileira: revisão da literatura. *Psicologia teoria e prática*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 64-77, ago.

Simões CHD & Kirschbaum DIR. (2005). Produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.6, nº3, p. 392-402. dez.



Amizade na diferença

Ana Caroline Ongaratto de Oliveira
Júlia Meinhardt Cardozo
Heloísa Helena Salvatti Paim
Analice de Lima Palombini
Vera Lúcia Pasini
(UFRGS)

Nossa aproximação com a experiência do AT deu-se como estagiárias de graduação em psicologia vinculadas ao projeto *ATnaRede* e, na sequência, como bolsistas de iniciação científica da pesquisa Acompanhamento Terapêutico como dispositivo de análise e cuidado em redes de atenção psicossocial e intersetorial, associada ao mesmo projeto. Esta escrita, em coautoria com uma extensionista e com as coordenadoras do Projeto, funciona como organizadora de alguns afetos que nasceram com essas experiências, a partir da pesquisa-intervenção e também como testemunho da reforma em saúde mental que segue (re)existindo. É uma reflexão inicial, decorrente da nossa vontade de pôr em questão a nossa prática e os nossos lugares como ats.

Ao longo dos nossos encontros no grupo de pesquisa, debruçamo-nos sobre o tema da amizade, presente desde o início na literatura sobre o AT, como forma de pensar o vínculo entre acompanhante e acompanhado. Fábio Araújo (2013), ao reafirmar a indissociabilidade entre clínica e política no acompanhamento terapêutico, aponta a amizade como pertencente a essa zona comum, propondo então uma política de amizade no AT – amizade que não seja pautada na concordância absoluta e, sim, na abertura à diferença e no desejo de que a diferença possa habitar a cidade. Assim, “ser amigo nesse caso é dar a loucura um estatuto público que lhe é de direito, é ir à busca de um espaço que não é mais o da intimidade e sim o da organização social” (Araújo, 2013, p. 169). Em outro texto que buscamos para pensar a amizade no contexto do AT, Ricardo Wagner Silveira (2016) propõe o dispositivo amizade-clínica para pensar o vínculo, afastando-se, também, de uma concepção normativa da amizade. O autor sugere então

a construção do que chamaremos de dispositivo amizade-clínica que possa abalar os alicerces das concepções hegemônicas e institucionalizadas do que se entende por uma relação terapêutica e suas vicissitudes e que, além disso, possa levar à abertura para a experimentação de novas formas de relação entre terapeuta e paciente, mais especificamente, entre acompanhante e acompanhado (Silveira, 2016, p. 333-334).

Ao explorarmos o tema da amizade na clínica, pensamos ser essencial trazermos à cena diferenças que foram silenciadas e descartadas como pouco relevantes para pensar essa clínica. Com base em nossas experiências no acompanhamento terapêutico, buscamos outros referenciais como forma de inquietar e colocar questões sobre como podemos entender a política da amizade no AT, no momento atual.

Entendemos que a experiência do AT é essencial e não pode ser desvinculada da formação teórica nem da produção de conhecimento. No entanto, não pretendemos fazer uso dela como simples exemplo; gostaríamos de empregar uma metodologia que constrói, de maneira processual e em constante transformação, uma valorização da experiência como fundamental no nosso aprendizado. Não se trata de abandonar as teorias já formuladas, mas, sim, de trazer, para o meio acadêmico, os saberes da prática como dignos de aí ocuparem lugar, convocando-nos a pensar no que aprendemos cotidianamente com aqueles e aquelas que acompanhamos.

Sendo assim, recuperamos algumas cenas de dois acompanhamentos que vivemos, que nos inspiram a pensar a amizade. No *ATnaRede*, costumamos conhecer um pouco da vida dos nossos acompanhados antes mesmo de encontrá-los a primeira vez, a partir do que conta o *at* que o acompanhava até então ou os serviços pelos quais são encaminhados. Com isso, temos algumas pistas sobre percursos passados e sobre quem vamos encontrar, pistas estas que são embaralhadas já no primeiro encontro. Vamos, então, entendendo a rede de relações em que nossos acompanhados estão inseridos, abertas à escuta e com desejo de saber quais histórias eles irão escolher nos contar. Tecemos, assim, um caminho singular a partir destas pistas, organizando-as e embaralhando-as ao longo do nosso tempo como *ats*.

É importante ressaltar que essas cenas que trazemos falam de dois momentos distintos de acompanhamento: um deles já encerrado e outro ainda em curso. Escrevemos este texto a partir do nosso trajeto na pesquisa, que é inseparável da experiência que tivemos como acompanhantes, mesmo estagiando no projeto em momentos diferentes.

Dirceu é um homem negro de 27 anos, habitante de um bairro periférico na zona sul da cidade, onde mora com sua família, em uma casa pequena que abriga sete pessoas. Mauro é um homem branco de 25 anos, vive com sua família em um bairro da zona norte da mesma cidade, também em uma casa pequena que acomoda quatro pessoas.

Dirceu chega a nós através de um serviço da assistência social, sendo depois vinculado a um CAPS. Apesar de ter se resignado a aceitar o tratamento no que diz respeito ao acompanhamento psiquiátrico, não tem o hábito de frequentar o serviço, resistindo a se ver na posição de alguém que tem um sofrimento psíquico grave. Mauro nos chega por demanda de um CAPSad ao qual é vinculado desde seus 18 anos; frequenta bastante o serviço durante o tempo do acompanhamento, tendo também um vínculo importante com o Consultório na Rua.

Dirceu e Mauro têm em comum o desejo de viver e de tecer relações. Dirceu gosta de futebol, de usar as redes sociais e escutar pagode. Mauro também gosta de música, sendo o funk um de seus estilos preferidos, e escreve letras vislumbrando poder cantá-las para o mundo.

Apesar de ambos compartilharem o mesmo diagnóstico, este ganha contornos singulares dentro de seus contextos e de suas experiências subjetivas e corporificadas. Para Mauro, o rótulo da esquizofrenia marca sua relação com amigos e conhecidos de seu bairro, bem como com sua família, que em muitos momentos tem dificuldade para entender e respeitar sua forma de estar no mundo. Para Dirceu, o diagnóstico aparece de forma mais sutil, com sua família buscando conhecer mais sobre o diagnóstico na intenção de apoiá-lo em momentos de crise e trazer mais bem-estar para o seu cotidiano. Essa postura que a família assume, somada ao trabalho do AT, permite que, durante a pandemia, uma situação de crise seja acolhida em casa e acompanhada por whatsapp pelo *ATnaRede* (envolvendo a *at* atual, o *at* anterior e uma das coordenadoras do projeto).

Quando pensamos nos processos de acompanhamento, é nos territórios que estas cenas tomam forma. Entendemos que “o território é a instância que

garante um mínimo de constância à vida” (Araújo, 2013), ao mesmo tempo que está sendo constantemente (auto)construído pelas pessoas que o habitam. Para além da geografia física, nasce uma geografia dos afetos, que inclui a cidade e seus jogos de alteridade, e é neste vai-vem que se dão os processos de subjetivação. O território nem se reduz à área física delimitada com características estanques nem equivale à ideia de comunidade como totalidade homogênea e sem conflitos. Os territórios são lugares de vida, possuindo um caráter processual. Eles dão constância àquilo que emerge das relações e nos permite ocupá-los e transformá-los, da mesma maneira e ao mesmo tempo que nos ocupamos e nos transformamos (d)neles. Estar em movimento, tecendo encontros, pressupõe que estejamos conflitando, com o entorno e conosco mesmo.

No acompanhamento de Mauro, todo o percurso é atravessado pelos diversos discursos sobre o território e sua (não) potência como cenário do AT – o território é dito perigoso, sendo esse perigo associado ao tráfico de drogas. Para a família, a circulação de Mauro pelo bairro apresenta um risco permanente de que ele acabe por comprar e usar drogas, o que, em outros momentos, levou-o a uma desorganização psíquica e ao envolvimento com o tráfico. Para o CAPSad que Mauro frequenta, o território configura não só esse risco, como também um impeditivo para a realização do cuidado – em certo momento, uma trabalhadora, referindo-se a uma das *ats*, diz que seria inviável que ela fosse sozinha realizar o acompanhamento.

Emaranhado nesses discursos, medos e perigos, Mauro nos apresenta uma outra faceta da multiplicidade do bairro: espaço de encontros, de possíveis, como no plano que tem, de um dia fazer um show em um bar próximo, ao qual convidará os amigos, as acompanhantes e a equipe do CAPS. Ao imaginar para si um futuro baseado no seu desejo, diferente dos ideais externos que o colocam no lugar do fracasso, Mauro desloca também o imaginário sobre aquele território, visto por ele como um lugar de conexões e de cultura.

Nas conversas com o seu serviço de referência que antecederam o início do AT, Mauro aparece como alguém que não consegue “sustentar as coisas” – inicia muitas atividades para depois abandoná-las, faz muitos planos sem planejar como concretizá-los. No primeiro encontro, ele nos recebe desconfiado, fala pouco, mas já conta que quer nossa ajuda para arrumar um emprego e voltar a estudar. O

começo do AT é marcado por um ritmo acelerado, de muitas saídas em busca desses objetivos – como se Mauro tivesse que provar, de certa forma, que “precisa” do AT e que é capaz, sim, de concretizar as suas metas, ou as metas que lhe são sinalizadas no discurso de familiares e da equipe de saúde que se ocupa do seu cuidado.

Ainda no início do acompanhamento, recebemos a informação de que Mauro havia *fugido* de casa e ido para uma cidade do litoral. Os dias que se seguem são de preocupação por parte da família, do CAPS e também das *ats*, sendo o conteúdo dessas angústias muito centrado no medo do uso de drogas, ou do não uso das medicações psiquiátricas. Ao retornar para casa, Mauro nos liga e diz que seu único aborrecimento com relação ao *passeio* foi que não conseguiu “pegar uma praia”, só viu o mar de longe.

Essa fala tem um efeito de pausa, para refletirmos sobre o que pode emergir quando aceitamos o risco inerente ao ato de andar pelo mundo e nos colocamos para estar junto daqueles que acompanhamos. A saída de Mauro, se entendida como uma fuga, poderia levar a uma intervenção que visasse a contenção, a tutela e a vigilância. Porém, quando nos colocamos para escutar o que ele tem a dizer sobre si mesmo, emerge outra narrativa, a do passeio, que abre espaço para outras conversas, sobre como ele se coloca no mundo e em relação ao seu desejo. A partir disto, repensamos a cena e nos perguntamos: por que, para sujeitos que estão sob o signo da loucura e do uso de drogas, facilmente a história de um passeio – um lampejo de desejo – é entendida como fuga e objeto de contenção?

Ao buscarmos um ritmo próprio para o percurso do acompanhamento terapêutico, vamos desacelerando, descobrindo o que queremos fazer juntos, estando mais presentes nos encontros sem buscar um ponto de chegada. A amizade, então, se realiza no encontro, em que forjamos um tempo singular e em que apostamos na imaginação como sendo capaz de produzir efeitos na subjetividade. Tais efeitos também provocam transformações no território, na medida em que este é “entendido como multiplicidade, possuindo uma função constituinte, de produção de subjetividades, e não somente dependente da ação ou do uso por parte dos atores sociais” (Ferreira Neto, 2011, p. 69). Sendo assim, entrelaçamos espaço-tempo-clínica-amizade, a partir dos convites que Mauro nos faz para passear.

Enquanto isso, numa outra parte da cidade, os encontros com Dirceu e sua vinculação ao AT se dão de maneira lenta e silenciosa. Este usuário chega ao projeto

por demanda da Assistência Social, e a narrativa apresentada pelo serviço inclui tentativas de suicídio, abuso, psicose e uma rede de cuidado composta essencialmente por sua família, já que a maioria de seus amigos do colégio haviam se afastado depois do período de adoecimento intenso que culminou com seu fechamento em si mesmo (e no seu quarto). Com isto, entra em declínio o projeto de vida que Dirceu carregava, sonhado principalmente por seu pai: ser jogador de futebol.

No esforço de esquecer essas informações, de que ficamos sabendo de antemão, emerge a surpresa com o encontro, fazendo fluir o desejo de espontaneidade. Dirceu é um homem negro, alto, cheira a fritura, tem uma postura esquivada para frente e se apresenta tímido e recluso. Nos primeiros encontros, não endereça palavras à *at*, sequer um olhar, um gesto. Nestas cenas, o sentimento que se produz em nós é de estarmos sendo um empecilho na relação entre ele e Danilo, seu antigo *at*, que naquele momento faz a passagem do caso. Tentando evitar a incômoda posição que Dirceu parece impor a nós, fazemo-lhe convites atrapalhados, de que déssemos uma volta na rua. De forma inesperada, Dirceu topa, e, desde então, a rua se torna nosso setting; um não-lugar ou todos os lugares possíveis.

Andando a pé ou de ônibus, muitas vezes o silêncio está presente nos dias em que nos encontramos - a rua basta, já é muito. Nos primeiros encontros sem a presença de Danilo, quando as conversas sobre lugares favoritos, partidas de futebol e cantores pareciam ter se esgotado, ao trazermos o assunto sobre o diagnóstico e as medicações, Dirceu ri e diz que prefere falar de outra coisa, o que nos causa preocupação, pois já havíamos notado que ele só sabe as cores - nada mais - dos comprimidos que toma todos os dias. Dirceu também relatava que sentia alguns efeitos incômodos dos medicamentos, mas não sabia como comunicar à psiquiatra. No AT seguinte, sem ter escutado o seu pedido de que prefere falar de outra coisa, levamos a ele um Guia GAM⁴³ e sugerimos que usássemos o tempo do encontro para preenchermos o Guia juntos. Ele novamente ri, desta vez com o Guia nas mãos, e diz que não é isso que quer fazer no AT.

Depois destas cenas, conseguimos desacelerar, escutando o que ele pede. Logo em seguida, ao fazermos um curto trajeto pelo seu bairro, Dirceu nos

43 GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laborato-rio-saude-coletiva-esaudemental-interfaces>.

mostra onde estudava e onde jogava bola. Seus gestos dizem que ele também sabe de AT e que a narrativa sobre seu sofrimento só faz sentido se territorializada. Sentados em frente ao campinho vazio, Dirceu constrói uma história que fala de saudade dos amigos do colégio e das durezas de estar se tornando adulto; também manifesta sua indignação com o abandono daquele espaço público que fora de lazer no passado. Essa movimentação catalisa alguns fluxos e faz falar o sujeito de histórias, recolocando a vida em movimento. Depois de repetir incansáveis vezes este mesmo trajeto, Dirceu volta a desejar a retomada das relações com os atores que estavam colocados ali, simbolicamente. No seu tempo, ele refaz seus contatos com amigos por meio das redes sociais, passa a frequentar como torcedor os jogos de futebol de seu time e manifesta timidamente a vontade de voltar a estudar. Lembrando Grada Kilomba, que põe em questão quem pode falar e sobre o que podem falar as pessoas negras, vemos uma intersecção possível com o cotidiano que vivemos. Dirceu é experiente em AT, tem já uma certa vivência, de forma que, através de seu corpo e de seus gestos, ensina o que pode ser o AT, conduzindo a criação de nossa política da amizade, por meio da qual é possível sustentar nossas diferenças e tensionamentos. Desde então, trabalhamos juntos para que emergja o desejo de circulação por outros territórios.

Essa é a aposta que temos feito no projeto: aprender o acompanhamento terapêutico com as pessoas que acompanhamos. Na medida em que nos retiramos do lugar de expertise, os processos de produção de saúde e conhecimento são feitos na parceria, com espontaneidade e no cotidiano dos acompanhamentos e supervisões. Afirmamos que nos “formamos” acompanhantes no encontro com aqueles que acompanhamos, e, na medida em que tecemos juntos o percurso do AT, construímos um espaço-tempo próprio a partir da experimentação.

A escritora Chimamanda Adichie (2009), em sua conferência intitulada “O perigo da história única”, discute a fabricação de narrativas únicas (contadas do ponto de vista hegemônico do colonizador) sobre um povo como uma estratégia de poder que desumaniza e silencia as diferenças e as potencialidades de um grupo. A discussão proposta pela autora nos faz pensar sobre as histórias únicas que, muitas vezes, parecem estar escritas para os nossos acompanhados. Ao buscar construir com Dirceu e Mauro espaços em que pudessem criar para si outras narrativas, queríamos também sair da história única da loucura, que reduz e patologiza a complexidade

da vida. Para construir novas histórias, é preciso escutar integralmente ao sujeito, a partir do que ele fala de si, com sensibilidade para o fato de que as modalidades de sofrimento são territorializadas e passam pela interseccionalidade das questões de classe, raça, gênero, bem como pelo discurso social, no caso, sobre o uso de drogas, sobre o que se espera dos jovens habitantes das periferias da cidade, sobre o futuro esperado de um jovem negro e pobre.

Nesse contexto, em que o destino construído para os corpos de muitas das pessoas que acompanhamos parece ser a medicalização, a exclusão ou a morte, entendemos que o dispositivo da amizade no AT é uma forma de resistir a essas forças, ao produzir saúde de forma não prescritiva, singularizada, fazendo circular o cuidado para também gerar transformações no território, a partir das andanças do cotidiano.

Assim, falar da amizade na clínica do AT, significa apostar no seu potencial emancipatório, em que é possível exercitar a diferença nas relações sem hierarquizá-las. Sustentamos uma concepção de amizade que não parte da busca pelo conformismo e pela estabilidade de uma relação entre iguais, mas, sim, que aponta para os movimentos de aproximação e distanciamento, apostando sempre na autonomia dos sujeitos e na construção de outros modos de existência (Silveira, 2016).

A equidade, proposta como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), requer um olhar para as desigualdades e diferenças – que nos atravessam e que estão em jogo nos ATs – e um modo de agir com vistas ao seu enfrentamento. É preciso permanentemente colocar em análise nossas intervenções cotidianas, para que não reproduzam pré-conceitos, silenciamentos e exclusões. Nesse sentido, para que a amizade seja operadora de equidade, é importante que nossos corpos sejam situados e nossos afetos territorializados. Esse movimento nos torna atentas aos sofrimentos que se produzem a partir do racismo, da misoginia e da vulnerabilização social, assim nomeando-os quando acontecem para tecer uma narrativa que desvie da psicopatologização das pessoas que acompanhamos.

Portanto, pensar a política da amizade no AT implica entender como ela se atualiza na singularidade de cada acompanhamento. Lutar para que a diferença possa habitar a cidade implica engajar-se na luta pelo fim de opressões seculares, bem como compreender o nosso lugar dentro desses processos. Esta escrita serve como um disparador de questões para pensar o dispositivo clínico da amizade no

AT de forma interseccional, podendo olhar para as nossas práticas e afirmando também a potência de nos formarmos acompanhantes a partir da experiência, estando abertas ao encontro, à escuta e às transformações que esse encontro e essa escuta suscitam.

Referências bibliográficas

Adichie C. (2009). *O perigo de uma única história*. (19m17s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=D9Ihs241zeg>.

Araújo F. (2007). *Um passeio esquivo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Niterói, RJ.

Ferreira Neto, JL. (2011). Subjetividade e território: para além da interioridade. In: FERREIRA NETO, João Leite. *Psicologia, políticas públicas e SUS*. São Paulo/Belo Horizonte: Editora escuta/FAPEMIG.

Guia da Gestão Autônoma Da Medicação – GAM. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et al. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-esaudemental-interfaces>.

Silveira, RWM. (2016). Relação entre acompanhante e acompanhado: reflexões acerca do dispositivo amizade-clínica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(3), p. 333-340.



Acompanhamento terapêutico e racialidade: caminhos que se cruzam

Ana Paula Moreira
Raisca da Conceição Pereira
Gabriele Pedroso Sampaio
(UFRGS)
Emiliano de Camargo David
(PUCSP)
Analice de Lima Palombini
Vera Lúcia Pasini
(UFRGS)

Nos últimos anos, a partir da vivência de estagiárias(os) negras(os), emergem questões sobre as relações étnico-raciais na experiência do acompanhamento terapêutico no projeto *ATnaRede*, demandando problematizações, aprofundamento e centralidade a respeito da racialização e não racialização no cotidiano do AT. O espaço da extensão, nesse sentido, é organizado e pensado para tensionar coletivamente estratégias de cuidado que estejam implicadas com tais questões, sendo composto por três extensionistas negras, autoras deste capítulo. Por ocasião do XXI Salão de Extensão da UFRGS, realizado em 2020, o projeto *ATnaRede* trouxe esse tema à discussão, produzindo um vídeo que apresentava cenas da experiência de acompanhamento terapêutico em interlocução com as reflexões sobre o fazer AT, relações étnico-raciais e práticas antirracistas.

O vídeo circulou entre outros grupos que compõem a rede de pesquisa e extensão universitária com atuação no campo do Acompanhamento Terapêutico no Brasil, tendo sido apresentado e debatido no Fórum sobre AT e racialidade, no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). O trabalho repercutiu fortemente naquele espaço, sendo ressaltada a importância e a potência de fazermos essa reflexão, trazendo-a para o campo do AT, onde a racialidade ainda é pouco debatida, predominando o desconhecimento de referenciais teóricos que incluam a perspectiva étnico-racial. Portanto, este capítulo tem como objetivo dar continuidade ao debate trazido no vídeo, a partir de casos acompanhados pelo Projeto.

AT em cenas

Em nossa experiência, mais do que desenhar uma linha do tempo da vida de quem acompanhamos, acolhemos o que a pessoa acompanhada nos mostra e nos conta sobre si mesma e o que os serviços nos trazem como construção do caso. Fazemos referência, assim, a uma frase da escritora Conceição Evaristo (2017): “as histórias são inventadas, mesmo as reais, quando são contadas”. Tendo isto em vista, a seguir apresentaremos cenas de três casos acompanhados pelo Projeto *ATnaRede* que privilegiam a temática racial, abrangendo, para cada caso, dois momentos diferentes do AT. Chamaremos de Renata (caso 1), João (caso 2) e Areta (caso 3) nossas/o acompanhadas/o.

Caso 1: Renata

“Disseram que eu não poderia ser racista, pois eu tenho um pé na África. O que isso quer dizer? Eu sou negra ou branca? E agora?” Extremamente aflita, chega à provisória conclusão de que está na fronteira. “Acho que sou meio a meio. Mestiça. Olha a minha pele, eu não sou branca e também não sou escura. Meu cabelo não é crespo, mas também não é liso.” Chateada por não conseguir chegar a uma resposta definitiva, continua se perguntando quem, de fato, ela é.” Fragmento do TCC de Débora Fel, autodeclarada como branca, acompanhante terapêutica de Renata durante o ano de 2017-2018.

Em uma praça central da cidade de Porto Alegre, a dupla de acompanhantes conversava com a acompanhada Renata. Ao falar sobre seu fim de semana, Renata relatou para as ats as agressões que sofreu de outra moradora do residencial em que vive. Palavras como “invejosa” e “louca” foram referidas a ela, o que a deixou chateada e irritada. Manifestando sua irritação, Renata usa adjetivos como “nega suja” e “macaca” para caracterizar a moradora.

Relato feito por uma das autoras deste capítulo, autodeclarada negra, acompanhante terapêutica de Renata durante 2019-2021.

Caso 2: João

“Após sair insano da cadeia, João não tardou muito perambulando pelas ruas até ser levado pela própria Brigada Militar para a Internação Psiquiátrica do

Hospital Espírita de Porto Alegre. Chamava a atenção entre a equipe técnica do hospital a completa catatonia de João, mesclada com momentos de extrema fúria onde tentava desesperadamente sair de lá. “Quem vai pagar pro pai?”, “Quem vai pagar pra branco?”, “Vocês viram os coletes?”, “Vocês escutam os altos falantes?”, eram as poucas frases que João repetia na época, dificultando que também pudessem buscar algum familiar ou conhecido que pudesse se responsabilizar pelo seu cuidado.” Fragmento do TCR de Bárbara Greggiani, autodeclarada como branca, residente em Saúde Mental pela UFRGS em 2019 e que fez parte da rede de atenção psicossocial de João durante o período.

Certa vez, uma das andanças descalças pela cidade rendeu a João um machucado no pé que infeccionou. Era preciso tratar. A dor física era, para ele, muito mais possível de lidar do que a dor de encarar um serviço de saúde, lugar que, conforme suas vivências, lhe parecia hostil. Tinha pouca confiança nesses espaços de cuidado, onde suas expectativas de acolhimento nem sempre eram respondidas. Negava-se, muitas vezes, a fazer o uso de medicamentos recomendados pelas equipes. A necessidade de realizar um atendimento médico no consultório na rua o fazia reviver diversas violências institucionais já sofridas. Após muita resistência, as ats – ambas autodeclaradas brancas – o acompanharam. Embora estivessem andando lado a lado, durante o trajeto João manifestava seu incômodo, utilizando a frase “Branco na frente!”, em referência a elas, diversas vezes.

Relato feito por uma das autoras deste capítulo, autodeclarada negra, a partir de discussões coletivas no projeto *ATnaRede*, onde João vem sendo acompanhado de 2019 até a atualidade.

Caso 3: Areta

“Em meu primeiro encontro com Areta, da mesma forma que me surpreendi ao deparar-me com uma jovem negra, também ela fora tomada de surpresa ao ver-se com minha cor. Quando escutei Areta dizer “eu não gosto de negros(as)” em uma primeira intervenção, lhe perguntei, quase afirmando, “mas tu não é negra também?!?”. “Sou morena”, ela me respondera. “Mas eu sou negra. Como vamos sair juntas, caminhar por aí, se tu não gosta de pessoas como eu?”, insisti, ao que ela me respondeu “tu também é morena”.

“Em um dos piqueniques que o projeto ATnaRede costuma fazer semestralmente entre acompanhantes e acompanhados, tivemos a companhia de Areta. Em uma dinâmica de apresentações, que consistia em cada pessoa escolher outro alguém para apresentar ao grupo, ela reparou e se encantou com uma acompanhante branca, a qual elegeu para apresentar, marcando, como atributos de um primeiro olhar, a beleza e a pele branquinha.” Fragmento retirado do capítulo “Costuras Teórico-Clínicas no Acompanhamento Terapêutico: Um Percurso com Areta”, escrito por Liziane Guedes, acompanhante de Areta de 2015-2016, autodeclarada negra.

Racismo em três dimensões

O racismo pode ser compreendido com base em três dimensões: institucional; interpessoal; pessoal. Conforme o documento *Relações raciais: referências técnicas para atuação de psicólogos/os* (CFP, 2017), o racismo institucional, referido ao nível político e programático das instituições públicas e privadas, diz respeito às práticas e normas de cada instituição, as quais privilegiam ou negligenciam determinados aspectos, infligindo condições desfavoráveis à população negra e indígena. O documento menciona o fato de a população carcerária majoritária nos presídios brasileiros ser autodeclarada negra, o que mostra como a lógica do sistema prisional é engendrada no racismo institucional. Já o racismo interpessoal diz respeito aos processos de desigualdade política que têm lugar na interação entre pessoas com base na raça/cor, o que se pode observar, conforme apontam os autores, nos serviços de saúde públicos ou privados, quando usuários/as negros/as recebem tratamento de menor qualidade do que usuários/as brancos/as. (CFP, 2017). Quanto ao racismo pessoal, ou internalizado, refere-se às formas como as pessoas introjetam hierarquias raciais socialmente instituídas, acreditando e agindo com base na ideia de que ser branco é uma condição melhor e ideal.

Os relatos que trouxemos mais acima explicitam de que forma a raça pode compor o cenário do AT, revelando os efeitos psicossociais do racismo conforme as três dimensões que acabamos de descrever. O que é comum aos três casos é a relação dual entre branco e negro sujeita à ideia de uma hierarquia racial. As falas expõem o ser branco como lugar de privilégio (caso 2) e de maior beleza (caso 3), enquanto o ser negro é identificado a um lugar de menor valor ou de animalização (caso 1).

Contudo, as dimensões do racismo - institucional, interpessoal, pessoal - são complexas, apresentando-se de forma imbricada. Dificilmente iremos observá-las em separado no cotidiano de trabalho. É preciso, portanto, estarmos atentos/as a todas as formas de expressão do racismo para seu enfrentamento. Sugerimos que o/a leitora/o fique com a seguinte pergunta: quais expressões do racismo já presenciou na sua trajetória profissional?

O dispositivo de racialidade e a loucura: dupla exclusão

Sueli Carneiro, em sua tese “A construção do outro como não-ser como fundamento do ser” (2005), reflete sobre a desigualdade racial e propõe que analisemos esta situação a partir do conceito de dispositivo de racialidade compondo a teoria do biopoder de Foucault (1979). Carneiro (2005) argumenta que há um dispositivo de poder construído em um dado momento da história que permanece operando com o objetivo de demarcar o estatuto humano como sinônimo de brancura, criando um privilégio da raça branca em detrimento dos negros/as e outros grupos étnico-raciais: uma tem seu lugar à frente, e a outra, atrás. Um assume a condição de ser e impõe à outra um não-ser. São geradas, assim, uma série de discriminações pautadas na raça, desde usar nomes pejorativos para se referir às pessoas até a concepção de que algumas vidas - brancas - valem mais do que outras. “É um fato a consternação pública que provoca a violência contra brancos das classes hegemônicas em oposição à indiferença com que se trata o genocídio dos negros e outros não-brancos em nossa sociedade” (Carneiro, 2005, p. 44).

A microequipe de residentes que acompanha João junto à Escola Aberta - na qual se inclui a autora do TCR citado mais acima - encaminha-o ao Projeto ATnaRede no momento em que ele é permeado por dois dispositivos. Quais? O primeiro, de racialidade - João é um homem negro. O segundo dispositivo refere-se à divisão entre normal e patológico. João sai da prisão carregando o estigma do louco, o qual é identificado pelos serviços que o acompanham sob o signo da desorganização. A articulação destes dois dispositivos resulta numa dupla exclusão - por ser negro e por ser louco. Negar qualquer um destes fatores será pactuar com a ideia de *não ser*, trazida seja por Foucault seja por Carneiro.

A prática do acompanhamento terapêutico ganha força no contexto da reforma psiquiátrica, na busca de possibilidades de participação do sujeito no tecido social. Afirmamos aqui que o social é estruturado pelo racismo. Desta forma, um modo como nós, *ats*, podemos intervir, nesse âmbito, é problematizando a ideia naturalizada da hierarquia racial. Assim, podemos perguntar às/aos nossas/ os acompanhadas/os: por que macaca? por que branco na frente? Ao questioná-las/os, dizemos que não compreendemos da mesma forma ou nos permitimos refletir juntas/os sobre o que foi dito. Mas, para além do dizer, do questionar, o simples fato de que haja *ats* negras/os no exercício dessa prática, ou de que *ats* brancas/os se coloquem ao lado (e não na frente) de acompanhadas/os negras/os constitui *per se* uma intervenção problematizadora da ideia de hierarquia racial.

Branqueamento e branquitude

A política de branqueamento pode ser lembrada pela obra de arte *A redenção de Can*, do espanhol Modesto Brocos (1895): uma avó negra retinta está com os braços para os céus, em agradecimento pela filha negra de pele clara ter tido um filho branco. A miscigenação gerou termos de identificação etnicorracial, como “moreno” e “café com leite”, entre outros. Todavia, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística utiliza-se de cinco categorias para definir o quesito raça/cor – brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas –, sendo considerado negros apenas pardos e pretos. Vemos o efeito da política de branqueamento e a complexidade dessa dinâmica no caso 1, em que Renata se enxerga na fronteira, entre branca e negra, e, em outro momento, chama sua colega de “nega suja e macaca”. Não cabe a nós, *ats*, responder às dúvidas de Renata, contudo a problematização apresentada mais acima poderia compor o diálogo entre *at* e acompanhada.

Um aspecto central da dimensão das relações étnico-raciais é o papel da branquitude na manutenção do racismo e de seus privilégios. Bento (2002, p. 30) aponta que “o silêncio, a omissão, a distorção do lugar do branco na situação das desigualdades raciais no Brasil têm um forte componente narcísico, de autopreservação, porque vem acompanhado de um pesado investimento na colocação desse grupo em um lugar de referência da condição humana.” Ressaltamos aqui a importância de não tomar a problemática do racismo

circunscrita apenas aos negros e às negras ou, no que concerne ao nosso campo de atuação, somente a usuárias e usuários de saúde mental (Ignácio & Mattos, 2019). No Projeto *ATnaRede*, notamos uma ausência de estudos referentes às relações etnicorraciais até a chegada de estagiários/as e extensionistas negros. É essencial que, para a prática de um AT antirracista, a problematização acerca da implicação de *ats* brancas/os quanto à racialidade na clínica do AT seja também considerada.

Racismo, sofrimento psíquico e a positividade da negritude

A psicanálise tem fornecido ao AT ferramentas conceituais que alimentam muitos dos ensaios de reflexão teórica sobre o valor dessa prática clínica e orientam o manejo e a escuta (Neto & Pinto & Oliveira, 2011; Palombini, 2007). Os estudos das relações raciais também se encontram com a psicanálise, e algumas teóricas negras nos ajudam a pensar tal encontro. Grada Kilomba (2020), artista e psicóloga, é uma dessas teóricas que, dado o cenário vivenciado há séculos pela população negra, afirma o racismo cotidiano como uma experiência traumática, no sentido freudiano: um evento se torna um trauma no momento que ultrapassa um limite de excitação externa, uma barreira simbólica, mostrando que determinadas situações são impossíveis de compreender pela razão. Kilomba (2020) ressalta que:

O racismo cotidiano não é um evento violento na biografia individual, como se acredita – algo que “poderia ter acontecido uma ou duas vezes” – mas sim o acúmulo de eventos violentos que, ao mesmo tempo, revelam um padrão histórico de abuso racial (Kilomba, 2019, p. 215).

Essa discussão é de extrema relevância no trabalho do AT, pois devemos qualificar nossa escuta para que seja dado lugar às narrativas de nossos acompanhados sobre estes episódios. Diante do relato de uma experiência de opressão, Kilomba (2020) nos propõe que, ao invés de perguntarmos *o que você fez?* ou *como reagiu?*, possamos interrogar: *o que o racismo fez com você? como você se sentiu?* Trata-se de uma intervenção que pode se desdobrar em muitas; a única regra é oferecer uma escuta a quem acompanhamos que lhe auxilie a se enxergar fora da relação reativa em que sempre precisará responder ao dominador

e se preocupar com ele. O foco é trazer a pessoa para o centro de suas afetações e reflexões. Longe de buscar respostas para a experiência de quem acompanhamos e/ou assumir uma posição de analista, fazemos referência aqui ao reconhecimento das marcas que a experiência com o racismo provoca.

Em uma perspectiva próxima, a psiquiatra Neusa Santos Souza (1983) refere que, diante do racismo estrutural, as pessoas seriam constituídas por ideais de ego branco, inclusive as pessoas não negras, todas imersas na lógica de dominação. Portanto, o sujeito negro “nasce e sobrevive imerso a uma ideologia que lhe é imposta pelo branco como ideal a ser atingido” (Souza, 1983, p. 34). Exercer autonomia sendo seu próprio modelo identificatório é um dos desafios das pessoas negras em um contexto que apresenta perspectivas massivamente brancas. Tais processos não são fáceis nem intuitivos. Como vimos anteriormente, no Brasil, atributos físicos (pele preta, traços negróides) não caracterizam por si só uma identidade negra. É necessário, sobretudo, uma tomada de consciência acerca de si. Ser negro é um vir a ser (Souza, 1983). Nesse sentido, ganha importância a coleta qualificada de dados relacionados com a cor dos usuários, motivando o processo de autodeclaração de raça/cor e evidenciando a necessidade de ações que valorizem a população negra. Trata-se de interromper o círculo vicioso pelo qual políticas de Estado e posicionamentos de coletivos não reconhecem ou não enfrentam os efeitos do regime racial, o que dificulta o reconhecimento de negros/as de maneira positiva e torna frágil as coletas desses dados por parte de profissionais atravessados/as por tais efeitos. (Ignácio & Mattos, 2019).

O caráter colonial da história da psiquiatria tem sido evidenciado por autores/as que, no que diz respeito ao contexto brasileiro, acusam as perspectivas eugenistas e racistas que estruturaram a oferta de serviços de saúde mental (Faustino, 2020; David, 2018, 2020). Destacamos, ainda, a importante pesquisa de Ignácio & Mattos (2019) sobre racismo e saúde mental, com o foco na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Um dos seus objetivos foi o de analisar os desafios de inclusão do enfrentamento ao racismo no contexto da Reforma Psiquiátrica, contando com o aporte das reflexões feitas no Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental (2014-2015), vinculado ao Ministério da Saúde. Foram constatados problemas com relação à formação dos/as trabalhadores/as, envolvendo assimetrias raciais e falta de sensibilidade étnico-racial no trabalho

na RAPS. Também foi identificada a necessidade urgente de enfrentamento dos manicômios - majoritariamente negros - como uma das estratégias de combate ao racismo no contexto brasileiro. Embora a pesquisa tenha constatado a importância fundamental do acolhimento, na RAPS, dos efeitos psicossociais do racismo, não é algo que tenha ganhado qualquer destaque entre as ações colocadas em prática pela reforma psiquiátrica, ou porque tal temática não ganhou espaço nas reflexões em torno à clínica ou porque os serviços não foram capazes de acolher tais dimensões psicossociais. (Ignácio & Mattos, 2019).

As reflexões desses autores nos permitem voltar o olhar para o AT e revisitar suas elaborações sob outra ótica. Vale ressaltar que o AT é uma clínica itinerante (Lemke & Silva, 2013), ou nômade (Rolnik, 1997) que se coloca ao lado dos/as acompanhados/as em percursos pelos seus territórios existenciais. Como em outras esferas da vida, na experiência do AT, é possível que nem todos os locais pelos quais se transita sejam acolhedores com todas as pessoas, e esse é um aspecto considerável. Nesse sentido, acompanhantes e acompanhados/as estão sujeitos/as a eventos inesperados, até mesmo relacionados ao racismo, que muitas vezes os/as colocam em xeque. A clínica do AT, porém, é pródiga em transgredir pressupostos e enquadres limitantes das teorias, das políticas, sugerindo uma reinvenção que coloque as instabilidades e desconfortos dos encontros como potência de movimentos, como multiplicação das possibilidades de vida. Tendo o individual e o social como campos imbricados, uma possibilidade é tomar a via da identificação e do pertencimento, encontrando meios de ampliar perspectivas culturais, sociais, religiosas, como direção da clínica no AT. Assim, espaços cotidianos que pensem a representatividade estética, que positivem a identidade e a cultura negra, a depender do caso, podem tornar-se constitutivos do manejo dessa clínica. Lembremos que tais configurações estão relacionadas aos múltiplos arranjos que o AT pode compor, incluindo o de acompanhantes e acompanhados/as igualmente brancos/as, sendo todos racialmente implicados/as.

Considerações finais

Vimos acima que a leitura tradicionalmente feita sobre a Reforma Psiquiátrica e seus estudos de referência acaba por não visibilizar uma das

questões centrais que a reforma psiquiátrica brasileira precisaria enfrentar, isto é, o carácter racista da lógica que constitui a manicomialização. Assim, para nós, é necessária uma releitura antirracista do próprio movimento de luta antimanicomial para poder apreender o papel do AT nesse cenário. Sabemos que a lógica manicomial e racista pode se apresentar ao circularmos pelas ruas, seja nas pessoas, nas instituições ou em nós mesmas. Ao mesmo tempo, apostamos que o AT carrega um importante dinamismo para enfrentar as expressões seja do manicômio, seja do racismo, uma vez que se trata de uma prática que não se resume ao dizer, mas se estende a um transitar e um agir, em que o que se vê, o que se percebe e o que se sente podem transformar tanto quanto a palavra. Cabe a nós estarmos atentos/as à resistência que é possível trilhar e à potência que se pode vislumbrar e vir a ancorar cada pessoa e espaço.

Há muitos caminhos a percorrer sobre a temática discutida neste capítulo, aqui apontamos alguns que foram trilhados por nós. Ademais, encorajamos aos/as leitores/as a buscarem em nossas referências aprofundamento das teorias para o enfrentamento do racismo em suas práticas, descortinando a prática antirracista que, numa perspectiva não tutelar, libertária, de cuidado em saúde mental, deve estar, desde sempre, em causa.

Referências bibliográficas

- Bento MAS. (2002). Branqueamento e branquitude no Brasil. In: Carone, I & Bento, MAS. (Orgs.). *A Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes, p. 25-58.
- Carneiro AS. (2005). *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo: SP.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2017) *Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os*. Brasília: DF.
- David EC. (2018). *Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infância Juvenil*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: SP.
- David EC & Vicentin MCG. (2020). Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em debate*, v. 44, n. esp. 3 -

Retratos da reforma psiquiátrica brasileira.

- Ignácio MVM & Mattos RA. (2020). O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 66-78.
- Kilomba G. (2020). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Editora Cobogó, Rio de Janeiro: RJ.
- Lemke R & Silva RN. (2013). Itinerários de construção de uma lógica territorial de cuidado. *Psicologia e Sociedade*, n.25, n. esp. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v25nsp2/v25nspe2a03.pdf>
- Palombini AL. (2007) *Psicanálise a céu aberto? Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.) Psicose*. Aberturas da clínica. Porto Alegre: APPOA/Libretos.
- Reis Neto RO, Teixeira Pinto, AC & Oliveira, LGA. (2011). Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 1, pág. 30-39. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100004&lng=en&nrm=iso
- Rolnik S. (1997). Clínica nômade. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital - Dia A Casa (Org.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. EDUC, São Paulo: SP, p.83-97.
- Souza NS. (1983). *Tornar-se negro: As vicissitudes do negro em ascensão no Brasil*. Edições Graal, Rio de Janeiro: RJ.



A clínica do acompanhamento terapêutico como dispositivo de atenção biopsicossocial

Daniel Dall'Igna Ecker
Analice de Lima Palombini
(UFRGS)

Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
(UFSC)

Vania Roseli Correa de Mello
(UERGS)

8 de julho de 1955. Veio a D. Silvia reclamar contra os meus filhos. Que os meus filhos são mal iducados. Mas eu não encontro defeito nas crianças. Nem nos meus nem nos dela. Sei que criança não nasce com senso. Quando falo com uma criança lhe dirijo palavras agradáveis. O que aborrece-me é elas vir na minha porta para perturbar a minha escassa tranquilidade interior (...) Mesmo elas aborrecendo-me eu escrevo. Sei dominar meus impulsos. Tenho apenas dois anos de grupo escolar, mas procurei formar o meu caráter (Jesus, 1993, p. 13, grifo nosso).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a 'Lei Orgânica da Saúde', promulgou o modelo de cuidado em saúde baseado na atenção integral, biopsicossocial, assumido pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Na Lei, a ideia de cuidado integral e integralidade se expressaram em seu conteúdo:

1) Capítulo I, Art. 5º, como um dos objetivos do Sistema Único de Saúde a "d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica";

2) Capítulo II, dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º "II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema";

3) **Capítulo VI**, do subsistema de atendimento e internação domiciliar, “§ 1o (...) incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos (...) ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio” (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, grifo nosso).

A partir disso, a inserção da noção de cuidado integral e integralidade nas diretrizes do SUS foi central para as práticas em saúde mental que dela derivaram, instigando a produção de novas abordagens em saúde, clínica e terapêutica, no Brasil⁴⁴. Os movimentos aliados aos princípios do Sistema Único de Saúde preconizam uma concepção ampliada de saúde, a saúde integral, que compreende os agravos e doenças como compostos e promovidos por diferentes determinantes, como questões biológicas, individuais, relacionais, familiares, culturais, políticas e sociais. Nas terapêuticas da clínica a compreensão de saúde integral é base das políticas de atenção psicossocial, por enfatizar o processo de saúde-adoecimento como intimamente “relacionado a múltiplos determinantes sociais, que se encontram envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação da condição saudável ou da situação de agravo” (Ministério da Saúde, 2014, p.20).

Com a determinação dessas diretrizes e orientações das políticas do SUS, complexificou-se o cuidado clínico, redirecionando o modelo de assistência às pessoas em adoecimento psíquico, remodelando a forma como a cidade organiza suas práticas de cuidado para a população (Ecker & Palombini, 2020). Essas transformações também se articularam à criação e à consolidação de diversos modos de pensar e exercer a clínica no Brasil. Com isso, desenvolveram-se dispositivos de intervenção que trabalham seus pressupostos baseados em uma clínica inserida no território de vida de usuárias e usuários, conforme as abordagens propostas como clínica ampliada (Campos, 2003), clínica nômade (Rolnik, 1997; Ferla, 2007), clínica peripatética (Lancetti, 2006), clínica itinerante (Lemke & Silva, 2013) e, dentre elas, a clínica do acompanhamento terapêutico (AT) (Palombini, 2008).

⁴⁴ Texto derivado da tese de doutorado: Ecker, Daniel Dall'Igna. (2020). O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/213918>

AT como dispositivo de atenção à saúde biológica

O acompanhamento terapêutico pode operar como uma das ferramentas clínicas disponíveis na atenção psicossocial. Como dispositivo terapêutico que incide na produção de subjetividades, a partir dos territórios em que vivem e circulam as pessoas assistidas, o AT apresenta-se em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e do Sistema Único de Saúde. Enfatizando uma clínica situada social e historicamente, as terapêuticas do acompanhamento terapêutico se delineiam, não apenas pelas conexões com a rede intersetorial de serviços e com as políticas públicas territorializadas, mas, também, pelo modo como ele imerge na vida daqueles a quem atende. Adentrando nas casas, “pelos ruas do bairro, no cotidiano das relações familiares e de vizinhança estabelecidas” (Palombini, 2017, p.14), a proposta do AT acompanha a experiência do adoecimento e as diferentes demandas de atendimento em saúde mental na complexidade cotidiana da vida.

Desse modo, ao produzir uma clínica imersa na complexidade da vida, o acompanhamento terapêutico torna-se um dispositivo capaz de testemunhar o corpo do sujeito existindo em seu dia-a-dia: aquilo que é descrito pelo senso comum como ‘biológico’, relativo à biologia, à vida, aos seres vivos e à genética, se expressa atravessado por diferentes determinantes. A pessoa adocece, fica gripada, sente fome, dor de cabeça, demonstra saúde e alegria, sorri, expressa múltiplos sentimentos e sensações, sinais e sintomas físicos, imersos em características individuais, familiares e culturais. A genética e as ligações biológicas, produzidas pelas consanguinidades, sofrem a interferência dos fatores culturais, políticos e sociais em que foram constituídas essas próprias condições consanguíneas, sendo o acompanhamento terapêutico um dos dispositivos que possibilita evidenciar a complexidade dos diferentes determinantes que constituem nossa saúde.

Ao priorizar processos terapêuticos nos contextos comunitários de vida, o AT favorece a produção de modos de ser e estar no mundo para além daqueles fabricados em instituições de tratamento fechadas (Palombini, 2008). Desse modo, o corpo também biológico desloca-se de recortes interpretativos em que sua existência complexa será reduzida a sinais e sintomas físicos, ou diagnósticos psiquiátricos, propondo uma atenção em saúde mental biopsicossocial,

para além de fronteiras institucionais concretas. Nesse raciocínio, propõe-se pensar o acompanhamento terapêutico como estratégia para acompanhar a circulação dos corpos e testemunhar seus percursos, encontros e desencontros, também biológicos, pela cidade, no território, superando espaços destinados, historicamente, a quem possui alguma forma de adoecimento psíquico.

O AT compreende a produção de saúde não na reclusão e confinamento, mas, na circulação e liberdade, sendo possível referi-lo como uma clínica em movimento (Palombini, 1999). Ao possibilitar uma terapêutica cambiante e múltipla, que reinventa formas de produzir saúde através (e com) elementos do cotidiano (Palombini, 2008) o corpo, em sua dimensão biológica, transforma e é transformado por seu entorno. Considerando as tramas possíveis que emergem na cidade e naquilo que se compreende como os 'espaços públicos', o AT tem como matéria da clínica diferentes discursos – gestos, ações, intervenções, documentos, imagens, objetos, instituições, políticas, saberes, formas de organização social, dentre outros –, testemunhando e operando no tempo presente da experiência terapêutica dos corpos. Cabe destacar que esta clínica articula-se sempre na singularidade do caso, na dinâmica entre a presença do acompanhado e acompanhante, entre seus corpos e os dos outros e da *pólis*.

Os discursos, como efeitos daquilo que se produz no social, colocam o desafio de se pensar as demandas biológicas dos acompanhados diante de algo que também se impõe pela via do público, no inesperado da vida e na complexidade do mundo. Assim, ao efetivar deslocamentos pela cidade, o acompanhamento terapêutico possibilita ao acompanhado e acompanhante transitar por diferentes discursos, espaços físicos e pessoas de diferentes grupos populacionais, operando como ferramenta clínica na construção ou reconstrução de laços sociais, territoriais, familiares (Veloza & Serpa Júnior, 2006) e, inclusive, laços consanguíneos. Nesse contexto, o corpo também biológico do sujeito assistido, vai se moldando e sendo moldado por seu entorno e emerge no AT como material clínico e ferramenta para o cuidado em saúde. Se há uma lógica organicista que interfere na constituição do sujeito, na sua relação consigo mesmo e com o mundo, o acompanhamento terapêutico apresenta-se como cenário clínico que explicita os movimentos constitutivos do corpo, seus processos de saúde e de adoecimento.

Para as/os profissionais que trabalham com AT, compreender a saúde em uma lógica biopsicossocial, superando determinismos estritamente biológicos, requer transformações nas posturas previamente apreendidas pela formação profissional já que, segundo Palombini (2008), a clínica do AT não se situa em cenários antecipadamente montados que permitem atitudes padrão, previsíveis e controladas. Neste sentido, ultrapassando a crítica as formações profissionais estereotipadas proposta pela autora, a clínica do acompanhamento terapêutico como dispositivo de atenção biológica desloca a produção de processos terapêuticos para o mundo, induzindo conexões inusitadas, enlaçando os sujeitos a novos modos de vida, novas reações, comportamentos, subjetividades e efeitos em sua bios. Ao transitar por múltiplos lugares o AT contribui, no tempo presente, com conexões ao espaço urbano interconectando o(a) acompanhado(a) no dentro e fora das instituições (Palombini, 2008) e no dentro e fora de sua própria biologia.

AT como dispositivo de atenção à saúde psicológica

A circulação pelo território afirma a plasticidade característica da ferramenta clínica do AT, como um processo que evoca diferentes lugares, possibilidades, experiências, dimensões, passagens e paisagens (Veloza & Serpa Júnior, 2006). Circulando na cidade, pela cidade e com a cidade, o acompanhamento terapêutico permite desestabilizar roteiros, produzindo íntima relação do inusitado, com a necessidade de invenção, como ferramenta de intervenção clínica – imprevisibilidades, invenções e intervenções que se criam a partir do que se vai experienciando no contexto terapêutico andante.

Desse modo, ao produzir uma clínica imersa na relação do inusitado com a necessidade de invenção de outros modos de estar no mundo, o AT torna-se um dispositivo capaz de testemunhar o corpo do sujeito criando-se e moldando-se nos imprevistos do dia-a-dia: aquilo que é descrito pelo senso comum como 'psicológico', relativo ao psíquico, aos processos mentais, comportamentais ou emocionais da *psiquê* humana, se expressa atravessado por diferentes determinantes. A pessoa adocece, imagina coisas que não existem, tem memórias traumáticas, lembranças dolorosas, sente inseguranças e medos, demonstra saúde e alegria, pensa coisas positivas, expressa múltiplos sentimentos e sensações, sinais e sintomas psicológicos

imersos em características individuais, familiares e culturais. Os comportamentos e as emoções, produzidos pelo que se tem de individual e singular, sofrem interferência de fatores culturais, políticos e sociais, sendo, o acompanhamento terapêutico um dos dispositivos que possibilita evidenciar a complexidade dos diferentes determinantes que constituem nossa saúde.

A circulação pelos espaços urbanos através do AT, onde os imprevistos irrompem em meio à constância e regularidade dos encontros, permite incitar dispositivos que coloquem em questão os modos de subjetivação contemporâneos, ao propor que roteiros prévios não sejam aquilo que definam *per se* as experiências terapêuticas. Acompanhar os processos subjetivos que ocorrem na cena clínica (o indivíduo, seus gestos, intenções, histórias, afetos...) alinhava os sujeitos a outros espaços, tempos e efeitos, modos de ser e estar no mundo, que desindividualizam aquilo que se compreende como psicológico. O seguir dos movimentos (por passos, recordações, memórias, revelações, paradas...) envolve deslocamentos subjetivos daquele que acompanha e daquele que é acompanhado, movimentando de uma posição para outra, de uma função à outra. Deslocar roteiros psíquicos pré-estabelecidos, ou reconhecer a direção que se deseja tomar, deixando-se envolver pelos movimentos, surpresas ou barreiras que a vida cotidiana produz aos sentidos, situa-se, parafraseando Cavalcanti (1992), como um dos possíveis efeitos da clínica ampliada do AT em uma abordagem compreensiva da saúde biopsicossocial.

Desse modo, o corpo também psicológico desloca-se de recortes interpretativos em que sua existência complexa será reduzida à sinais e sintomas emocionais, comportamentais, diagnósticos psicológicos ou psiquiátricos, propondo um cuidado em saúde mental biopsicossocial, para além de psicologismos individualizantes. Nesse raciocínio, propõe-se pensar o acompanhamento terapêutico como estratégia para acompanhar a circulação no território e a inclusão pelo território, os quais constituem marcas de uma clínica ampliada do acompanhamento terapêutico, usufruindo da territorialidade como campo do cuidado, do exercício da liberdade e da cidadania (Ecker, 2018).

Neste sentido, a clínica do AT como dispositivo de cuidado psicológico considera o contexto em que o sujeito está inserido, numa perspectiva que visa superar compreensões de adoecimento de vieses enfaticamente psicologicistas ou organicistas, consagrando, no campo da saúde mental, uma proposta clínica de

cunho biopsicossocial. Na experiência da clínica, o AT situa os processos psíquicos e o adoecimento, também, como efeitos de uma determinada conjuntura social, ou seja, a partir de elementos sócio-históricos, políticos e territoriais (Palombini, 2008). Com isso, ao acompanhar os sujeitos que “perderam a possibilidade de encadear seu mundo ao mundo” (p.25), pelo próprio mundo que os exclui ou estigmatiza em função de seu adoecimento psíquico, a clínica que o AT opera possibilita recolocar os sujeitos na relação com o circuito social, envolvendo diferentes territórios, sentidos (Berger, Morettin & Neto, 1991) e, portanto, múltiplos processos psicológicos possíveis.

AT como dispositivo de atenção à saúde social

Articulando subjetividade, território, cidade, circulação, políticas públicas, exercício de liberdade, autonomia e acesso a direitos, o acompanhamento terapêutico acaba por ofertar elementos para a análise da própria Reforma Psiquiátrica e seus avanços na atenção em saúde mental:

(...) pois, acompanhando o usuário, tanto nos seus percursos pelos serviços e outros dispositivos próprios às políticas públicas, quanto na experimentação de uma sociabilidade que se exerce em espaços variados da cidade, é o próprio processo de implantação da reforma psiquiátrica que é, assim, acompanhado, pondo em análise o funcionamento da rede e as formas como as comunidades locais, a começar pelas famílias, respondem à desinstitucionalização da loucura (Palombini, 2017, p.16).

A noção de autonomia, como elemento relacionado e também analisador da própria Reforma Psiquiátrica, integra as discussões sobre o AT, a desinstitucionalização da loucura, sua experimentação e sociabilidade na cidade, sendo termo presente, também, em uma série de leis, portarias e outros documentos que sustentam as diretrizes dos serviços de saúde mental brasileiros. Na Portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por exemplo, autonomia é relacionada à liberdade, ao território, à atenção integral à saúde, à desinstitucionalização, à inserção do sujeito na geração de trabalho e de renda (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de

2011, Art. 2º e 6º). A partir disso, compreende-se que a noção de autonomia nas práticas da RAPS vincula-se, diretamente, ao exercício de viver em sociedade, ou seja, articula as noções de direitos, liberdade e cidadania como fatores intrínsecos à produção de saúde mental.

Considerando a produção de autonomia como um dos possíveis objetivos terapêuticos da prática do acompanhamento terapêutico, produzir uma clínica que situa a relação entre saúde mental e o exercício de viver em sociedade como correlatos, torna o AT testemunha do engendramento, no dia a dia, da esfera social do sujeito: aquilo que é descrito pelo senso comum como 'social', relativo ao grupo, à sociedade, aos cidadãos, às políticas sociais, às instituições ou contextos, expressa-se atravessado por diferentes determinantes. A pessoa que adoece por falta de autonomia, violações de direitos, fica desempregada, sofre discriminações, assédios morais, perde a liberdade e direitos, demonstra saúde e alegria, circula, amplia laços sociais, exerce direitos, acessa diferentes serviços públicos sem discriminação, é transpassado por características individuais, familiares e culturais. A sociedade e as políticas públicas, produzidas com interesses e desejos diversos, sofrem interferência de fatores biológicos e psicológicos, sendo o acompanhamento terapêutico um dos dispositivos que possibilita evidenciar a complexidade dos diferentes determinantes que produzem nossa saúde.

Neste raciocínio, a noção de autonomia permite pensar o exercício de viver em sociedade como fator intrínseco para a produção de saúde mental na prática clínica do acompanhamento terapêutico, por operacionalizar o que Leal (2001) descreve como rompimento da dicotomia entre indivíduo e sociedade, superando o discurso biológico e determinista de se compreender os processos de saúde. Assim, a ideia de autonomia se destaca no campo da saúde mental por afirmar que o sujeito é também social, reiterando a relação que há entre produção de saúde, cuidado ético, singularidades (individuais e territoriais) e a não segregação da loucura. Realizando a análise de materiais bibliográficos da RPB sobre como o termo autonomia é descrito, em publicações dos anos de 1986 a 1998, Leal (2001, citada por Zambillo, 2015) sintetiza:

(i) Autonomia referida a livre-arbítrio, independência, autossuficiência e autogoverno.

(ii) Autonomia como uma característica sempre limitada, em função da divisão interna do sujeito (entre o eu e o outro de si). Nesse caso, o sujeito da vontade (eu) é visto como permanentemente cerceado, ao passo que o social, introjetado, é concebido como uma terceira instância no 'interior' do sujeito, diferenciado, por suas características próprias, do eu e do outro de si.

(iii) Autonomia dizendo respeito ao indivíduo livre, independente, autossuficiente, mas que tem essa potência limitada pelas obrigações para com o meio onde está inserido.

(iv) Autonomia definida como capacidade do indivíduo de gerar normas para sua vida, capacidade essa que parte de sua possibilidade de ampliar relações com o social (p.83-84).

Nesses múltiplos sentidos, a noção de autonomia complementa e potencializa a ideia de uma saúde biopsicossocial nas práticas do AT ao afirmar a relação inerente entre liberdade, cidadania, exercício de direitos e saúde mental. Autonomia, como constante relação entre aquilo que é biológico, psicológico e social, aproxima-se do princípio de integralidade na atenção à saúde, enquanto diretriz que orienta diferentes políticas do SUS no Brasil⁴⁵. Esse é o caso da Rede Temática de Atenção à Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial que, direcionada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de cuidado decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, define como suas orientações:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a

45 Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2007; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de 2009; Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, de 2010; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2013; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, de 2014; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, de 2015; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, de 2018; dentre outras (Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017).

lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - promoção de estratégias de educação permanente; e XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art. 2º).

A RAPS, tendo o acompanhamento terapêutico como uma das estratégias do SUS da atenção psicossocial, preconiza uma atenção integral à saúde, compreendendo-a como expressão biopsicossocial. Como demonstra a citação acima, produzir uma clínica na perspectiva da saúde integral requer considerar a construção do Projeto Terapêutico Singular relacionado, também, a um sujeito que é também social. Assim, o exercício de cidadania pelo acesso à educação, lazer, esporte, habitação, cultura, ao território, dentre outros Direitos Sociais, torna-se eixo central para a produção de autonomias, liberdades, equidades, combate a estigmas e preconceitos (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011).

Nesses argumentos, pensar a clínica do AT como dispositivo de atenção biopsicossocial situa o exercício da cidadania como elemento produtor de saúde mental: abrange a participação dos usuários e usuárias no controle social, acesso a serviços de base territorial e comunitária, atenção regionalizada à saúde, dentre outros, como determinantes de sua saúde em uma perspectiva da integralidade do cuidado, biopsicossocial, centrada nas necessidades das pessoas, com vistas à inclusão social. O acompanhamento terapêutico, como uma via de promoção de uma atenção à saúde humanizada e integral, exige estratégias que facilitem a integração de políticas setoriais e tecnologias inovadoras que sirvam de suporte ao cuidado daquilo que é biológico, psicológico e social dos sujeitos. Esse modo de

abordagem clínica na atenção em saúde compreende que o exercício da cidadania é estruturante e condicionante para a defesa e garantia da vida, assim como subsídio para realização dos projetos de vida das pessoas (Ministério da Saúde, 2014).

AT como dispositivo de atenção à saúde biopsicossocial

Os argumentos produzidos até aqui tiveram como objetivo evidenciar a clínica do acompanhamento terapêutico como um dispositivo de atenção biopsicossocial, no cuidado em saúde. Contribuindo com as práticas clínicas preocupadas em operar diretrizes e orientações das políticas do Sistema Único de Saúde brasileiro, sob os pressupostos democráticos presentes na Constituição Federal de 1988, argumentou-se sobre o AT como dispositivo clínico que considera a complexidade na produção de nossa saúde, numa atenção a corpos que são ao mesmo tempo biológicos, psicológicos e sociais. Desse modo, propôs-se pensar o cuidado ofertado nas situações de adoecimento psíquico em um modelo biopsicossocial, baseado na compreensão da saúde integral e da integralidade do cuidado.

Sugerir a prática clínica do acompanhamento terapêutico como dispositivo de atenção biopsicossocial é também situar essa clínica como possível ferramenta de intervenção frente aos diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde do SUS. Deste modo, a clínica do acompanhamento terapêutico pode ser exercida nas ações em saúde mental na Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde), na Atenção de Média Complexidade (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviços de Urgência e Emergência, Unidades de Pronto Atendimento, ambulatórios de especialidades, acompanhamento em consultas especializadas e exames) e na Atenção de Alta Complexidade (Hospitais gerais e especializados). O trabalho de acompanhante terapêutico também pode ocorrer em meio a serviços que ofertam cuidado e assistência em saúde na perspectiva ampliada da inclusão, como nas políticas de educação, trabalho, lazer, moradia, dentre outros Direitos Sociais, assim como em outros serviços voltados à saúde mental como nas Unidades de Acolhimento (UA) e Serviços de Residencial Terapêutico (SRT).

Por fim, ao possibilitar ultrapassar os limites físicos que delimitam um determinado serviço público, o acompanhamento terapêutico torna-se um dispositivo clínico capaz de prestar atenção à saúde a partir da circulação tanto

nos diferentes níveis de complexidade do SUS, quando nos diferentes contextos em que se produz a vida. A rua, a cidade, os serviços privados, o supermercado, shoppings, parques, o centro da cidade, o próprio domicílio da pessoa atendida, tornam-se cenários em que podem ocorrer intervenções terapêuticas, preventivas e curativas, individuais e/ou coletivas. Considerando o sujeito em sua dimensão biológica, psicológica e social, o AT possibilita operar um cuidado integral, em que os fatores que produzem o sujeito como corpo biopsicossocial se tornam matéria da clínica, em ato, na dinâmica complexa da vida e dos processos terapêuticos.

Referências bibliográficas

Berger E, Morettin, AV & Neto LB. (1991). História In: *Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-dia A Casa* (orgs.). A rua como espaço clínico, acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta.

Campos GWS. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.

Cavalcanti MT. (1992) *O tear das cinzas. Um estudo sobre as relações entre a psicose e instituições psiquiátricas*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Rio de Janeiro. 368 p.

Ecker DD. (2018). Direitos Sociais e Acompanhamento Terapêutico: problematizações através de desenhos. *Aurora: revista de arte, mídia e política*, São Paulo, v.11, (32), p. 95-109, jun.-set., 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/aurora/article/view/31984>

Ecker DD. (2020). *O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos: políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial*. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/213918>

Ecker DD & Palombini AL. (2020). A complexidade dos direitos sociais na clínica em psicologia: fatores materiais, singulares e multidimensionais. *Pensando Psicologia*, 16(2), 1-28. Disponível em: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/3938>

Ferla AA. (2007). *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: Educ.

Jesus C. (1993). M. de. *Quarto de despejo: diário de uma favelada*. São Paulo: Livraria Francisco Alves.

Lancetti A. (2006). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Leal EM. (2001). Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Figueiredo, A. C. Cavalcanti, M. T. (Orgs.). *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental – Dezembro de 2001. Rio de Janeiro: Edições CUCA – IPUB/UFRJ, v. 1, p. 69-83.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

Lemke RA & Silva RAN. (2011). Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 979-1004. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300012>

Ministério da Saúde. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf

Palombini AL. (1999). O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. *Educação Subjetividade Poder*, Porto Alegre, v. 6, n.6, p. 25-31, 1999.

Palombini AL et al. (2008). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. 2.ed. – Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Palombini AL. (Abril de 2017). Entrevista. *Acompanhamento Terapêutico*. jornal EntreLinhas, nº75. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul - CRPRS. Porto Alegre: RS. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/upload/others/file/edfc5c7ca099c9c65b1ea8ef28fc9955.pdf>

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. (2017). Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Rolnik S. (1997). Clínica nômade. In: *EQUIPE DE AT DO HOSPITAL-DIA "A CASA"*. Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC.

Veloza RS & Serpa Júnior OD. (2006). O Acompanhante Terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 318-338, 2006. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142006002010>

Zambillo M. (2015). *Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: RS. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/134693>



O sapato de Gislaine

Geovani Fachini da Silva
Analice de Lima Palombini
(UFRGS)

Há quem diga que Alfredo não falava muito. Seu jeito de proferir as palavras às vezes parecia inteligível para aqueles que esperavam uma voz ativa de quem grita sobre muros a nitidez de sua existência. Há uma surdez à palavra inenarrável, uma surdez ao silêncio proferido. Alfredo era um homem de estatura média, com uma idade que chegava aos cinquenta anos. Tinha um corpo delgado, cabelos finos e acinzentado. Sua pele era clara e continha algumas rugas do tempo. Não gostava de deixar sua barba e sempre estava com o rosto ao vento. Carregava consigo uma maleta preta, com o couro desgastado, onde transportava um livro antigo, quinquilharias e parafernália para uso de seu tabaco. Ao seu lado empurrava uma pequena bicicleta vermelha, na qual não ousava subir, apenas a levava em suas caminhadas até o CAPS.

Alfredo participava de um coletivo de usuários do CAPS, que se reunia para debater temas sobre uso de suas medicações, assim como outras questões relacionadas às suas vidas. Era um grupo de alguns anos de existência, que toda quinta-feira fazia o seu encontro usual. Foi assim que conheci Alfredo.

O coletivo se reunia esporadicamente com grupos de outros lugares na cidade de Porto Alegre, para, então, compartilharem suas experiências. E assim foi naquele dia de dezembro. Viajamos de trem. Uma viagem de 50 minutos, passando pelas geografias das cidades vizinhas da capital do Rio Grande do Sul. Calor excessivo, e um vagão sem ar condicionado. As janelas abertas nos sufocavam com o ar quente de um verão por vir, misturado com os óleos profundos e ardentes exalados pela máquina. Os assentos estavam quase todos ocupados, restando apenas para alguns viajantes. Alfredo e eu viajamos de pé.

Em nossa companhia estavam Joana e Gislaine, também integrantes deste coletivo. Joana é uma mulher de estatura baixa, cabelo grosso e preto, com uma

gargalhada que acolhe a todos que estão à sua volta. Tem a pele clara, e sua idade chega aos cinquenta e cinco anos. Joana usa grandes óculos escuro, marcando sua presença forte, que busca sempre mostrar a que veio. Joana não mede as palavras para dizer aquilo que acha não ser justo, e sua indignação se apresenta como arma, que lhe resplandece sua força. Nos sentimos seguros com Joana. O problema é Joana sentir-se segura com as pessoas, pois sempre há aqueles que tentam lhe silenciar e deixam de ouvir suas palavras de revolta.

Gislaine é uma mulher miúda, estatura baixa, e usa seu cabelo bem curto. Tem a pele negra, com um brilho que reluz sua grandeza para além de seu tamanho. Sua idade completa os cinquenta anos. Não velha, porém muito dependente em suas atividades. Vive uma vida na condição de “doente”, é assim que sua família a considera. Tinha um sentimento aprazível ao andar agarrada aos braços de um homem, e, nesse dia, meus braços se fizeram de empréstimo para que andássemos sorridentes pelas ruas.

Andávamos em bando no centro da capital numa tarde ensolarada e quente, explorando bancas de revistas. É que Joana queria comprar cartões de natal para seus familiares. Paramos em uma dessas pequenas bancas com paredes de metal, onde o vendedor, escondido atrás de uma grande quantidade de produtos, assistia a uma televisão minúscula com imagens preto e branco. Havia jornais, todo tipo de revista, cartões, gibis, balas e água com gás. Joana comprou um cartão para cada familiar que lhe provocava uma lembrança. Logo seguimos o caminho.

Gislaine vinha junto, braços dados comigo, toda vaidosa. Súbito tropeça, o salto de seu sapato descola. Alfredo, vestido com seu sobretudo absurdamente quente, foi o primeiro a notar a situação. “Olha ali uma sapataria!”, apontou, mobilizando o bando todo na incursão ao conserto do sapato de Gislaine.

A sapataria era quase não visível. Uma sala estreita que continha um grande balcão, onde atrás ficava Rubens, prateleiras de metal com diversos sapatos de longos anos, e um cheiro forte de cola. Rubens era um homem alto, um sorriso de canto de boca e em suas mãos lhe faltavam as pontas dos dedos. Estava calvo, quase nenhum fio de cabelo em sua cabeça. Usava um óculos, que caía abaixo dos olhos, e tinha um pouco de graxa nas mãos. Uma simpatia não óbvia, porém, acolhedora. Nos contara que estava ali naquele pequeno espaço há mais de vinte anos e que seguira os passos de seu pai, também sapateiro. Enquanto adaptava

pequenas tarraxas para prender o salto de Gislaine, fumava um cigarro, o que incentivou Joana a lhe pedir fogo. Não nos custou nada, Rubens, o sapateiro, fez de graça. Logo seguimos o caminho.

Escrever a cidade, um paradoxo

A cena narrada acima foi construída com artifícios ficcionais, a partir de experiências vividas com os usuários da saúde mental de um CAPS II da região metropolitana do Rio Grande do Sul, através de um passeio, uma caminhada nas ruas do Centro de Porto Alegre. Propomos, por meio da cena, pensar a cidade como produção de configurações de subjetividades. Colocamos em movimento um caminhar pelas ruas de forma a produzir experiências singulares que engendram modos de habitar o espaço urbano, subjetividades múltiplas.

O caminhar pelas ruas de Porto Alegre na companhia de Gislaine, Alfredo e Joana traz à tona lugares, cheiros, sons, ruídos, que se compõem numa narrativa urbana. São experiências relacionais que parecem potencializadas neste território da urbe — caminhar como uma forma singular de se relacionar com a cidade, um modo de escrevê-la. Mas que cidade nos propomos escrever?

Richard Sennett analisa o modo de constituição das cidades contemporâneas fazendo um percurso histórico desde a antiga Atenas até as grandes cidades contemporâneas como Paris, Londres e New York. O autor relaciona as vivências dos corpos de cada povo com a forma de organização do espaço urbano, demonstrando que, a partir da modernidade, o urbanismo foi construindo cidades em benefício de corpos em movimento. É dessa forma que uma noção de corpo inaugurada com o advento do capitalismo moderno influenciou diretamente o modo de construir as cidades: o corpo passou a ser compreendido como sistema circulatório de veias e artérias, entendendo-se anatomicamente suas partes de forma individual, e a mesma noção de corpo genérico estendeu-se aos projetos de mapas urbanos, projetando as cidades como organismo (cidade-organismo). A busca de um corpo saudável fez com o que o espaço urbano fosse moldado como fluxos de passagem, facilitando a circulação do transeunte (Sennett, 2003).

O autor alude ainda outras transformações urbanas que se relacionam diretamente com a proliferação do individualismo das grandes cidades. Uma

destas é a mudança dos acentos do transporte coletivo, que antes organizavam-se um de frente ao outro, instigando a socialização entre os viajantes. Posteriormente, nos transportes modernos e contemporâneos, os acentos são organizados em fileiras em uma única direção, fazendo com que os passageiros viajantes não se comuniquem entre si, reforçando a lógica de individualização (Sennett, 2003).

Os automóveis também acarretaram grande mudança na forma de habitar o espaço urbano, trazendo a velocidade, a rapidez dos movimentos, como experiência de amortecimento do corpo. Em grande velocidade, os viajantes não mais sentem as sensações do espaço e evitam os encontros. (Sennett, 2003).

O individualismo moderno sedimentou o silêncio dos cidadãos na cidade. A rua, o café, os magazines, o trem, o ônibus e o metrô são lugares para se passar a vista, mais do que cenários destinados a conversações. A dificuldade dos estrangeiros manterem um diálogo entre si acentua a transitoriedade dos impulsos individuais de simpatia pela paisagem ao redor – centelhas de vida não merecem mais que um lampejo de atenção (Sennett, 2003, p.289).

Assim vão se produzindo, sobre o corpo, os efeitos de uma globalização que impõe padronização e velocidade às cidades. Para Milton Santos, porém, a globalização, para além de uma captura do sujeito, faz com que também redescubramos a corporeidade: a incessante velocidade, difícil de apreender, marca uma materialidade sensível no corpo (Santos, 2006).

Eis um paradoxo. Ao mesmo tempo que os sentidos do corpo se amortecem ao serem capturados por uma aceleração do tempo, produz-se o efeito de uma materialidade do aspecto sensível sobre a corporeidade. A modernização contemporânea, diz o autor, mundializou todos os lugares. A lógica da metrópole se faz presente como princípio de “universalidade”. Essa mundialização universal acarreta uma desterritorialização do sujeito, com a perda de referências locais-espaciais-culturais. Segundo o autor, “quando o Homem se defronta com um espaço que não ajudou a criar, cuja história desconhece, cuja memória lhe é estranha, esse lugar é a sede de uma vigorosa alienação.” (Santos, 2006, p. 222). Contudo, “nos lugares complexos, que geralmente coincidem com as metrópoles, há profusão de vetores: desde os que diretamente representam as lógicas hegemônicas, até os

que a elas se opõem.” (Santos, 2006, p. 2018). Para Baptista (1999), as cidades, marcadas pela sua intensa diversidade e contradições, são territórios de conflitos e negociações.

Com Félix Guattari, aprendemos que as cidades são grandes máquinas produtoras de subjetividades e engendram, “(...) por meio de equipamentos materiais e imateriais, a existência humana sob todos os aspectos em que se queira considerá-las.” (2012, p. 152). Porém, ainda que a produção capitalística se dê de forma global, há sempre aquilo que escapa e rompe com tais lógicas. São linhas de fuga que, conforme Guattari e Rolnik (1996), frustram esses mecanismos de interiorização dos valores capitalísticos, gerando uma subversão da ordem capitalística e produzindo subjetividades desviantes. Trata-se de “(...) criar seus próprios modos de referência, suas próprias cartografias, (...) inventar sua práxis de modo a fazer brechas no sistema de subjetividade dominante.” (Guattari & Rolnik, 1996, p. 58). Escrevemos a cidade como esse campo complexo de contradições, experimentação e produção de subjetividades. Habitar seu paradoxo é nosso desafio.

Errar a cidade, corpo-tempo-espaço

Os carros passam velozmente descompassando o corpo, deixando rastros queimantes de óleos combustíveis e sons estrepitosos ensurdecedores aos ouvidos; um vendedor ambulante de pastéis frito oferece seu produto e aproveita para contar suas histórias de pescaria no Recife; o barbeiro, a cantarolar, corta os restos de cabelos de velhos que leem o jornal na barbearia de grandes janelas com vidro transparente, no beco vazio de um centro movimentado; animais donos de si e abandonados circulam pelas ruas buscando comida e um pouco de atenção; pessoas olham para o chão enquanto caminham, como se soubessem exatamente para onde ir; cheiros de fritura, esgoto e uma nova fragrância de perfume preenchem o ar, misturados ao bafo ardente que queima a pele. Restos, rastros, ratos, memória.

Cidade é movimento com seus trânsitos, barulhos e cheiros; com seus comércios, vitrines, prédios, praças, memórias, moradas, pessoas e animais; é cidade da exposição ao tempo, do frio e do calor; dos passantes e passeantes; das

vidas e subjetividades. Andamos por suas ruas. Nosso caminhar não se propõe aos trajetos retílineos de um ponto a outro nem a um apreçamento turístico de paisagens pré-fixadas. Também não nos interessam os pontos de chegada. Buscamos nos perder na cidade como fazia Walter Benjamin (1987, p. 73), “como alguém se perde numa floresta”. Isso, diz ele, requer instrução. Buscamos atenção às minúcias, ao que se passa aos olhos em velocidade e dificulta a visão. Olhar com os pés, ouvir com os olhos.

Paola Jacques (2006) junta-se a Walter Benjamin para nos inspirar um caminhar errante pelas ruas. Com sua forma singular de experimentar o espaço urbano, o errante, diz a autora, se vale de três dimensões como guias: *perder-se na cidade*; *lentidão*; e produção de uma *corporeidade* outra.

Perder-se na cidade é romper com a orientação do espaço imposta pelos urbanistas e buscar outras formas de habitar a cidade, a partir da experiência. O errante guia-se pela desorientação do espaço, traçando caminhos outros. Perder-se, para o errante, ocorre voluntariamente, mesmo em lugares que já conheça, possibilitando criar outras conexões espaciais, diferente de sua memória local. A errância, então, ao se apropriar do espaço urbano, busca um processo de singularização.

Lentidão é uma negação do ritmo veloz imposto pela contemporaneidade. Mais do que uma oposição à aceleração do movimento, a *lentidão* errante busca criar outras referências espaços-temporais. Não se refere a uma temporalidade absoluta e objetiva, mas a uma experiência relativa e subjetiva do tempo e espaço.

Uma *corporeidade* *outra* é o que se produz na contaminação do corpo físico do errante com o corpo urbano. Na materialidade do corpo, a errância é uma experiência de incorporação da cidade (Jacques, 2006).

Assim, errância constitui uma resistência à lógica que visa a orientação do espaço como norma, a rapidez e, conseqüentemente, a diminuição da experiência sensível no corpo — lógica que constitui o pensamento urbanista hegemônico moderno (Jacques, 2006). Um outro conceito-experiência proposto pela autora parece-nos pertinente aqui. É o que ela denomina de corpografia. — experiência que registra no corpo a cidade, sua memória, os seus cheiros, seus sons, suas singularidades. É a incorporação do urbano, seu tateio. A corpografia é a cidade habitada no corpo, seus registros, a própria vida urbana. É a possibilidade de

preencher de sentidos o corpo que, sob o efeito da incessante aceleração, se esvazia (Jacques, 2006).

Milton Santos já nos dissera que o tempo que comanda a força da vida na cidade é o tempo da lentidão. Seguem suas próprias palavras.

Agora, estamos descobrindo que, nas cidades, o tempo que comanda, ou vai comandar, é o tempo dos homens lentos. Na grande cidade, hoje, o que se dá é tudo ao contrário. A força é dos “lentos” e não dos que detêm a velocidade elogiada por um Virílio em delírio, na esteira de um Valéry sonhador. Quem, na cidade, tem mobilidade – e pode percorrê-la e esquadrinhá-la – acaba por ver pouco, da cidade e do mundo. Sua comunhão com as imagens, frequentemente pré fabricadas, é a sua perdição. (Santos, 2006, p. 220).

Aquele que caminha conforme a experiência do homem lento percorre imagens possíveis de serem criadas e apreendidas. Experimenta a cidade de outro ângulo, que não aquele pré-fabricado, fixado, e acelerado pela máquina. O homem lento percorre outras fabulações da cidade. Queremos fazer de nossas caminhadas um ato de lentidão, que crie outras relações com a urbe. Fazer de nossas caminhadas uma errância. Incorporar a cidade.

Referências bibliográficas

- Baptista LA. (1999). *A cidade dos sábios: reflexões sobre as dinâmicas sociais nas grandes cidades*. São Paulo: Summu.
- Benjamin W. (1987). *Rua de mão única*. São Paulo: Brasiliense.
- Guattari F. (2012). Restauração da cidade subjetiva. In: Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. 2.ed. São Paulo: Editora 34, cap. 6, p. 149-158.
- Guattari F & Rolnik S. (1996). *Micropolítica: cartografias do desejo*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- Jacques PB. (2006). Elogio aos errantes. In: Jeudy HP(Orgs.). *Corpos e cenários urbanos: territórios urbanos e políticas culturais*. Salvador: EDUFBA, cap. 9. p. 117-140.

Santos M. (2006). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: EDUSP.

Sennett R. (2003). *Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental*. 3.ed. Rio de Janeiro: RECORD.



**AT EM REDE DE CONVERSÇÕES:
GRUPOS UNIVERSITÁRIOS DE PESQUISA E
EXTENSÃO**



FISMA

O projeto *Itinerâncias da Clínica Psicossocial: rede de ats* é vinculado ao curso de Psicologia da FISMA e realiza suas ações no âmbito do acompanhamento terapêutico em Santa Maria, RS, desde o ano de 2013. Sua atuação se dá como apoio à RAPS do município em duas frentes de trabalho. A primeira, vinculada à prática clínica, a partir do acompanhamento terapêutico de casos encaminhados pelos diferentes serviços de saúde; e a segunda, vinculada à formação e educação permanente, com a oferta de espaços formativos a acadêmicos e trabalhadores da RAPS.

PUCSP

O *Giramundo - equipe de acompanhamento terapêutico* é um serviço da clínica psicológica da PUCSP constituído por estudantes do Núcleo de Saúde Mental: Política e Clínica Ampliada do Curso de Psicologia e por aprimorandos da Clínica da PUCSP. Estabelece parcerias com os serviços da RAPS e com demandas de outras instituições.

UFC

O Programa de Extensão *Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED)*, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, foi criado em 2004. A partir de 2015, aproximou-se de atividades clínicas, acolhendo estudantes do curso em estágio supervisionado em Processos Clínicos e Atenção à Saúde, inicialmente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) e no “Consultório na Rua”. Em 2017, o Núcleo colaborou com o “Projeto Novos Caminhos”, da Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRA) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), principiando ações de acompanhamento terapêutico (AT) com moradores em situação de rua. A parceria com esse Projeto findou em 2018, mas o cuidado às pessoas que fazem uso abusivo/compulsivo de substâncias psicoativas (SPA) permanece, aliando clínica e estratégias de Redução de Danos (RD).

UFRGS

O *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública - ATnaRede*, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), consolidou-se como projeto continuado de extensão a partir de 1998, articulado à experiência de estágio curricular e a atividades de ensino e pesquisa, em parceria com serviços da rede municipal e estadual de saúde, com foco no acompanhamento terapêutico. Desde o ano de 2012, propõe-se como campo próprio de estágio de graduação e cenário de prática da Residência em Saúde Mental Coletiva, com a oferta de AT para a cidade, na perspectiva da desinstitucionalização, seja de egressos do hospital psiquiátrico, seja de usuários da RAPS ou da rede intersetorial, seja de pessoas em grave sofrimento psíquico, alijadas das redes de serviços de saúde.

UFSC

O Projeto *Acompanhamento terapêutico: clínica e criação na cidade* é desenvolvido desde 2014, na Universidade Federal de Santa Catarina. Conta com a participação de professores e estudantes da UFSC e também com extensionistas, abrangendo profissionais de saúde, assistência e educação do município de Florianópolis, com os quais firma parcerias, bem como usuários dessas redes, os quais são acompanhados pelos membros do projeto. Nesse sentido, o projeto já se estabelece como mais um ponto da rede de serviços de atenção psicossocial. Recebe, frequentemente, como participantes, professores e estudantes de outras universidades brasileiras (UFRGS, UFG, CESUSC) e internacionais (Université Toulouse Jean Jaurés), bem como profissionais de saúde de outros municípios. Voltado aos casos mais graves de saúde mental, define-se como um dispositivo de atendimento que vai ao encontro do usuário (nas instituições, moradias ou no espaço público), favorecendo a formação de vínculos àqueles que têm dificuldades de circulação pela cidade e autonomia reduzida. Envolve grande complexidade técnica no que diz respeito ao manejo clínico dos atendimentos, transmissão dos conhecimentos e fortalecimento das redes de serviço e comunitárias.

UFU

O projeto de estágio/extensão *AT no SUS*, em atuação desde 2010 no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (IPUFU), é integrado por estagiários e extensionistas do IPUFU e, nos últimos anos, também por residentes da área de Saúde Mental da Residência Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Medicina da UFU. Ao longo dos anos tem feito parceria com equipes de vários dispositivos da RAPS como as equipes do CAPSad, do Consultório na Rua, da Unidade de Internação em Saúde Mental (UISM), do CAPS da região Oeste da cidade, além de várias equipes da Estratégia Saúde da Família. Atualmente a parceria é feita com a UISM, na alta acompanhada dos usuários, com o objetivo de fortalecer a vinculação ao tratamento nos serviços extra hospitalares, realizando um trabalho de prevenção terciária, com especial atenção para os casos de porta giratória e de primeira internação psiquiátrica. As atividades são orientadas por saberes e práticas da psicanálise, desde Freud, passando por Ferenczi e Winnicott, do Psicodrama de Moreno, da Análise Institucional de Lourau e Lapassade e da Esquizoanálise de Deleuze e Guattari e de toda contribuição que estagiários/extensionistas e residentes trazem consigo, propiciando um processo permanente de reinvenção da clínica antimanicomial e peripatética.

UNISINOS

O *Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental* da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) não possui um projeto específico de acompanhamento terapêutico. No entanto, o programa, iniciado em 2014, sempre teve a prática do AT realizada pelas residentes, nos diferentes serviços de saúde mental que são campos de atuação vinculados ao programa.

URI (Campus Santiago)

O *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Comunitária de Santiago* é um projeto de Extensão Universitária do Curso de Psicologia da

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (Campus Santiago) que existe desde 2010 e que tem como objetivo utilizar a ferramenta do acompanhamento terapêutico como instrumento de intervenção em saúde mental na cidade de Santiago e região, propiciando o acompanhamento dos usuários, familiares e comunidade no que tange à interlocução necessária entre a loucura e a cidade. Para tanto, realiza práticas clínico-políticas de AT diretamente com usuários e familiares vinculados ao CAPS I Nossa Casa e, indiretamente, com a comunidade em geral e acadêmica, perambulando pela cidade e entornos. Além disso, como espaço acadêmico fornece supervisão/orientação de estudantes, profissionais e trabalhadores da rede que direta ou indiretamente acompanham os usuários e seus familiares, seja nos ambientes institucionais, seja nos espaços públicos e coletivos das cidades e comunidades de Santiago e região. Através de sua militância política e potência criativa, o projeto também fomenta estudos e pesquisas acerca das práticas de acompanhamento terapêutico contemporâneas, especialmente problematizando os serviços de saúde mental e suas ações político-institucionais. Nestes onze anos de execução do projeto, o dispositivo AT está inserido e valorado na rede de assistência do município, sendo constantemente demandado por diversas instituições públicas e pessoas inseridas nas práticas de saúde mental do município e região, provocando reflexões e desacomodações nas relações de poder/saber implicadas nesta realidade.



AUTORAS E AUTORES

Adriana Pinto de Mello

Psicóloga (UFRGS). Psicóloga no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, foi vinculada ao Juizado da Infância e da Juventude, atuou na Vara de Execução da Penas e Medidas Alternativas (VEPMA) no acompanhamento de pessoas em cumprimento de medida de segurança e atualmente atua nos processos dos Juizados da Violência Doméstica e Familiar.
E-mail: a.mell@terra.com.br

Amilton Gonçalves Schir

Discente do Curso de Psicologia FISMA. Monitor do Projeto Itinerância da Clínica Psicossocial: rede de ats.

Ana Carolina Brondani

Psicóloga formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS, mestra em Psicologia Social e Institucional UFRGS, residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança - violência e vulnerabilidade pela UFRGS.
E-mail: ana.brondani@gmail.com

Ana Caroline Ongaratto de Oliveira

Graduanda em Psicologia pela UFRGS. Atuou no Projeto *ATnaRede* como bolsista de Iniciação Científica. Atualmente é estagiária da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS.
E-mail: ana.ongaratto98@gmail.com

Ana Lúcia Mandelli de Marsillac

Psicanalista. Pós doutora em Comunicação pela Universidade Nova de

Lisboa. Professora do Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Laboratório de Psicanálise, Processos Criativos e Interações Políticas (LAPCIP/UFSC). Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Coordenadora do Projeto de Extensão: Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade (UFSC).

Ana Paula Moreira

Graduanda do curso de psicologia da UFRGS. Atualmente está vinculada como estagiária na Clínica de atendimento Psicológico da UFRGS. Desenvolve no estágio extracurricular um trabalho em abrigo para vítimas de violência doméstica. Seu foco de estudo e prática profissional envolve as relações raciais principalmente a saúde mental da população negra. E-mail: ana-paulamoreira@hotmail.com

Analice de Lima Palombini

Psicóloga, doutora em saúde coletiva UERJ, docente do Instituto de Psicologia da UFRGS, atuando no curso de graduação em Psicologia, na Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e na coordenação do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da mesma Universidade, além de integrar a coordenação do Programa de *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública - ATnaRede*. E-mail: analice.palombini@gmail.com

Beatriz da Fontoura Guimarães

Psicanalista. Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Pós-doutora em Psicologia (PPGP/UFSC). Pesquisadora no Laboratório de Psicanálise, Processos Criativos e Interações Políticas (LAPCIP/UFSC). Co-coordenadora e supervisora clínica no Projeto de Extensão: Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade (Departamento de Psicologia/UFSC, 2014-2020).

Cristiane Knijnik

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense, Professora do curso de Psicologia da Unisinos e da Residência em Saúde Mental, Militante da Luta antimanicomial. E-mail: criskini@hotmail.com

Daniel Dall'Igna Ecker

Psicólogo Clínico no Distrito Sanitário Norte, equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - SMS/ESP/UDESC. Mestre e Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Compôs como estudante de doutorado (2016-2018) o projeto de extensão *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública - ATnaRede*; e o Projeto de Extensão: *Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade* da UFSC (2018-2019). E-mail: daniel.ecker@hotmail.com

Daniela Machado Correa

Psicóloga graduada do Curso de Psicologia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI Campus Santiago). Mestranda em Psicanálise: Clínica e Cultura/UFRGS. Participou do Projeto de Extensão Universitária "Acompanhamento terapêutico na Rede Comunitária de Santiago" de 2018 a 2020.

Débora de Bitencourt Fél

Psicóloga (UFRGS), ex-integrante do Projeto *ATnaRede*. Atualmente é residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança - violência e vulnerabilidades (UFRGS/HMIPV). E-mail: deborabfel@gmail.com

Deborah Sereno

Psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica pelo IPUSP. Doutora em Psicologia Social pela PUC-SP (Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Política).

Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FACHS) da PUC-SP, coordenadora de estágio e coordenadora do Núcleo de Saúde Mental: Política e Clínica Ampliada do mesmo curso. Coordenadora e supervisora do Giramundo- equipe de acompanhamento terapêutico da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic da PUC-SP. Coordenadora e supervisora do RodaRua- Equipe de Acompanhamento Terapêutico. Atua em psicanálise em consultório particular.
E-mail: sereno.deborah@gmail.com

Douglas Casarotto de Oliveira

Docente do Curso de Psicologia FISMA, Coordenador do Projeto Itinerâncias da Clínica Psicossocial: rede de ats, Doutorando em Psicologia Social e Institucional UFRGS.

Emiliano de Camargo David

Psicólogo, mestre e doutorando em Psicologia Social (PUC-SP). Professor do Instituto SEDES Sapientiae (curso de Especialização “Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Clínica e Política na Transformação das Práticas”). Membro do GT Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Integrante do Instituto AMMA Psique e Negritude. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas Lógicas Institucionais e Coletivas (NUPLIC – PUC SP).

Ester Rosso Trevisan

Psicanalista, Membro da Appoa. DEA em psicopatologia e psicanálise pela Universidade de Paris XIII. Enfermeira da SMS de Porto Alegre, foi membro fundadora do CAPS Cais-mental Centro da PMPA, onde atuou de 1996-2018. Ao longo deste período, por 10 anos, foi responsável pela supervisão dos alunos da graduação em psicologia da UFRGS que participavam do Projeto de Acompanhamento terapêutico. Atualmente atua na coordenação da Clínica Appoa e em consultório privado.
E-mail: esterltrevisan@gmail.com

Fabiana Keila Toríbio

Graduanda no curso de Psicologia da UFRGS. Participou no Projeto *ATnaRede* como estagiária, extensionista e bolsista de iniciação científica.
E-mail: fabikeilatoribio@gmail.com

Fabiana Tutida

Psicóloga (UEL), Mestre em Psicologia (PUCRS) e professora do Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus Santiago. Supervisora do *Projeto de Extensão Universitária “Acompanhamento terapêutico na Rede Comunitária de Santiago”*.

Gabriel Vargas Bernardo

Psicólogo e mestrando em psicologia social e institucional UFRGS, acompanhante terapêutico, DJ e produtor cultural integrante do coletivo Arruaça.
E-mail: gabrielv.bernardo@gmail.com.

Gabriele Pedroso Sampaio

Graduanda de Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estagiária em Psicologia Social e Políticas Públicas no CAPSad II Glória/Cruzeiro/Cristal (PMPA) e estagiária em Processos Clínicos no projeto *ATnaRede* (UFRGS). Extensionista da Cátedra Sérgio Vieira de Mello ACNUR/UFRGS, atuando no eixo acolhimento do programa. Tem experiência e interesse nos tópicos de direitos humanos, políticas públicas, saúde mental e migrações.
E-mail: gabrielepsampaio@gmail.com

Geovane Campanher dos Santos

Graduando do décimo semestre do Curso de Psicologia pela Universidade Regional Integrada do Alto do Uruguai e das Missões (URI Campus Santiago). Acompanhante Terapêutico do Projeto de Extensão Universitária “Acompanhamento terapêutico na rede comunitária de Santiago”.

Geovani Fachini da Silva

Psicólogo, mestrando em Psicologia Social e Institucional UFRGS. Extensionista no projeto *AT na Rede* - UFRGS. Integrante do Grupo Travessias: narrativas da diferença - clínica, pesquisa e intervenção. E-mail: geovanif.psi@gmail.com

Giulia Oliva Grassi

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (2018). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Psicóloga da Prefeitura de Orleans-SC atuante no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Foi extensionista no Acompanhamento Terapêutico: Clínica e Criação na Cidade, em 2017.

Heloísa Helena Salvatti Paim

Antropóloga, mestre em Antropologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e doutora em Antropologia, pela Universidade Federal Fluminense. Acompanhante Terapêutica, extensionista do projeto de extensão *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – ATnaRede*.

Itauane de Oliveira

Psicóloga clínica especialista em saúde mental pela Residência em Saúde Mental da Unisinos e mestranda em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. E-mail: itauanedeoliveira04@gmail.com

Júlia Meinhardt Cardozo

Graduanda em Psicologia (UFRGS), ex-integrante e bolsista de iniciação científica do projeto *AT na Rede*. Atualmente é estagiária do GerAção POA - Oficina saúde e trabalho. Interessa-se pelos temas: acompanhamento terapêutico, saúde mental coletiva, economia solidária e clínica ampliada. E-mail: juliamcardozo@hotmail.com

Mariana de Bastiani Lange

Psicanalista, Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Doutora em Teoria Literária (UFSC), graduada em Psicologia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí). Co-coordenadora e supervisora clínica no Projeto de Extensão: Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade (desde 2019). Pesquisadora no Laboratório de Pesquisa em Psicanálise, Processos Criativos e Interações Políticas (LAPCIP/UFSC). Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA).

Pedro José Pacheco

Psicólogo (UFRGS), especialista em Psicologia Jurídica (CFP), Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Doutor em Psicologia (PUCRS), Pós-Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS) e professor dos Cursos de Psicologia e Direito da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus Santiago. Coordenador do Projeto de Extensão Universitária “Acompanhamento terapêutico na rede comunitária de Santiago”.

Priscila de Melo Zubiaurre

Psicóloga graduada pelo Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI Campus Santiago). Residente em Atenção à Saúde Mental pelo Programa de Residência Multidisciplinar Integrada em Área da Saúde, UFSM/RS. Participou do Projeto de Extensão Universitária “Acompanhamento terapêutico na rede comunitária de Santiago” de 2017 a 2019.

Rafael Wolski de Oliveira

Professor dos cursos de graduação em psicologia e da Residência Multiprofissional de Saúde Mental da UNISINOS. Doutorando do PPG em Psicologia Social e Institucional da UFRGS.

Raísca da Conceição Pereira

Graduanda em Psicologia pela UFRGS, fez parte do projeto *ATnaRede* entre os anos de 2019 e 2021. Atualmente é estagiária na Clínica de Atendimento Psicológico (CAP - UFRGS) e integrante do projeto Clínica Feminista na perspectiva da Interseccionalidade (UFRGS) como extensionista e escutadora/coordenadora em um grupo de mulheres que estiveram em situação de violências. E-mail: raiscap@gmail.com.

Raquel Brondísia Panizzi Fernandes

Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), ex-professora dos cursos de Psicologia e Farmácia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI, nos Campus de Santo Ângelo e Santiago, neste último coordenando o Projeto de Extensão Universitária "Acompanhamento terapêutico na rede comunitária de Santiago". E-mail: raquelbrondi@hotmail.com

Ricardo Pimentel Mélo

Professor Titular do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Coordenador do Núcleo de Estudos sobre Drogas.

Ricardo Wagner Machado da Silveira

Psicólogo, Doutor em Psicologia Clínica, Professor Adjunto da Universidade Federal de Uberlândia - Instituto de Psicologia. Experiência com supervisão clínico-institucional de Acompanhamento Terapêutico (AT) e Redução de Danos (RD) na RAPS e Cinema Etnográfico. E-mail: ricardo.silveira@ufu.br.

Rita Pereira Barboza

Psicóloga, mestre em psicologia social e institucional pela Ufrgs; palhaça, fundadora do Núcleo de Estudos e Práticas em Psicologia e Palhaçaria - Neip. Membro do colegiado gestor da Rede Multicêntrica/Ufrgs. Trabalhadora do CAPSad III Caminhos do Sol. Atua também como psicóloga clínica e acompanhante terapêutica. Mãe do Henrique, fã de MPB e trapézio.

Sandra Maria Sales Fagundes

Psicóloga, mestre em Educação UFRGS. Docente convidada da Residência em Saúde Mental Coletiva UFRGS. Atua na clínica. Integrante do Grupo Travessias: narrações da diferença - clínica, pesquisa e intervenção. E-mail: sandra.m.sales.fagundes@gmail.com

Sharyel Barbosa Toebe

Psicóloga, especialista em Saúde Mental, mestranda em Psicologia Social UFRGS. Integrante do Grupo Travessias: narrações da diferença - clínica, pesquisa e intervenção e do projeto de extensão Clínica Feminista na Perspectiva da Interseccionalidade UFRGS. Atua como psicóloga clínica. E-mail: sharyeltoebe@gmail.com

Vania Roseli Correa de Mello

Psicóloga. Sanitarista. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (2016). Professora Adjunta, área de Saúde Coletiva, na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.

Vera Lucia Pasini

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS/2010), docente do curso de graduação em Psicologia da UFRGS, compõe a coordenação do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva e do *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública - ATnaRede* da mesma Universidade. E-mail: verapasini@gmail.com

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

Autorias

Adriana Pinto de Mello
Amilton Gonçalves Schir
Ana Carolina Brondani
Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
Ana Caroline Ongaratto de Oliveira
Ana Paula Moreira
Analice de Lima Palombini (Org.)
Beatriz da Fontoura Guimarães
Cristiane Knijnik
Daniel Dall'Igna Ecker (Org.)
Daniela Machado Correa
Débora de Bitencourt Fél
Deborah Sereno
Douglas Casarotto de Oliveira
Eleonora Graebin
Emiliano de Camargo David
Ester Rosso Trevisan
Fabiana Keila Toríbio
Fabiana Tutida
Gabriel Vargas Bernardo

Gabriele Pedroso Sampaio
Geovane Campanher dos Santos
Geovani Fachini da Silva
Giulia Oliva Grassi
Heloísa Helena Salvatti Paim
Ituane de Oliveira
Júlia Meinhardt Cardozo
Mariana de Bastiani Lange
Pedro José Pacheco
Priscila de Melo Zubiaurre
Rafael Wolski de Oliveira
Raísca da Conceição Pereira
Raquel Brondísia Panizzi Fernandes
Rita Pereira Barboza
Ricardo Pimentel Mélo
Ricardo Wagner Machado da Silveira
Sandra Maria Sales Fagundes
Sharyel Barbosa Toebe
Vânia Roseli Correa de Mello
Vera Lucia Pasini (Org.)



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

