



Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

ENTRE TELAS E CONEXÕES: UMA PROPOSTA DE CUIDADO ANTIMANICOMIAL  
NO CONTEXTO PANDÊMICO (2020 - 2023)

Camila Barbosa Campelo

Natal/RN

2023

Camila Barbosa Campelo

ENTRE TELAS E CONEXÕES: UMA PROPOSTA DE CUIDADO ANTIMANICOMIAL  
NO CONTEXTO PANDÊMICO (2020 - 2023)

Dissertação construída sob orientação do professor Dr. Mário Francis Petry Londero e coorientação da professora Dra. Ana Carolina Rios Simoni, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal – RN

2023

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes -  
CCHLA

Campelo, Camila Barbosa.

Entre telas e conexões : uma proposta de cuidado  
antimanicomial no contexto pandêmico (2020 - 2023) / Camila  
Barbosa Campelo. - Natal, 2024.  
123 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências Humanas, Letras e  
Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade  
Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2023.

Orientação: Mario Francis Petry Londero.

Coorientação: Ana Carolina Rios Simoni.

1. Acompanhamento terapêutico. 2. Pandemia. 3. Saúde mental.  
4. Distanciamento social. 5. Clínica. I. Londero, Mario Francis  
Petry. II. Simoni, Ana Carolina Rios. III. Título.

RN/UF/BS-CCHLA

CDU 159.91



*Universidade Federal do Rio Grande do Norte*  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ATA Nº 433**

Aos sete dias do mês de junho de dois mil e vinte e três, às oito horas e trinta minutos, por meio presencial e remoto, foi instalada a Comissão Examinadora responsável pela avaliação da dissertação de mestrado: ENTRE TELAS E CONEXÕES: UMA PROPOSTA DE CUIDADO ANTIMANICOMIAL NO CONTEXTO PANDÊMICO (2020- 2023), apresentada pela mestranda CAMILA BARBOSA CAMPELO ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como parte dos requisitos para a obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA. A Comissão Examinadora foi presidida pelo professor orientador MARIO FRANCIS PETRY LONDERO e pela professora coorientadora ANA CAROLINA RIOS SIMONI e contou com a participação das professoras doutoras ANALICE DE LIMA PALOMBINI e SIMONE MAINIERI PAULON, na qualidade de examinadoras externas à instituição. A sessão teve a duração de duas horas e quarenta e cinco minutos e a mestranda foi considerada:

(x) aprovada

( ) reprovada

**Dra. ANALICE DE LIMA PALOMBINI, UFRGS**

Examinadora Externa à Instituição

**Dra. SIMONE MAINIERI PAULON, UFRGS**

Examinadora Externa à Instituição

**Dr. MARIO FRANCIS PETRY LONDERO, UFRN**

Presidente

**CAMILA BARBOSA CAMPELO**

Mestranda



*Universidade Federal do Rio Grande do Norte*  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**FOLHA DE CORREÇÕES**

**ATA Nº 433**

**Autor:** CAMILA BARBOSA CAMPELO

**Título:** ENTRE TELAS E CONEXÕES: UMA PROPOSTA DE CUIDADO ANTIMANICOMIAL  
NO CONTEXTO PANDÊMICO (2020 - 2023)

**Banca examinadora:**

Prof. ANALICE DE LIMA PALOMBINI                      Examinadora Externa à  
Instituição

Prof. SIMONE MAINIERI PAULON                      Examinadora Externa à  
Instituição

Prof. MARIO FRANCIS PETRY LONDERO                      Presidente

gov.br Documento assinado digitalmente  
ANALICE DE LIMA PALOMBINI  
Data: 15/06/2023 17:45:05-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

gov.br Documento assinado digitalmente  
SIMONE MAINIERI PAULON  
Data: 21/06/2023 11:14:14-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

*Mário Francis P. Londero*

---

Os itens abaixo deverão ser modificados, conforme sugestão da banca

1.     ☐     INTRODUÇÃO
2.     ☐     REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
3.     ☐     METODOLOGIA
4.     ☐     RESULTADOS OBTIDOS
5.     ☐     CONCLUSÕES

**COMENTÁRIOS GERAIS:**

A banca considera o trabalho aprovado, destacando a relevância do tema e sua capacidade criativa. O trabalho constitui uma contribuição para o campo da saúde mental e a banca sugere a publicação e circulação da pesquisa.

Declaro, para fins de homologação, que as modificações, sugeridas pela banca examinadora, acima mencionada, foram cumpridas integralmente.

*Mário Francis P. Londero*

**Prof. MARIO FRANCIS PETRY LONDERO**

Orientador(a)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
SISTEMA INTEGRADO DE PATRIMÔNIO, ADMINISTRAÇÃO E  
CONTRATOS

FOLHA DE ASSINATURAS

---

Emitido em 07/06/2023

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 433/2023 - PPGPSI/CCHLA (13.26)**  
(Nº do Documento: 5)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

*(Assinado digitalmente em 22/06/2023 08:08 )*

CAMILA BARBOSA CAMPELO

DISCENTE

Matrícula: 2021#####3

Visualize o documento original em <https://sipac.ufrn.br/documentos/> informando seu número: 5, ano: 2023, tipo:  
**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**, data de emissão: 21/06/2023 e o código de verificação: e220938af1

*Para Leidy e em memória dela,  
que tanto ensinou sobre a clínica,  
a sociedade, a coragem e a luta  
por uma vida em que seja  
possível ser.*

*Para Viagem, que me conduziu  
por seus roteiros itinerantes e  
segue apostando num mundo em  
que a arte não tenha fronteiras.*

## Agradecimentos

Esta é uma página de agradecimentos que carrega saudade.

É um movimento difícil, confesso, mas importante, reconheço. A saudade de Coragem, ou Leidy - como gostava de ser chamada – transborda nas palavras que tem muito a agradecer a ela. Agradeço por cada caminho que descobrimos juntas na clínica do Acompanhamento Terapêutico, por cada inquietação que me colocou em movimento na direção de pensar manejos diante dos cenários que encontramos, nas caminhadas na praia, gravações de vídeos do *Tik Tok*, compartilhamentos do cotidiano desde o isolamento social da pandemia até as famosas idas ao McDonald's. Percorremos os recantos de sua vida criativa, teatral, artística; e também marcada pela concretude da opressão e exploração capitalista que se materializava em condições precárias de vida e em experiências desafiadoras por questões de saúde mental e lógica manicomial. Agradeço por cada aprendizado, Leidy. Por cada crise de riso, dança, divisão das dores, coragem. Você se foi desse mundo que te doeu bastante, que dói em tanta gente... E viveu bastante e intensamente quando pôde e quando quis. Seguiremos daqui, todos que tiveram a chance de te conhecer, toda a equipe do Centro de Convivência e Cultura de Natal (CECCO) à qual sou fortemente grata, com destaque para Patrizia e Natália que estiveram sempre presentes. Seguiremos lutando pelo direito das Leidys viverem, por um mundo que não precise doer tanto e que as dores tenham seu lugar, não só psíquico, mas material, já que são dimensões inseparáveis.

Agradeço à Viagem, que também me colocou em movimento, me contou de sonhos e a sabedoria deles. Me contou de sonhos acordados que tem para si, mas também para todos aqueles que sonham em viver de arte. Mostrou a filigrana feita no arame enquanto contava suas filigranas pela palavra, tecendo dobras, brincando com as palavras mas falando muito sério.

Agradeço à Francis pelo acompanhamento de todo o processo, pela parceria e descoberta dos desejos pela docência ao longo da formação, pela sensibilidade da escuta dos casos e percurso pela teoria, e principalmente pelo mergulho no mundo do AT que é, sem dúvida, um dos meus lugares preferidos.

Sou grata à Carol, que desde o começo me impulsiona ao fazer clínico, me lembra que eu não parto do zero, embora tenha muito a aprender. Ela que me ensinou sobre a psicanálise, que pescava as pistas condutoras da clínica e me acompanhou na necessidade da coragem para viajar.

A cada integrante dos grupos de pesquisa em que estive, principalmente Ricardo, Brígida, Vinícius, Maria Clara e Raul, pelas trocas consistentes e constitutivas deste trabalho e dos de cada um.

Sou grata à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) pela viabilização da pesquisa e seguimos lutando pelo fim do vestibular para que todos tenham acesso à universidade. Um agradecimento especial àqueles e àquelas que colocam o campus de pé todos os dias, trabalhadores terceirizados da UFRN que recebem o peso da crise nas costas junto dos bolsistas, com atraso de salários e vales alimentação e transporte. Toda a minha admiração à luta dos trabalhadores que em 2023 e nesse início de 2024 deram aula de como arrancar seus direitos sem confiança na reitoria e nas empresas terceirizadas. Pela efetivação de todos os terceirizados sem necessidade de concurso público! Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) com todo seu corpo docente e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que viabilizou a bolsa para realização da pesquisa.

Aos meus pais, Niveria e Arrilton, que defenderam minha liberdade de escolha profissional e foram suporte, me ensinando sobre paciência nos momentos de pressa e incerteza, me inspirando sempre com suas trajetórias de vida. Estendo o agradecimento à toda a

minha família que é casa, aconchego, diversão e saudade.

Aos meus amigos e amigas de muito tempo, em especial Nayara, por cada reencontro de conversas profundas e bobas na mesma proporção; à Rayane, parceira do cotidiano, de aprender a crescer juntas, a reconhecer fragilidades e sobre o valor da amizade.

Aos amigos da panelinha da graduação e agregados, por dividirmos os perrengues do mestrado e pela amizade que perdura: Deyse, Gabriel, Lize, Elvira e Dani; às duas últimas agradeço por cada sutileza e profundidade da amizade.

Aos meus amigos e camaradas que encontrei em meio do mestrado, que me ajudaram a perceber a saúde mental dentro do sistema capitalista, encontrar lugar para as angústias de ser psicóloga em um capitalismo decadente e para os lutos daqueles que não o suportaram. Mesmo assim, estão comigo otimistas por um mundo sem opressão e exploração, cavando cada força criativa humana capaz de acabar com esse sistema de miséria, por uma vida que valha de se viver. Obrigada Marie e Cass, pela síntese entre amizade e militância que me revira do avesso e me põe de pé, que acolhe e é amorosa e que questiona cada imposição patriarcal. Agradeço também a todos os outros camaradas: Éri, Emi, Fê, Mari, Jojo, João, é uma alegria dividir os dias e cada luta ao lado de vocês.

Ao meu amor e também camarada, Ítalo, com quem compartilho o desejo pela pesquisa, por uma pesquisa à serviço da classe trabalhadora, povo pobre e oprimidos, uma intelectualidade viva que não se separa da luta de classes. Obrigada por me apresentar o trotskismo, pelos gestos cotidianos, pelas piadas bobas e pela relação de apoio mútuo.

Agradeço ao Movimento Revolucionário dos Trabalhadores (MRT), onde vivencio a cada dia junto aos camaradas os aprendizados e a necessidade do papel central da luta de classes que é o que move as transformações históricas. Onde estamos em cada greve e

manifestação, por onde enxergo que a saúde mental de todes só será possível com o fim do capitalismo. Reivindico cada conquista no campo até então, mas sigamos independentes dos governos e dos patrões, por um SUS 100% estatal, feito por e para trabalhadores e povos oprimidos.

## Sumário

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Ficha catalográfica.....                                                                                | iii       |
| Ata de defesa e aprovação.....                                                                          | iv        |
| Dedicatória.....                                                                                        | vii       |
| Agradecimentos.....                                                                                     | viii      |
| Resumo.....                                                                                             | xiv       |
| Abstract.....                                                                                           | xv        |
| <b>1 – Um começo em meio à incerteza pandêmica.....</b>                                                 | <b>16</b> |
| <b>2 – O início do acompanhar em tempos de pandemia: a coragem de viajar.....</b>                       | <b>20</b> |
| 2.1 O Centro de Convivência e as inspirações para o acompanhar.....                                     | 20        |
| 2.2 O contexto pandêmico e suas reverberações na rede: novas estratégias de<br>produção de cuidado..... | 22        |
| <b>3 - Como fazer das invenções registros?.....</b>                                                     | <b>27</b> |
| 3.1 Percursos remoto-presenciais: dos mapas cartográficos das análises ao<br>caminhar.....              | 27        |
| 3.2 Composições clínicas: o AT como clínica norteadora metodológica.....                                | 30        |
| 3.3 As paradas necessárias, os diários de andanças .....                                                | 36        |
| <b>4 - História do AT junto à reforma psiquiátrica.....</b>                                             | <b>40</b> |
| 4.1 Para pensar o AT, retomar as bases da Reforma Psiquiátrica.....                                     | 42        |
| 4.2 A reforma no contexto brasileiro: do higienismo à desinstitucionalização...                         | 48        |
| 4.3 O AT como agente da reforma.....                                                                    | 56        |
| 4.4 Algumas considerações sobre o AT no Rio Grande do Norte.....                                        | 62        |
| <b>5 – Caminhos remotos: as coabitações em cena.....</b>                                                | <b>69</b> |

|                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.2 Viagem: sobre delimitações e sonhos.....                                         | 71  |
| 5.3 Coragem: o parto pela palavra.....                                               | 81  |
| 5.4 Coragem e Viagem na rede de cuidado.....                                         | 91  |
| <br>6 – O movimento de olhar para trás: o que dizem os acompanhados sobre o AT?..... | 106 |
| <br>7 – Coragem e viagem na luta.....                                                | 116 |
| <br>8 - Referências bibliográficas.....                                              | 122 |

## **Entre telas e conexões: uma proposta de cuidado antimanicomial no contexto pandêmico (2020 - 2023)**

**Resumo:** A presente pesquisa se configura na intenção de rememorar e compartilhar experiências de Acompanhamento Terapêutico (AT) exercido de forma híbrida, com encontros virtuais e presenciais, no contexto do distanciamento social ocorrido no advento da pandemia do novo coronavírus e após. O encontro com dois convivas do Centro de Convivência e Cultura de Natal (CECCO), os quais chamamos de Inventores, Coragem e Viagem - numa referência a seus modos de estar no mundo - é a base que funda esta proposta construída em cooperação, espaço de convocação provocadora de deslocamentos e invenções, tendo em vista as outras vias de escuta mobilizadas para além do modelo da psicoterapia demandada inicialmente pelo serviço. Orientada pela teoria e prática do AT como clínica-política-antimanicomial, utilizou-se como método a produção de narrativas cartográficas, a partir dos registros do vivido feitos em diários de campo nomeados Diários de Andanças, almejando explorar as possibilidades de reinvenção de uma clínica antimanicomial frente ao contexto pandêmico. As experiências de AT narradas apontam para a abertura dos espaços relacionais diante dos efeitos de intensificação do sofrimento trazidos pelo isolamento social e restrição do acesso aos serviços de saúde mental, falam da potência da invenção de novos modos de escuta da singularidade diante das prisões operadas pela medicalização e silenciamento do sofrimento. Neste exercício de coabitação do AT, surge a capacidade de delimitar o Outro e cavar lugar para o sujeito singular e se coloca na ordem do dia a urgência da luta pela efetivação da Rede de Atenção Psicossocial sucateada pelo sistema capitalista à serviço da lógica neoliberal. O contato do AT com a RAPS de Natal aparece como agente desinstitucionalizante, confirmando-se a necessidade de seu lugar permanente na rede, para além dos projetos universitários e conectado com as demandas urgentes dos trabalhadores da saúde da cidade.

**Palavras-chave:** Acompanhamento Terapêutico, Pandemia, Saúde Mental, Distanciamento Social, Clínica.

**Between screens and connections: a proposal for anti-asylum care in the pandemic context (2020 - 2023)**

**Abstract:** The present research is based on the intention of remembering and sharing experiences of Therapeutic Accompaniment (TA) practiced in virtual and face-to-face meetings, during and after the advent of the pandemic crises. The meeting with two *convivas* of the Centro de Convivencia e Cultura de Natal (CECCO), that we named Inventores, Coragem and Viagem - in a reference to their ways of being in the world – is the foundation of this cooperative investigation, space of provocative summons of displacements and inventions, having in mind other ways of mobilized listening, beyond the psychotherapy model initially demanded by the service. Guided by the theory and practice of TA as a clinical-political-anti-asylum, used the production of cartographic narratives as a method, based on the records of the lived made in field diaries, named Diários de Andanças, aiming to explore the possibilities of reinvention of an anti-asylum clinic in the pandemic context. The experiences of TA shared with the reader point to the opening of relational spaces in the face of the effects of intensification of suffering brought by social isolation and restriction of access to mental health services, and speak of the power of the invention of new ways of listening to the singularity before the prisons operated by the medicalization and silencing of suffering. The ability to delimit the Other and carve out a place for the singular subject, flourish through this exercise of cohabitation of the TA, which makes the struggle for the effectiveness of the Rede de Atenção Psicossocial, that was scrapped by the capitalist system in service of neoliberal logic, imperative by the day. The contact of the TA with the RAPS of Natal appears as a deinstitutionalizing agent, confirming the need for its permanent place in the mental healthcare network, beyond the university projects and connected with the urgent demands of the city's health workers.

**Keywords:** Therapeutic Accompaniment, Pandemic, Mental Health, Social Distancing, Clinic.

## 1 – Um começo em meio à incerteza pandêmica

— Por que é que você olha tão demoradamente cada pessoa?

Ela corou:

— Não sabia que você estava me observando. Não é por nada que olho: é que eu gosto de ver as pessoas sendo.

(Lispector, 1998, p. 71)

Esta dissertação de mestrado diz, antes de tudo, sobre quem sou, ou melhor, sobre quem vou sendo. No caminho de aventuras enquanto Acompanhante Terapêutica, dentro do contexto de uma pandemia, me leio, revejo e reinvento essa dimensão das ações clínicas, no que Lancetti (2008) vai chamar de clínica artesanal. Reencontro-me com minhas contradições diversas vezes, em campo, em supervisão, em análise, nos estudos, na arte. E eu gosto de ver as pessoas sendo. Gosto de observar a espontaneidade dos atos, principalmente, daqueles que por tanto tempo foram reprimidos, silenciados, ou em relação aos quais não se sabia que se poderia realizar, ou que se está começando a experimentar, entre tropeços e errâncias, e que se iniciam, sobretudo, através dos gestos, da dança, da pintura, do artesanato. O Acompanhamento Terapêutico se apresenta como um lugar em que é possível acompanhar essa espontaneidade, as pessoas sendo. Sendo possível aprender a ser, ir sendo, também.

Viver isso é bonito e ao mesmo tempo desesperador, posso dizer, diz de uma pessoa com suas experiências e invenções, constituída no enlace com o social, em processos de subjetivação que engendram uma subjetividade atravessada pela cultura capitalista neoliberal, que insiste em nos reduzir ao modo indivíduo. Tal cultura atualiza seus efeitos, produzindo muito mais individualizações e empobrecimento do plano do singular, do que propriamente possíveis encontros com forças coletivas. No tecido social capitalista em que se inscrevem os sujeitos, na atualidade desta pesquisa, sustentamos o desafio de pensar os encontros experienciados com a prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) frente à emergência de um vírus altamente contagioso e tantas vezes letal. Neste sentido, se fez necessária a produção ou intensificação de formas outras de “estar com”, em um realojamento dos afetos intermediado

por uma escuta e um acompanhar remotos, que se fez em proximidade, encontros, relações desde seu âmbito mais íntimo até os ambientes profissionais.

Seguindo as pistas da transformação do dispositivo do AT ao longo dos anos, na sua íntima relação com a Reforma Psiquiátrica brasileira, e com as especificidades do campo da saúde mental da cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, acabo iniciando práticas de AT a partir do Centro de Convivência e Cultura (CECCO), local no qual estagiei durante o final da graduação de psicologia. O CECCO é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que promove espaços de convivência através de atividades culturais das mais diversas, a fim de aproximar pessoas da rede de saúde mental, incluindo também aqueles integrantes das comunidades que desejam participar, sendo assim um lugar onde se encontram as diferenças, no qual é possível problematizar a lógica manicomial que individualiza, patologiza e segrega as questões relativas ao sofrimento psíquico.

Vinculada ao serviço após a passagem pelo estágio, recebo de profissionais do CECCO a demanda de cuidado a partir da psicoterapia, de dois usuários que frequentavam o espaço em razão do agravamento do sofrimento psíquico diante do advento do isolamento social. O combinado inicial era de encontrarmos horários fixos, compatíveis para os atendimentos de cada usuário, através da via remota, mas no decorrer das tentativas fui percebendo que as duas pessoas pareciam se expressar melhor a partir do compartilhamento de seus cotidianos em diferentes momentos do dia, através de vídeos, fotos, músicas, dentre outras formas de narrar. Chamarei de Coragem e de Viagem, em razão das singularidades que dispararam a cada encontro, a esses meus companheiros de andanças, as quais mais adiante irei contar.

Mobilizada por estes encontros e desencontros remotos, busquei cada vez mais conhecer sobre o acompanhar terapêutico, pois as teorias de psicoterapia não pareciam me auxiliar frente aos inusitados operados por um contexto pandêmico, no campo da saúde mental. Com o passar do tempo, conquistando intimidade, cada vez mais próxima dos usuários ainda

que de maneira remota e diante de uma segurança maior que as vacinas e os protocolos de biossegurança sobre a covid proporcionaram, também passamos a realizar encontros presenciais. Tendo em vista as dificuldades presentes no contexto pandêmico para os encontros, foi necessário repensar maneiras de estar com, de coabitar o espaço remoto e de lidar com as questões em meio ao isolamento, nos territórios públicos e privados, no exercício de uma política dos afetos que se fez no cotidiano.

Em concomitância a esta experiência comecei a me aproximar do projeto de extensão desenvolvido na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pelo Departamento de Psicologia, intitulado de “Acompanhamento Terapêutico: a articulação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial”, que visa apresentar o AT como dispositivo de cuidado para os trabalhadores/estagiários da RAPS, espaço onde foi possível o compartilhamento de casos de AT, também iniciado de forma remota e que em 2022 iniciou na modalidade presencial. Tal espaço foi rico para a troca de experiências da prática do AT e dele foram extraídas cenas de cuidado que coproduzem as andanças da clínica nesta dissertação.

Neste exercício de andanças pelos espaços abertos pelo Acompanhamento Terapêutico, articulado com um tempo de cuidado que se passou de maneira remota, algumas problematizações emergem: de que modo o AT pôde contribuir para o cuidado de sujeitos em sofrimento psíquico dentro do contexto pandêmico? Quais as possibilidades de cuidado se apresentaram diante da necessidade do isolamento social? Como os ambientes remotos foram capazes de mobilizar encontros e conexões entre acompanhantes e acompanhados? Como se passou a experiência híbrida de cuidado – remoto/presencial – no período pandêmico e pós-pandêmico? Questões que me habitam neste percorrer de dissertação e de prática clínica de uma iniciada no AT...

Para pensar estes problemas irei percorrer a história do AT na reforma psiquiátrica; a relação da cidade, sobretudo em tempos pandêmicos, com os processos de adoecimento

psíquico e com os processos de invenção de si; e os percursos experienciados com Coragem e Viagem. Trabalharei, ao longo do texto, com a cartografia. Para pensar/andar a prática do acompanhamento terapêutico no campo da saúde mental, considerando o contexto do distanciamento social diante do cenário pandêmico no período de 2020 a 2023, levando em conta a reabertura gradual e a possibilidade dos encontros híbridos e das estratégias de cuidado lançadas em atendimentos remotos e presenciais. Busca-se assim, narrar as possibilidades de presentificação do espaço clínico, que requer proximidade e encontro, frente aos desafios colocados pelo distanciamento social; contribuir com a produção de estratégias de cuidado co-participativas no campo da saúde mental; pensar o cuidado remoto a partir do AT com vias de produzir um ato político de sustentação da ética antimanicomial; e, analisar as experiências do período em questão de modo co-participativo.

## **2 – O início do acompanhar em tempos de pandemia: a coragem deviajar**

A proposta desta pesquisa tem como fundante uma experiência vivenciada durante a pandemia do novo coronavírus, principalmente a partir do segundo semestre do ano de 2020 até o momento atual. Em meio ao isolamento social e em conjunto com a passagem dos atendimentos presenciais para o campo virtual, encontrei-me diante do início da prática clínica em psicologia, como profissional recém-formada, Tateando as novas formas estabelecidas de conviver com os espaços, com os encontros, exercício de reinvenção presente nos mais diversos setores profissionais relacionais que prezavam, anteriormente, pelo encontro presencial. Foi nesse cenário em que, também, na posição de ex-estagiária do CECCO de Natal/RN, recebi por parte de uma das profissionais e de minha ex-supervisora de estágio, o convite de fazer o acompanhamento clínico de duas pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, frequentadoras do referido serviço, ao qual recorreram nos momentos de crise frente ao advento do isolamento social e do distanciamento físico dos serviços de saúde mental.

### **2.1 O Centro de Convivência e as inspirações para o acompanhar**

O Centro de Convivência e Cultura é um dos dispositivos presentes na RAPS, ligado à política de atenção básica que tem como base a oferta de espaços de socialização através de oficinas diversas, com foco na produção cultural e na relação com a cidade. Os participantes das atividades incluem as pessoas que frequentam a RAPS, mas também está aberto à comunidade. Em Natal, o CECCO tem composto a rede e impactado a própria relação dos convivas (forma pela qual se nomeiam os participantes das atividades do centro) com os territórios, ocupando ruas e espaços diversos através da arte e da cultura, sendo um espaço que preza pela liberdade dos participantes de escolher quais atividades mais lhes atraem, com quais

se identificam, produzindo experimentações que movimentam a convivência (Schenkel *et al*, 2022).

Posso dizer que o percurso como estagiária do CECCO começou a me ensinar sobre o AT, um cuidado ético que pode ser feito em lugares inusitados, permeado de arte, de produção coletiva e de convivência. Se o AT é capaz de se capilarizar e tomar formas que convocam o corpo à ação, conduzido por aquilo que do outro emerge no processo de cuidado como pistas de por onde ir, o centro de convivência me ensinou a percorrer esses mapas, a escutar os desejos dos convivas e construir alternativas estético-políticas de ação territorial, ao considerar os trajetos com suas características afetivas. Júlia Schenkel *et al* (2022) contam a experiência da intervenção urbana inspirada na obra de Saint-Exupéry, intitulada de “O pequeno príncipe ocupa a Ribeira”, com adaptações que conectam a história original com partes da cidade, com as oficinas do centro e com a experiência da medicalização na saúde mental. Com ocupação de galeria de arte, cortejo na rua, feira de artesanato e o teatro como base, os convivas se contaram a partir da intervenção que eles mesmos construíram. Foi entre ensaios e oficinas de produção da intervenção que conheci Coragem, quando ela me entregou um anel de plástico com uma flor que foi distribuído entre os convivas para representar a Rosa na história do pequeno príncipe. Ali ainda não imaginávamos quais rumos tomariam nossa relação no futuro, mas foi um ponto de partida que sempre lembramos como o dia que nos conhecemos.

Neste exercício de pensar a atuação do CECCO em relação com o AT, trago um trecho do trabalho dos autores citados anteriormente:

Se espaços asilares e manicomiais operam a violência de arrancar as pessoas de seus locais de existência em nome da palavra de ordem de um tratamento, desinstitucionalizar passa pelo investimento nas relações com os diferentes territórios de vida das pessoas e pela criação de novos territórios de existência capazes de potencializar suas vidas (Schenkel, *et al*, 2022, p. 41).

Investir nisso que é uma teia entre os territórios é também uma função do AT, na medida em que acompanha o sujeito em seus percursos, sendo assim um agente da rede que quando

escuta e resgata os fios dos discursos e das ações, produz zonas férteis para o cultivo daquilo que brota como possibilidade.

## **2.2 O contexto pandêmico e suas reverberações na rede: novas estratégias de produção de cuidado**

Diante do advento da pandemia do novo coronavírus, é fundamental destacar que a acentuação do sofrimento psíquico vivenciado por pessoas com transtornos mentais prévios no contexto da pandemia é um fato observado por estudos recentes (Nabuco, Oliveira & Afonso, 2020; Oliveira, 2020). Além disso, coincide com o advento da pandemia o desmonte das políticas públicas. Oliveira (2020) reforça que os golpes direcionados à política de saúde mental brasileira são contribuintes para sua debilidade, destacando que a Portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017, que dispõe sobre as novas diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em conjunto com a Nota Técnica nº 11/2019 são documentos oficiais que destoam do que se tem como lei da reforma psiquiátrica brasileira, a lei 10.216/2001 (Portaria nº 3.588, 2017; Ministério da Saúde, 2019; Lei nº 10.216, 2001), alterações que serão melhor desenvolvidas posteriormente ao longo do texto.

De acordo com Nunes, Lima Júnior, Portugal e Torrenté (2019), as alterações presentes na política de saúde mental - que serão descritas com mais detalhes posteriormente - acarretam um possível “aprofundamento da crise sanitária, social e econômica em todo o território nacional. É, como já dito, exatamente neste cenário que surge a pandemia do novo coronavírus” (Oliveira, 2020, p. 9). E a necessidade do isolamento social, fator que Pereira et al (2020) vai evidenciar como facilitador do agravamento de sintomas de sofrimento psíquico relacionados ao estresse, ansiedade e depressão, diante da privação e contenção social. Ainda nesse sentido, em outra revisão integrativa, Rocha et al (2021) apontam que:

O distanciamento e isolamento social adotado como medida para controle epidemiológico em surtos, epidemia e pandemia por coronavírus, impactou negativamente na saúde mental da população, predominando instabilidades de humor e sintomas psicossomáticos de ansiedade. Fatores associados à duração da medida, possibilidades de contágio, medo, instabilidades financeiras e restrição alimentar foram determinantes para maiores comprometimentos. (Rocha *et al*, 2021, p. 08).

Não foi diferente para o Centro de Convivência e Cultura que, na época pandêmica, teve que cumprir o isolamento e deixar em desamparo muitos usuários da rede de saúde mental que frequentavam seus espaços. Contudo, foi nesta fenda do advento do isolamento social e do desmonte das políticas de saúde mental, além da suspensão de atividades presenciais no Centro de Convivência e Cultura pela pandemia, que se abriu espaço para a criação de estratégias do serviço na intenção de manter o contato entre profissionais e os Convivas. A criação do grupo de *Whats App* chamado Rádio Bilola foi uma ferramenta de compartilhamento de experiências, histórias e angústias diante do cenário, realização de oficinas online, *lives* e produção de conteúdo no instagram. O contato se manteve até então entre profissionais e os convivas de maneira remota, mas também por um sistema de escalas para as visitas ao centro com as devidas medidas de biossegurança.

O distanciamento social, as mudanças no cotidiano, somados à impossibilidade de frequentar o CECCO e participar das atividades desenvolvidas no serviço, foram fatores desorganizadores para alguns dos convivas. Desse modo, ocorreu meu encontro com dois deles, que possuíam diagnósticos de esquizofrenia. Em um primeiro momento, foi pensado um processo de psicoterapia junto a estes dois convivas. Contudo, como já anunciado no texto, passamos a inventar a possibilidade de realizarmos encontros na modalidade do AT. Nesse primeiro momento, escolho chamar estes dois convivas de *Inventores*, pois é essa a sensação que tenho após o contato contínuo de pouco mais de seis meses. Inventores do cotidiano no contato direto com a arte, com as mídias sociais, com o exercício de criação de conteúdos para aplicativos na internet, de personagens em jogos eletrônicos, peças de artesanato, desenhos, tudo isso na medida em que se encontram com suas próprias histórias e vão se recontando.

Inventores também em razão de que comigo inventavam modos de produzir cuidado, remoto ou presencial, a partir de um acompanhar percursos que remete ao AT, embora na época nem nomeássemos assim.

Nessa proposta inicial de psicoterapia, surgiram dificuldades de execução, tendo em vista que os combinados de horários para vídeo-chamadas nem sempre funcionavam, havendo sempre uma variação dos momentos de conversas, forma que foi se mostrando um caminho possível para a clínica ao longo do contato com os dois. Dos dois inventores, vou chamar a primeira de Coragem, pois trata-se de uma palavra que vez ou outra aparece no seu discurso e diz de uma posição de assumir as próprias vontades, seja em sua própria casa ou no campo da relação com os serviços públicos e garantia dos próprios direitos; e o segundo de Viagem, já que ele traz em si uma alma viajante, andarilha, tanto em suas perambulações pela cidade quanto em seus percursos criativos e diversos que se apresentam através da fala e da arte.

Com Coragem nunca foi possível o combinado de um horário marcado dedicado à fala, mas houve inicialmente momentos de crise, de ideações suicidas, acolhidos por meio de conversas ao telefone, de trocas sobre elementos do cotidiano de nossas casas, como, por exemplo, a troca de fotografias da infância. Com Viagem, ocorreram alguns encontros por vídeo-chamada no formato da psicoterapia, enquanto ele se recuperava de uma cirurgia, mas o contato comigo perdurava em outros momentos da semana, através do compartilhamento por *What's App* de músicas, pensamentos, elaborações sobre um luto que foi sua primeira queixa ao nos conhecermos. Ambos compartilharam comigo suas produções criativas; Coragem tem uma veia teatral, apaixonada pela interpretação; e Viagem tem um misto de habilidades com as quais cria histórias, conecta áreas de conhecimento, desenha, faz artesanias.

Como psicoterapeuta iniciante, encontrei-me em conflito com o que deveria fazer: seria bom manter o contato contínuo com eles? Seria isso uma psicoterapia? Acredito que meu receio acabou os distanciando em alguns momentos, mas em supervisão com minha ex-orientadora

de estágio, ela contou sobre a importância desse acolhimento das formas de contato e de encontro possíveis para eles, de que não haveria problema e que eu também poderia colocar para eles os meus limites, explicar quando estivesse disponível ou não, mas estar atenta aos momentos de urgências. Nesse ínterim, ao refletir nos meses iniciais sobre a experiência, ao passo em que fui relembrando da prática do Acompanhamento Terapêutico que tinha visto na graduação, consegui observar semelhanças que se cruzam, tanto pela questão da disponibilidade do acompanhante, quanto, principalmente, por notar que o compartilhamento de experiências do meu cotidiano, tomando por base aquilo que por eles me era trazido, se fazia presente e importante para a manutenção, extensão e produção do cuidado - que começava a tomar as formas de uma habitar em distanciamento, mas em proximidade.

Elaborando sobre as práticas de cuidado da rede de saúde, Londero e Paulon (2018) colocam que é preciso “‘espreguiçarem-se’ por territórios desarrazoados” (p. 112), pois na medida em que se tensionam os limites se produz movimentações da lógica manicomial, ao passo em que a própria ação seria uma fonte mobilizadora de engrenagens, embora se reconheça o caráter ameaçador e dolorido de investir nessas apostas em direção dos diferentes possíveis. É no âmago dessa experiência que me questioneei sobre as estratégias possíveis diante da parada dos serviços territoriais no contexto pandêmico, ou sua gradual retomada, uma vez que, por um tempo considerável, não puderam voltar ao que eram antes instantaneamente. Destaco aqui o movimento dos inventores no sentido do encontro presencial, já que tanto Coragem quanto Viagem sugeriram essa atividade de modos distintos, o que foi possível diversas vezes ao longo do ano de 2021 e até o presente momento, intensificando-se na medida em que todos os grupos de pessoas eram vacinadas e os índices de letalidade da covid-19 diminuía consideravelmente em Natal/RN. Tal movimentação pôde atualizar esses modos de estar juntos, de estar com, seguindo assim com a proposta de encontros híbridos, remotos e presenciais.

Desse modo, sigo descobrindo em conjunto os formatos possíveis de acompanhar Coragem e Viagem, ao passo que continuo tecendo minhas memórias-análises através de diários de campo. A escrita do diário de campo foi sendo um suporte para o processo de ir aprendendo, no percurso, como se enveredar pelos caminhos remotos e da própria cidade, em um exercício de recalculas as rotas, tanto aquelas por onde se pretende caminhar quanto da maneira de escutar aquilo que se apresenta na relação. . Foi assim fazendo a função de visibilizar os efeitos causados pela problematização dos Inventores à minha escuta-clínica em um cenário totalmente inesperado que foi a experiência pandêmica

A seguir, gostaria de apresentar um pouco de como foi se desenhando este caminho, de como neste caminhar clínico-político, seja presencialmente ou de maneira remota, se elaborou cartograficamente esta história que aqui se tenta contar.

### 3 – Como fazer das invenções registros?

#### 3.1 Percursos remoto-presenciais: dos mapas cartográficos às análises ao caminhar

Para trabalhar a escuta experienciada dos espaços híbridos com Coragem e Viagem, de maneira a produzir a pesquisa aqui tratada, lancei mão da cartografia. Para além dos encontros com Coragem e Viagem, que dão o tom desta dissertação, é possível, mesmo que de maneira silenciosa, encontrar fragmentos cartográficos dos encontros do projeto de extensão que em 2022 contou com uma modalidade de supervisões nômades nos diversos serviços da RAPS. Nesse processo atuei como parte da equipe de supervisão dos casos acompanhados, o que trouxe para a cena mais experiências agregadoras do caminho cartográfico e da prática do AT.

Levando em consideração o fato de que a cartografia não tem como base a pesquisa de modo prescritivo, guiada por objetivos pré-estabelecidos (Passos, Kastrup & Escóssia, 2009), é possível observar semelhanças com o percurso deste estudo, já que se trata de um encontro com a produção de formas de cuidado diante das condições limitadoras no contexto pandêmico, permeada pela invenção de caminhos que emergem das relações em curso. Dizer que não se parte de objetivos anteriores não significa dizer que trata-se de “uma ação sem direção, já que a cartografia reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa” (Passos, Kastrup & Escóssia, 2009, p. 17).

Com o trabalho de reunirem pistas para o método cartográfico, os autores citados acima dizem dessa reversão do método que tem como base a análise institucional, mais especificamente a vertente da pesquisa-intervenção francesa, nos contando sobre o Hódos-Metá (*Hódos*: caminho, direção; *Metá*: reflexão, raciocínio, verdade), isto é, o exercício de começar pela inserção/intervenção/invenção no campo para então produzir reflexões, análises e pensamentos. Nesse sentido, pretendo seguir a articulação feita por Londero (2021) para a proposta do projeto de extensão do qual faço parte. O projeto apresenta a semelhança entre a

proposta de metodologia invertida e o Acompanhamento Terapêutico, considerando que “ambos produzem análises ao caminhar, em um movimento que vai construindo saberes a partir da interação com o campo que se está a trabalhar” (Londero, 2021, p. 10).

E é nessa experiência de produzir análises ao caminhar que a cartografia vai aparecer como método inclusivo e participativo, comprometida com a participação ativa dos sujeitos em relação (pesquisadora/acompanhante terapêutica, acompanhados, professoras(es), profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, família, dentre outras personagens que apareçam pelo caminho), existindo assim a coprodução de conhecimentos, afetos e estratégias entre participantes do cenário (Kastrup & Passos, 2013). Entende-se que a cartografia se faz “considerando os efeitos do processo de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados” (Passos & Barros, 2009, p. 17). Os autores também colocam que tal método pressupõe o conhecer e o fazer, o pesquisar e o intervir como momentos inseparáveis, afinal o próprio ato de pesquisar já é, por si, uma intervenção.

A pesquisa-intervenção, que se diferencia da corrente iniciada por Kurt Lewin com a pesquisa-ação, presume que o trabalho ocorre em um plano ao invés de um campo, considerando que o plano contém em si os processos de percepção do instituído ao mesmo tempo em que guarda as faíscas potenciais de transformação (Passos & Barros, 2009). Nesse sentido, é possível pensar nas mudanças inerentes ao período pandêmico, desde as estratégias de isolamento para contenção do vírus, durante a reabertura gradual dos espaços e o momento de maior abertura, tendo em vista a possibilidade de vacinação que diminui a letalidade do novo coronavírus. Dessa forma, torna-se necessário perceber este plano e suas particularidades para as trajetórias dos *Inventores*, cartografando os caminhos remotos e presenciais que trilhamos, a relação com seus espaços e com as instituições que os atravessam.

Se cartografar é acompanhar processos (Passos e Barros, 2009), percebendo os processos em sua dimensão de processualidade e na contramão da noção de processamento que

ocorre no desenvolvimento da ciência moderna, posso dizer que a união da prática do AT com a cartografia se agencia para fazer registros, não apenas objetivos, mas afetivos e políticos daquilo que atravessa as pessoas em relação. E fazer registro não se trata aqui de tecer manuais de por onde ou como caminhar, mas de perceber-se em um campo rizomático apresentado por Deleuze e Guattari (1995) em *Mil Platôs*, quando recusam a uma ordem hierárquica dos conteúdos (ibidem). Os autores ainda demarcam a diferença entre precisão e exatidão, defendendo que esta última não é condição para um conhecimento preciso, já que é possível precisar através do compromisso, da implicação da pesquisadora na realidade, através da intervenção. O exercício de cartografar se concentra na experiência, mas sem focalizar em pontos específicos para isolá-los, sendo fundamental a entrega e a abertura ao encontro com o plano para que então seja possível sentir os estranhamentos, registrá-los afetivamente e reconhecê-los como fontes de trabalho, desenhando a rede de forças em que está instalado o objeto/fenômeno em questão (ibidem).

Foi através do ato de estranhar a experiência clínica vivenciada e de perceber como sua processualidade se fazia por meio da coprodução de conhecimentos, afetos e estratégias até então por mim impensados que passei a notar semelhanças com a prática do Acompanhamento Terapêutico, percebendo assim a possibilidade de admiti-la como norteadora metodológica da pesquisa aqui descrita. Os passos seguintes deste texto compartilham a noção de Acompanhamento Terapêutico como dispositivo clínico-político (Palombini, 2006), para então precisar, no sentido apontado por Deleuze, o *hódos*, o caminho, a direção que na experiência foi se desenhando.

Palombini desenvolve a noção de dispositivo a partir de Foucault (1986), tratando-se de uma rede heterogênea composta por discursos, pessoas, instituições, leis, dentre outros elementos que se unem e agenciam processos subjetivos e coletivos. A dimensão clínica do dispositivo é marcada pelas movimentações que se fazem necessárias dentro da clínica mesma,

já que dada a sua origem institucional, faz-se fundamental trabalhar no sentido da desinstitucionalização da própria clínica. Tais deslocamentos ocorrem no contato com o cotidiano presente na relação entre acompanhante e acompanhado, sendo necessário atentar para a existência de sistemas fechados de certezas. O viés político opera no sentido de seguir os desvios, apostar no nomadismo, naquilo que emerge como inventivo e que destoa dos enclausuramentos próprios da disciplinarização dos corpos (Palombini, 2006).

### **3.2 Composições clínicas: o AT como clínica norteadora metodológica**

A partir do movimento de produzir análises ao caminhar que a cartografia ensina, pretende-se aqui experimentar um percurso clínico que se produziu neste período junto aos Inventores, em uma criação de espaços que se desdobra na medida em que se vivenciam e se observam as possibilidades e dificuldades do encontro remoto e esporadicamente presencial, um experimentar no sentido proposto por Lazzarotto (2012), que requer uma ultrapassagem do limite entre sujeito e objeto e que “implica construir um modo de pesquisar que acolha a experiência que insiste em expressar a multiplicidade que nos constitui” (p. 99). A sensação se assemelha com aquilo que Londero (2018) descreve sobre seu início no campo das práticas do acompanhamento terapêutico, pois trata-se de uma descoberta da clínica em ato, através do borrar das paredes do *setting* terapêutico, algo que ele vai descrever como uma “Viagem sem volta, já que este vagar produz cuidado e compartilhamentos que convocam uma postura ética de análise de si junto aos corpos que se encontram na atmosfera clínica” (Londero, 2018, p. 26).

Nesse sentido, esta atuação se enquadra nas premissas de uma clínica ampliada, partindo da noção apresentada por Paulon (2004), quando problematiza a utilização desenfreada do termo “ampliada” diante de práticas que apenas saem dos settings analíticos tradicionais e se estendem para grupos em diversas organizações, mas que acabam por

perpetuar ideais de subjetividade no sentido de adaptar o sofrimento do sujeito ao modo de produção capitalista, ao ritmo do mercado. A autora reconhece que, de algum modo, o termo sinaliza a necessidade de pensar novas estratégias de atuação na clínica, mas para que sejam realmente novas precisam estar dispostas aos planos inventivos, questionando suas próprias bases.

E nesse vagar que produz cuidado, fui percebendo aquilo que Rolnik (1997) descreve ao falar do Acompanhante Terapêutico, quando em seu percurso acaba notando que interno e externo estão para além de uma perspectiva espacial, mas torna-se o acompanhamento em uma superfície horizontal na qual “é preciso ser cauteloso, para não abafar com excesso de falatório aquilo que o desajeitamento anuncia (Rolnik, 1997, p. 93). O desajeitamento anuncia que é necessário repensar a escuta, trocar de lugar os combinados como a centralidade na psicoterapia e estender o olhar para outra possibilidade, o cuidado em tempos de isolamento que não se trata de ser interno e nem externo, mas através de uma rede invisível capaz de conectar e transmitir afetos, dores, alegrias, angústias.

Enquanto descreve o percurso de um AT imaginário, a autora traz à tona a subjetividade como um dentro-e-fora que não se separam, mas que também são inconciliáveis. Rolnik, ao trabalhar seu personagem conceitual AT, comentará que os “pacientes que ele acompanha o obrigam a enfrentar e problematizar o fora temporal e sua inconciliabilidade em relação aos dentro espacializados que nele se engendram” (Rolnik, 1997, p. 87). Nesse sentido, os desvios do formato tradicional da psicoterapia foram me convidando a explorar caminhos desta rede invisível, tecnológica, que desenhava outro “fora” em um período de isolamento. Embora com contornos diferentes daqueles presentes no surgimento do AT, em que se buscava a ocupação das ruas com a loucura na produção de formas de existência, é interessante perceber que aqui o AT também é convocado diante da necessidade do isolamento.

O AT de Rolnik dá vida, descobre que a clínica, para que se faça clínica, precisa ser nômade, seja qual for o lugar ou o formato ao qual se proponha. Precisa estar aberta às problematizações que se anunciam diante de suas estruturas, ao que brota das singularidades de cada sujeito que traz consigo suas próprias cartografias já existentes e por se produzirem. Tal abertura se vincula com a ética da prática analítica que tem como premissa os movimentos próprios da vida no sentido da criação, da invenção de lugares de existência (Rolnik, 1997).

O caráter nômade da clínica aparece também nas experiências e elaborações de Lancetti (2008), em seu livro *Clínica Peripatética*, no qual se conecta com a incompatibilidade dos métodos clínicos do “entre quatro paredes” para alguns pacientes e alguns contextos que convocam a um desvio do caminho já traçado, um posicionamento de desinstitucionalização da clínica mesma. O autor chama de peripatética essa clínica que se faz caminhando. A escolha do nome se dá inspirada no sentido de caminhar conversando, ao retomar a escola aristotélica filosófica de 384 - 322 a.C, em que ocorria o ato de filosofar na medida em que se andava. Lancetti também fala do Acompanhamento Terapêutico, colocando que “estar presente em movimento, esse estar-aí-junto e em movimento, gera uma continência às vezes maior que a que se passa entre as quatro paredes do consultório” (Lancetti, 2008, p.30). Outro nome que se dá é o de clínica artesanal, que de acordo com as trilhas percorridas na cidade vai possibilitando composições a partir do que é mais singular para cada sujeito.

Esse estar-aí-junto trazido pelo autor se assemelha a algo que Fábio Araújo (2013) vai desenvolver enquanto ética que se dá no ato de acolher, atentando que para que se acompanhe, é necessário primeiro o acolhimento:

Colocar-se ao lado acolhendo, porém um acolher que já é desde sempre acompanhar, traçar um caminho, criar um esboço de contorno, tracejar um continente, uma nova forma de vida, um novo território. Colocar-se ao lado traçando pequenas linhas, dando consistência a pequenas percepções, para que daí um trajeto surja no próprio ato de percorrê-lo e que a cada passo se diferencie de si mesmo se tornando sempre um outro. (Araújo, 2013, p. 138).

Neste caso, o acolhimento é uma condição ética da clínica que tem como função também produzir brechas de espaço que permitam a passagem de algo, as percepções automatizadas que brotam e fazem questão. Ao mesmo tempo que contorna e dá consistência, indicando que ali há um saber do sujeito, o acolhimento é um lugar de partida, de onde surgem experimentações, como uma cama elástica debaixo de acrobacias feitas no ar, que tanto amortece as quedas quanto impulsiona novamente na direção de novos movimentos.

Araújo (2013) resgata Derrida para fazer o acolhimento e acompanhamento conversarem com a hospitalidade, partindo do ponto de que é preciso tomar o que aparece sem a determinação de condições específicas, mas produzindo um espaço que não seja pautado pela imposição de normas, e sim por uma ética da hospitalidade, capaz de receber, dar boas-vindas aos desajeitamentos, ao que externamente é estranho, é inadequado. Ao mesmo tempo, reconhece a importância de manter as problematizações em dia, considerando o caráter delimitador que a hospitalidade pode apresentar quando, por exemplo, impõe condições aos estrangeiros e imigrantes de outros lugares para que se mantenham em determinadas terras. Por esta razão o autor combina com a hospitalidade a necessidade de uma política da amizade.

Ao lembrarmos da história percorrida pelo AT desde seu início, pôde-se considerar que o mesmo se encontra diretamente permeado pela política, na medida em que se funda nos processos de desinstitucionalização da loucura e questionamento direto do modelo asilar, algo que Araújo (2013) vai destacar ao mesmo tempo que conduz a discussão pela função política do AT na atualidade. Colocado o cenário em que existe uma crítica e oposição maior frente aos métodos manicomiais dentro das estruturas físicas, embora ainda existam os setores que defendem tal absurdo, o autor vai problematizar o fato de que “apenas a desospitalização da loucura não garante a ela necessariamente um lugar novo dentro da sociedade” (Araújo, 2013, p. 167). Nesse sentido, lembra as quantidades abusivas de disseminação dos psicofármacos como vias majoritárias de tratamento da loucura, que acabam por enclausurar de outra forma,

continuando a concentrar a responsabilidade e periculosidade individualmente no louco ao invés de escutar o que pode emergir dos sujeitos.

É aqui onde se expressa o acompanhamento terapêutico como política da amizade, onde o *estar-com* nos espaços coletivos vai aparecer como possibilidade, já que a política diz desses espaços na cidade e de como são ocupados. Aqui a amizade inscreve aquilo que trazem as relações em suas diferenças, discordâncias, ao mesmo tempo em que se escolhe dividir um espaço comum. “Ser amigo nesse caso é dar à 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).

E neste trajeto que vai remontando o público na medida em que se faz rachadura nas “normalidades” cotidianas, a convivência que está presente na amizade, mas uma amizade com função terapêutica. Um trajeto também orientado por aquilo que Palombini (2009) vai chamar *exercício da amizade*:

[...] o que se designa por amizade, nesse contexto, escapa ao modo como esta é concebida pelo senso comum ou em textos filosóficos consagrados sobre o assunto. A forma da amizade que pode servir à experiência do AT não é aquela, vivida na esfera da intimidade e das identificações, que iguala o amigo ao irmão, ao semelhante, espelho da alma do outro; ao contrário, é como diferença, distância, assimetria – sem recusa à solidão imanente à incomensurabilidade entre o eu e o outro – que a amizade faz-se presente à dinâmica do acompanhamento, numa agonística que, pondo em questão certezas e crenças, incita à transformação e inventa formas não prescritas de existência. (Palombini, 2009, pp. 301-302).

Um processo relacional que se inscreve no reconhecimento das diferenças, para além das identificações, no sentido de provocar, quem sabe, mudanças de posição que estão aí tanto para o acompanhante terapêutico quanto para o acompanhado, e aparece nesta experiência na medida em que ocorrem remotamente os compartilhamentos do cotidiano.

Nesse exercício da amizade em que as invenções permeiam aquilo que salta dos encontros, a noção de Acompanhamento Terapêutico como estratégia e tática, apresentada por Metzger (2015), ressalta o caráter clínico do AT a partir da política da psicanálise, política está diretamente conectada com sua ética, segundo Lacan. A dimensão tática do AT estaria representada nas ações interpretativas, comportando um leque de possibilidades que podem emergir dos encontros com os acompanhados. Dessa forma a tática se encontra diretamente subordinada à estratégia que apresenta uma liberdade de ação menor, não no sentido de limitar os horizontes, mas de estar alinhada com o campo da transferência, na intenção de trabalhar para que o inconsciente venha a se manifestar. Trata-se de colocar a singularidade como foco e permitir que ela guie o processo, tendo a ética como base de orientação, entendendo que a característica singular do desejo, no sentido contrário da criação de padrões a serem reproduzidos com cada sujeito. Portanto, a ética psicanalítica parte de lidar que existe um sujeito para além do “eu”, que transborda o que aparece na consciência, por isso a premissa de trabalho com o sujeito do inconsciente no AT enquanto clínica (Metzger, 2015).

Dessa necessidade urgente de reinvenção frente à crise capitalista generalizada que foi a pandemia do COVID-19, o percurso clínico com Coragem e Viagem foi sendo traçado na medida em que eram lidos os processos transferenciais mediados entre-telas, inicialmente, naquilo que se escrevia e que se inscrevia enquanto compartilhávamos o cotidiano à distância, remotamente. Junto com eles e a partir de suas problematizações quanto ao modelo de atendimento remoto da psicoterapia, criamos um espaço comum em que parece que dava para caminhar, só que naquele momento, entre os trajetos das ondas eletromagnéticas. O Acompanhamento Terapêutico guiado pela ética da escuta psicanalítica permitiu a invenção clínico-política relatada aqui, que posteriormente se conectou com os encontros presenciais, perdurando até então como composição híbrida de remoto e presencial.

Nesse percurso de coabitações remotas-presenciais, a forma dos registros terá como inspiração as narrativas, através dos *Diários de Andanças*, tanto da pesquisadora quanto dos sujeitos co-produtores, sendo estes convidados a narrar sobre o caminho trilhado no campo do cuidado e de trocas que têm se produzido nesse entrelaçamento de relações.

Por fim, para dar seguimento a esta pesquisa, coloca-se aqui mais uma questão: como a prática do AT subsidia e abre margem para a invenção frente às limitações da ocupação da cidade em tempos pandêmicos? É uma indagação que movimenta e pretende contribuir para a composição de projetos de cuidado diante do cenário pandêmico, não no sentido de romantizar, ou de superação das dificuldades, mas de atravessá-las com eixos de orientação que sustentem a possibilidade da diferença.

### **3.3 As paradas necessárias, os diários de andanças**

A partir desta concepção metodológica resgatei minhas memórias localizadas em diários de campo para produzir narrativas sobre o Acompanhamento Terapêutico. Para falar das narrativas, Walter Benjamin nos conta sobre o narrar como “uma forma artesanal de comunicação” (Benjamin, 1994, p. 205), um ato que não se propõe a fixar e esgotar informações, como ele coloca sobre as formas comunicativas da modernidade, mas que ao fazer-se, é uma arte que guarda em si os gestos e a experiência do trabalho do narrador. Além disso, se pergunta “se a relação entre o narrador e sua matéria - a vida humana - não seria ela própria uma relação artesanal” (p. 221). Mais uma vez, esse entre que se produz e que povoa as relações, considerando a narrativa como esse campo que envolve quem narra e suas referências/experiências, provocando mudanças de posições e possibilidades inventivas.

A prática do diário de campo me acompanha desde a graduação e encontro nela um modo de dizer na medida em que elaboro os acontecimentos, o que me atravessa e a leitura que faço das experiências. Colocando em palavras as memórias dos encontros me deparo com a

nomeação de alguns afetos e a percepção das dimensões inscritas nos momentos, sendo possível tecer elaborações teóricas posteriores. Dentro da prática cartográfica os diários

[...] têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa. Há coprodução. (Barros & Kastrup, 2009, p. 70)

Os diários devem conter informações precisas que descrevam as experiências em campo, mas também têm como premissa as impressões não necessariamente bem definidas, tendo como objetivo a captação do plano intensivo que permeia a produção afetiva. É um lugar de elaborações do momento vivido ou posteriores, consideradas importantes para o compartilhamento e atenção. São assim um espaço em que, ao mesmo tempo que se registra o ocorrido nos planos, percebem-se os próximos passos, servindo como motor de transformações características da processualidade cartográfica, que não especifica o que vem antes ou depois, mas reconhece a precisão do compromisso com os afetos vivenciados, havendo assim a produção do conhecimento com a experiência e da experiência com o conhecimento (Barros & Kastrup, 2009).

Assim, ao longo dos ATs e da pesquisa fui convidando Coragem e Viagem para expressarem suas idéias sobre este dispositivo de cuidado que fomos inventando entre o remoto e o presencial. Por meio desses caminhos, fiz aos dois o convite informal para a co-produção de narrativas, ou Diários de Andanças, colocando a possibilidade de descobrirmos, em relação, as formas de registro a serem utilizadas para a construção da pesquisa, considerando o contato deles com a arte, cultura, com as produções audiovisuais, abrindo espaço para registros através de vídeos, fotografias, desenhos, escritos, áudios, etc. Os dois reagiram bem à proposta; Coragem disse que poderia ser através de vídeo, já que ela prefere e tem maior contato com a plataforma *TikTok*; e Viagem não especificou exatamente qual sua forma preferida, mas se mostrou disposto a construirmos juntos.

Neste sentido, a proposta foi que essa experiência que testemunho no acompanhar destes dois inventores, na modalidade do acompanhar terapêutico, se tornasse um material de análise sobre a clínica da reforma psiquiátrica em tempos de pandemia, a partir das narrativas destes encontros, remotos ou presenciais, com as anotações dos diários de campo e do percorrer cartográfico. Inicialmente fazia parte da proposta a composição das minhas narrativas com as de Coragem e Viagem, com considerações sobre o Acompanhamento Terapêutico, mas embora tenham concordado inicialmente, ambos desmarcaram os momentos específicos das entrevistas, propondo outras atividades que irei descrever posteriormente, mas que também dizem desse processo de co-produção inerente ao AT. Outro espaço que foi utilizado para construir narrativas de análise sobre o AT, a clínica da reforma psiquiátrica e os tempos pandêmicos, foi o projeto de extensão que participei, pois nele foi oferecido um espaço de experiência de AT para trabalhadores e estagiários dos serviços de saúde mental de Natal.

Nesse sentido, consideramos que o caráter de co-produção da pesquisa se deu em ato, na medida em que os Inventores percorriam seus territórios e criavam junto comigo estratégias de cuidado, o que significa também dizer que, ainda que a intenção inicial de realização das entrevistas não tenha se concretizado, ao mesmo tempo os dois seguem inscrevendo em conjunto os rumos do AT. Pode-se então dizer que o AT carrega em si a co-produção e que nesta pesquisa ela aparece sobretudo na forma que os dois me indicam sobre a finalização: não se trata de marcar uma entrevista para finalizar, mas de fazer de outros jeitos - descritos com mais detalhes posteriormente - que enlaçam o registro da experiência. Coragem me convidou para fazer fotos dela vestida de bailarina agora que está no balé, assim como me convocou a produzir passagens para a fala diante das instituições da Saúde Mental da qual recebe o cuidado. Viagem me falou sobre sua vontade de ser mestre e propôs me ensinar a fazer filigrana, sua arte com o alicate e o arame, em meio à fortes emoções diante do fim de um relacionamento.

Aqui deixo essas pontas soltas que logo mais irei retomar, mas destaco as transformações na metodologia que são fruto da potência do AT e das várias formas de co-produção que este é capaz de provocar e produzir.

#### 4 – História do AT junto à reforma psiquiátrica

Nas férias do ano de 189\*, fiz uma excursão aos Hohe Tauern\* para esquecer por um momento a medicina e, particularmente, as neuroses. Quase o conseguira, no dia em que abandonei a estrada principal, para subir uma montanha afastada, que se tornou célebre como mirante e por seu bem cuidado abrigo. Chegado ao cimo, após fatigante caminhada, estava sentado ali, revigorado e descansado, imerso na contemplação de um panorama encantador, tão esquecido de mim que, quando escutei a pergunta, inicialmente julguei que não me dizia respeito: 'O senhor é médico?'. Mas a pergunta se endereçava a mim, e vinha da moça de cerca de dezoito anos que na refeição me servira com semblante aborrecido e a quem a estalajadeira chamara 'Katharina'. Por suas roupas e sua conduta não podia ser uma criada; devia ser filha ou parente da proprietária.

Respondi voltando a mim mesmo: 'Sim, sou médico. Como sabe disso?'

'O senhor escreveu seu nome no livro de visitantes. Achei que se o senhor tivesse um pouquinho de tempo agora - é que sou doente dos nervos e já fui uma vez a um médico em L..., ele me deu algo, mas não fiquei boa ainda'.

Ali estava eu, portanto, de novo em meio às neuroses, pois dificilmente se trataria de algo diverso no caso daquela moça grande e robusta, de semblante atormentado. Interessou-me que as neuroses prosperassem tão bem a uma altitude acima de 2 mil metros; assim, continuei a fazer perguntas.

(Freud, 2016, p. 180)

Começo com esse trecho em que Freud descreve uma cena de suas férias porque ele me tocou de algum jeito que me lembrou o AT. Não quero dizer aqui que é preciso abdicar das férias para seguir trabalhando, longe de mim. Mas nesse tópico em que pretendo traçar um percurso de história do AT junto à reforma psiquiátrica, observar a escuta de Freud desde os estudos sobre a histeria - e sua surpresa de que as neuroses podem prosperar tão bem em uma altitude acima de 2 mil metros - desperta um olhar para uma clínica conduzida por uma ética do encontro e no que ele tem de singular. Clínica essa que não se encerra nos consultórios, nas paredes físicas ou nos manicômios mentais, como atenta Pelbart (1991), quando fala sobre a necessidade não somente de abolir as paredes físicas dos manicômios, mas de questionar os saberes que pretendam normalizar a loucura no meio social e encaixar os sujeitos ditos loucos na rotina pré-estabelecida, questão que o autor vai trazer a respeito do processo de homogeneização do social.

Pelbart indica que a loucura, historicamente, é um recorte daquilo que os gregos denominavam como desrazão, sendo essa a dimensão cultural que se apresenta nos

estranhamentos, nas ameaças, naquilo que é radicalmente diferente das hegemonias e que, por isso, ignorar tal dimensão converge na manutenção dos manicômios mentais, aqueles que enclausuram a loucura como distúrbio. O AT, enquanto dispositivo, se mostra como um modo de assegurar espaços para a desrazão na *pólis*, ao ocupar a cidade com os estranhamentos que ela proporciona, legitimando discursos e fazeres que, embora não se enquadrem no que é dito como normal, transbordam e colocam em cena formas outras de dizer de si. O AT se torna, então, uma estratégia ética-clínica-política de problematizar o instituído nas práticas de escuta e acolhimento que seguem na direção de homogeneização do social. Problematiza sobretudo a cidade e seus aparatos rígidos de controle do singular, para deixar a polis cada vez mais pobre de desrazão, mais docilizada e pavimentada, sem a possibilidade da surpresa se apresentar.

Nesse sentido, apesar do AT ter sua prática inicial vinculada à circulação pela cidade, nas ruas ou casas dos pacientes no sentido mais utilitário do cuidado, iremos perceber que o acompanhar terapêutico não tem como premissa a saída para as ruas, pois trata-se também de uma ética de escuta clínica atenta aos acontecimentos singulares, ao que prospera e escapa através da fala e das ações que se passam no encontro. Seja lá onde for, entre acompanhante e acompanhado, se diz o inconsciente, que aponta caminhos para a direção dos tratamentos e apresenta questões que estão imbricadas socialmente.

Partindo daqui, podemos pensar o cenário pandêmico como um ponto de inflexão para o cuidado em saúde mental e buscamos narrar como se pôde trabalhar com o AT diante de um tempo no qual o isolamento social era um princípio de cuidado básico com a saúde. No contexto da saúde mental, levando em conta o trabalho de caráter territorial desenvolvido na esteira da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, tais características do período pandêmico produziram efeitos. Para pensarmos a problemática da pandemia junto ao campo da saúde mental, faz-se necessário percorrer o caminho do AT junto ao processo da reforma psiquiátrica.

#### **4.1 Para pensar o AT, retomar as bases da Reforma Psiquiátrica**

Considerando o campo da saúde mental e a atenção psicossocial como um processo social complexo, Amarante (2007), inspirado em Franco Rotelli, coloca que “um processo social se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões” (Amarante, *ibidem*, p. 63). Nessa obra que trata da Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Brasil, o autor fala sobre a importância das ações e intervenções levarem em conta aspectos políticos, científicos, ideológicos, éticos, tendo como possibilidade também a alteração das rotas, quando necessário, ao invés de serem determinadas por preceitos puramente científicos, dada a complexidade das comunidades e dos sujeitos. O autor ainda discorre sobre a resignificação dos serviços setoriais como territoriais na tradição do psiquiatra italiano Franco Basaglia, destacando o território como um espaço marcado por “trocas reais e simbólicas, que deve ser também transformado” (p. 102), pois “atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade” (p. 102).

O cenário da reforma psiquiátrica teve como antecedentes, no Brasil, o período da reforma higienista, a influência do pós Segunda Guerra Mundial e os anos da ditadura militar (Palombini, 2007). O primeiro, por volta dos anos 1920 com a República, teve como mote o investimento nos espaços asilares, em especial nas colônias de assistência aos alienados, voltadas para o valor terapêutico do trabalho e da convivência fraterna (Amarante, 1994). As chamadas Ligas de Higiene Mental representavam no campo da psiquiatria as ligas eugênicas que constituíam a medicina social, trabalhando em um projeto de sociedade que era, ao mesmo tempo, técnico, político, social, xenófobo e racista; localizando a questão da degeneração na classe operária (Palombini, 2007).

As mudanças que começaram a contrapor os ideais das instituições asilares demarcam o período pós-guerra, quando o campo dos direitos passa por transformações e influencia

diretamente o sistema de saúde, havendo então a responsabilidade do Estado com o “direito à saúde” e não meramente o “direito de viver” (Birman & Costa, 2002). Tais transformações irão incidir nos processos referentes à assistência psiquiátrica brasileira a partir dos anos 1970. Os autores destacam que ocorre uma reorientação da recuperação que tem como objetivo os sujeitos de produção. Nesse sentido, voltam-se os olhares para o espaço próprio do hospital, entendendo-o agora com seu potencial terapêutico com o intuito de promover e produzir Saúde Mental (Birman & Costa, *ibidem*).

Couto e Alberti (2008), em seu trabalho sobre o percurso da reforma psiquiátrica para dar suporte à compreensão da questão na atualidade, apontam que, no pós-guerra, os principais elementos contribuintes para as ações contra as internações foram impulsionados pelo período de crescimento econômico de algumas nações, aliado à retomada de movimentos sociais e do âmbito civil. Assim, surgem as experiências das comunidades terapêuticas americanas e inglesas, bem como da psicoterapia institucional francesa. Estas demarcam a intensificação de medidas coletivas, convocando a participação de todos os agentes envolvidos no tratamento dos pacientes (profissionais, familiares e comunidade), tendo como objetivo alterar a configuração da instituição asilar (Amarante, 2007).

Por outro lado, o autor destaca que na Psicoterapia Institucional francesa, para além dos elementos postos na vertente citada anteriormente, aprofunda-se a questão na medida em que vai ser possível pensar traços doentios inerentes à própria instituição, colocando em cena a problematização da psiquiatria que separa os agentes do tratamento e hierarquiza o poder médico. Diante das vertentes, Birman e Costa (2002) sinalizam que a psiquiatria se movimenta do lugar de “cura” da doença, no sentido de atuar sobre os sintomas provenientes de delírios ou alucinações, situando-se agora no trabalho para adaptação dos sujeitos a um grupo, sendo sinal de avanço do tratamento sua capacidade de se submeter às regras, o que garantiria sua adequação ao meio social. Na medida em que o trabalho se volta para a adequação às regras,

promover saúde mental acaba sendo uma ação que considera a própria doença o fator de desadaptação social, incluindo-se assim nas iniciativas que desaguardam novamente no ajustamento diante das condições sociais prévias (ibidem). Os tratamentos por zonas foram iniciados na experiência francesa com a Psiquiatria de Setor, que tinha alguns princípios fundamentais, segundo Desviat apud Couto e Alberti (2008): a setorização, havendo a delimitação de áreas com 50 mil a 100 mil habitantes; a continuidade terapêutica, garantindo que cada paciente pudesse ser acompanhado pela mesma equipe em serviços diversos e no decorrer do processo de cuidado, começando pela prevenção e se estendendo até após a alta, ou a cura; o deslocamento da assistência para o foco nos atendimentos que se passavam na comunidade, quando possível, a fim de evitar o adoecimento da própria instituição.

Outro expoente que emerge na Inglaterra nos anos 60 é o movimento da antipsiquiatria, impulsionado por psiquiatras e psicanalistas a partir de suas clínicas, tendo como base diferentes teorias, como a existencialista, inspirações foucaultianas, pensamentos da psiquiatria e sociologia norte-americanos, psicanálise e marxismo, por exemplo (Amarante, 2007). Além disso, situando-se pelo viés da contracultura, procurando diferenciar-se do saber médico e questionar seu valor (ibidem), tal movimento colocava que a loucura é uma experiência de libertação, descrita como um fato social e político que é resultado do rechaço à repressão imposta pela cultura familiar e ordem social. Amarante (2007) reconhece a contribuição teórico-prática do movimento no sentido de pensar a desinstitucionalização por fora de um modelo estático, mas ainda assim acaba por reforçar a causalidade com a explicação da doença sendo esta derivada de questões como a comunicação interpessoal.

A experiência inglesa com as Comunidades Terapêuticas que datam ainda do período da Segunda Guerra Mundial, teve como marco as intervenções de W. Bion, psicanalista inglês que fazia o acolhimento de soldados com dificuldades de engajamento com a guerra. Através de grupos com vários participantes, Bion partia da ideia do grupo sem chefe, ou sem líder,

diferenciando-se do conceito de grupo apontado por Freud (1976). Para ele, fazia-se fundamental trazer à tona a singularidade de cada sujeito (Couto e Alberti, 2008). Uma contribuição importante da reforma na Inglaterra tem a ver com a mudança da utilização do termo “doença” pela Saúde Mental (ibidem).

No contexto italiano, a desinstitucionalização vai problematizar a maneira que a sociedade estabelece relações com o sofrimento, propondo a necessidade de uma análise histórico-crítica que enfrente as condições institucionais e reivindique seu caráter político. Aqui a centralidade da cidade se acentua, mas traz consigo a fundamental organização econômica e social, com destaque para os movimentos sociais (Amarante, 2007). Em 1961 ocorre a humanização de Gorizia, hospital psiquiátrico que dá início à reforma italiana e conta com Franco Basaglia em sua condução, tendo como guia o abandono de práticas repressivas através da violência. Não foi sem resistência que os trabalhadores do hospital impulsionaram as mudanças, já que as forças políticas locais fizeram tentativas de impedimentos, mas ainda assim, o modelo da comunidade terapêutica permitiu deslocamentos por dentro do hospital (ibidem).

O movimento impulsionado por Basaglia fazia frente direta de oposição ao modelo manicomial, criticando intensamente a violência que ocorria através dos choques elétricos, métodos de contenção, indução ao desmaio, dentre tantos outros (Couto e Alberti, 2008). Na visão do psiquiatra, a violência se conectava diretamente às instituições, familiares ou dos próprios hospitais, e era um ponto de sustentação das mesmas que visava apenas a adaptação dos sujeitos em sofrimento psíquico, tendo como fundamentação uma causalidade biológica (ibidem).

Em suas experiências, Basaglia se apoiou em Michel Foucault e Erving Goffman, chegando a considerar a negação da psiquiatria enquanto ideologia, com foco na:

[...] superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana”. (Amarante, *ibidem*, p. 56).

É em meados de 1970 que ocorre a chegada de Basaglia e parte de sua equipe de Gorizia a um hospital psiquiátrico de Trieste, cidade de médio porte do norte da Itália. A experiência é um marco de transformação da psiquiatria contemporânea, pois é onde se iniciam as práticas do que vai ser nomeado de serviço substitutivo ao manicômio, sendo um caminho estratégico de substituição total das práticas manicomiais. Embora Basaglia tenha tido como inspiração a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, avançou para além do objetivo de desmonte da estrutura do manicômio, abrindo caminho para pensar um cuidado em liberdade (Amarante, *ibidem*). O aprofundamento das relações da loucura com a comunidade passou a questionar a ideologia psiquiátrica direcionada às representações de periculosidade dos pacientes e da necessidade da tutela e enclausuramento, demarcando que não se trata apenas de encaixar o louco na sociedade tal qual ela é, mas de produzir novos modos de relação e sociabilidade (Palombini, 2007).

Em terras norte-americanas, o chamado processo de Desinstitucionalização teve como centro a Psiquiatria Preventiva, de Gerald Caplan, partindo da noção de doença mental como a resultante de fatores positivos, que seriam os subsídios, e fatores negativos, correspondentes às práticas de risco. Desse modo, o tratamento passava pela identificação prévia dos fatores negativos e sua correção através dos princípios positivos, no intuito de evitar o desenvolvimento de possíveis doenças mentais (Couto e Alberti, 2008). No ano de 1963, em resposta ao questionamento feito pela opinião pública e por psiquiatras da Associação Norte-Americana de Psiquiatria - diante dos métodos de tratamento utilizados nos hospitais psiquiátricos públicos - John Kennedy, então presidente, lançou um programa de Saúde Mental visto como revolucionário dentro da psiquiatria no país, já que tinha função preventiva e/ou diagnóstica, orientada pela realização do tratamento no âmbito comunitário (*ibidem*).

A repercussão do programa de Kennedy provocou diretamente movimentações de psiquiatras, que, intitulando-se de Escola de Saint Louis, defendiam a necessidade de retomar a psiquiatria aos parâmetros do século XIX com sua base médica e científica, a partir de estudos psicobiológicos e farmacológicos. Tal movimento encabeça, nos anos da década de 1970, a anulação daquilo que diferencia neurose e psicose, justificando-a com o que seria a eficácia advinda dos medicamentos e relegando a clínica decorrente da Psiquiatria Clássica, incluso a Psicanálise que, em contrapartida no contexto francês com Lacan, manteve em suas conceituações a neurose, psicose e perversão, chamadas de estruturas clínicas. Em substituição destas, o termo transtorno ou *disorder* vai aparecer como forma de nomear o sofrimento psíquico, o que abre caminho para a produção do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Norte-Americana (DSM), em sua terceira versão e nas posteriores (ibidem).

Pensando os dias atuais, Couto e Alberti (2008) recordam que nos últimos 30 anos - hoje 40 anos, considerando a data do estudo - a adesão ao DSM se encaixou bastante com as finalidades do Estado, com bases na Medicina Social e na epidemiologia, que busca a “normatização dos usuários, apagando as diferenças subjetivas que cada paciente pode ter se lhe é dada a oportunidade de comparecer com a sua singularidade” (ibidem, 2008, p. 54). No Brasil, os prontuários dos pacientes têm como prerrogativa as siglas dos transtornos dos Manuais de Diagnósticos e suas respectivas prescrições medicamentosas (ibidem). Não se trata aqui de repudiar o uso da medicação para tratamento do sofrimento psíquico, mas colocar em questão os quadros de medicalização que acabam por igualar pacientes em blocos, sem considerar suas singularidades e o que dizem que pode também ser guia para os tratamentos.

Nesse sentido, Alex Alverga e Magda Dimenstein (2006), ao analisarem quais os desafios postos para a reforma psiquiátrica, se apoiam em Santos (2001), que tece elaborações sobre a reforma a partir de sua amplitude, considerando que não é instantaneamente, a partir

da concessão de direitos, que irão desaparecer as formas de opressão e exclusão presentes, mas que é necessário que os processos de socialização sejam reconvertidos globalmente. Por esta razão, defendem que a reforma tem como papel a busca pela emancipação, que é política, mas também social, cultural e pessoal, em oposição à clausura das formas de existir que tentam isolar do coletivo; torna-se fundamental conviver e tolerar o diferente.

#### **4.2 A reforma no contexto brasileiro: do higienismo à desinstitucionalização**

Para contextualizar o terreno sobre o qual se desenvolve a reforma psiquiátrica no Brasil, cabe lembrar o início da psiquiatria no país, em 1852, com a fundação do hospital Dom Pedro II, que fez pessoalmente a inauguração. A Medicina Higienista se fez presente nessa história, tendo como dois de seus representantes Oswaldo Cruz e Juliano Moreira, durante o governo de Rodrigues Alves de 1902 a 1906. A função de limpeza da cidade do Rio de Janeiro se justificava pela necessidade de diminuir os riscos de infecção que se intensificava com a ausência de saneamento básico, de planejamento da cidade, e junção de grandes massas que se encontravam em situação de rua por não terem onde morar, sofrendo com o desemprego (Resende, 1987). Uma opção de tratamento destinada aos que eram tidos como doentes mentais foi criada por Juliano Moreira, que ficou conhecido como hospital colônia, através do uso do trabalho agrícola. Constatando-se a ineficácia do “tratamento”, os hospitais serviram para isolar os loucos, mantendo-os distantes dos grandes centros urbanos. No Estado Novo da Era Vargas, aumentaram os hospitais estaduais inspirados nos hospitais agrícolas, com financiamento do Governo Federal, junto com reformas das instalações antigas (Couto e Alberti, 2008).

No período inicial da ditadura militar, em especial de 1965 à 1970, a centralidade privatista da saúde era o principal modo de assistência psiquiátrica, havendo a presença de hospícios públicos destinados à população que não estava ligada à previdência social, ao

mesmo tempo em que se instituiu a possibilidade da contratação de leitos psiquiátricos para trabalhadores (Palombini, 2007). A década de 1970 vai ser marcada pela orientação da perspectiva preventivista, partindo de denúncias direcionadas ao modelo anterior, ou como se chamava “indústria da loucura”, havendo então o objetivo de manter próximas as relações dos pacientes com a comunidade e o trabalho (Resende, 1987). Tal formato se dá em um período econômico de alta demanda da mão de obra para as indústrias, por volta de 1973, quando se faz necessário que pessoas em tratamento psiquiátrico tenham a possibilidade de continuar em suas comunidades e trabalhos (ibidem). Sobre a perspectiva preventivista, Amarante (1995) vai colocar que, no Brasil dos anos 70, assim como nos Estados Unidos, o projeto era de medicalização da ordem social, transpondo o conhecimento psiquiátrico para aquilo que é do domínio coletivo, comunitário.

Nesse sentido, Resende (1987) destaca que as políticas voltadas para a saúde mental diante do aprofundamento das condições precárias de vida da classe trabalhadora se concentravam principalmente na assistência a atendimentos médicos gerais, distribuição gratuita de leite e saneamento básico, por exemplo. Além disso, o autor traz o aumento das prisões e repressões por vadiagem que demarcam a função histórica da psiquiatria: prender e excluir aquilo que sobra, que não tem utilidade social.

Diante da transição da ditadura militar para a chamada redemocratização brasileira, as lutas pela reforma psiquiátrica se juntaram à arena da luta de classes que derrotou a ditadura. As lutas, iniciadas no fim da década de 1970 (Amarante, 1995), eram realizadas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que batalhava pela humanização dos serviços assim como por direitos trabalhistas dignos, por salários decentes e condições de trabalho melhores. Com os avanços do trabalho realizado pelo Ministério da Saúde junto com a Previdência e Assistência Social (ibidem), os índices de desinstitucionalização dos hospitais aumentaram, mas, ao mesmo tempo, Fagundes (2006) percebeu, enquanto analisava a

experiência do Rio Grande do Sul, que tais mudanças não destituíam as características estigmatizantes da loucura, o que produziu o fenômeno das reinternações sucessivas em clínicas privadas ou na medicalização permanente dos pacientes, sem considerar o contexto sócio-histórico em que estavam inseridos.

O cenário de ascensão do neoliberalismo pós-ditadura se contrastava com a luta por uma saúde pública para todos, e os campos da saúde mental passaram a defender a colaboração mútua entre todos os setores constituintes para a execução e construção das mudanças sociais (ibidem). Para além dos trabalhadores, o MTSM passa a incluir familiares, comunidade, usuários e pessoas interessadas em compor o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com o famoso lema “Por uma sociedade sem manicômios”, havendo aqui a defesa da construção dos serviços substitutivos inspirados nas experiências de Basaglia e Rotelli na Itália (Amarante, 2002 [1994]). Com a constituição cidadã de 1988, a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como base a descentralização, integralização e participação social, ao mesmo tempo em que é concomitante ao projeto neoliberal que é contrário às reformas propostas (Palombini, 2007). A estratégia de municipalização foi fundamental na implementação do SUS e disseminação pelo país, pois as ações em conjunto com a comunidade convocada para participar mobilizava no sentido contrário ao sistema neoliberal, investindo em ações cooperativas de trabalho frente ao desemprego, por exemplo (Fagundes, 2006). A autora aponta também o fato de tais características não serem um fator em ascensão, já que a década de 1990 é marcada por condicionamentos do Banco Mundial a partir do neoliberalismo que impactam diretamente na saúde pública brasileira. No campo da saúde mental as estratégias construídas com os serviços substitutivos ocupam maior espaço e abrem caminhos sobre a possibilidade de novos modos de tratamento com base na desinstitucionalização e territorialização (ibidem).

As experiências de municipalização produziram propostas inovadoras que impulsionaram a construção de uma rede de serviços destinada ao campo da saúde mental "na qual se incluem centros de atenção psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência, oficinas de geração de renda e cooperativas de trabalho, oficinas de criação, leitos em hospitais gerais..." (Palombini, 2007, p. 115), sendo o Acompanhamento Terapêutico uma das modalidades emergentes para os tratamentos. Em 2001, a lei 10.216 (Brasil, 2004) segue com a aposta dos serviços de saúde mental tendo como base os serviços pautados no viés comunitário e a defesa primeira dos direitos de pessoas com transtornos mentais, ao passo em que deixa um vácuo a respeito dos modos de combate à manutenção dos manicômios (Palombini, 2007).

Os anos posteriores tiveram a marca fundamental de avanços legais e aumento considerável dos serviços extra-hospitalares. A ampliação e reestruturação do atendimento psicossocial contou com modalidades diversas de CAPS, no ano de 2002. Em 2003, o programa "De volta para casa" tinha como função mobilizar a vida de pacientes com históricos de longas internações para sua ressocialização (Sampaio & Bispo Júnior, 2020). Outro marco se operou no âmbito da atenção básica, quando foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), no intuito de prestar apoio matricial no campo da saúde mental para as equipes que compunham a saúde da família (Brasil, 2017a).

Em 2010, diante da reivindicação dos movimentos sociais, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, que teve como pauta de destaque a defesa da igualdade social, tendo como base condições de vida decentes para os sujeitos em sofrimento mental (Andrade e Maluf, 2017; Delgado, 2019). A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ocorreu em 2011 (Brasil, 2017a), o que permitiu o acesso mais amplo da população à saúde mental, na medida em que se potencializavam as conexões entre os serviços,

permitindo um cuidado em longo prazo e integral dos usuários. A RAPS, enquanto rede, se fez campo territorial de entrelaçamento do cuidado (Sampaio & Bispo Júnior, 2020).

A ampliação e qualificação do cuidado em saúde mental foram conquistas fundamentais na transformação da vida dos usuários. Ainda assim, como colocado anteriormente de acordo com Alverga e Dimenstein (2006), os marcos institucionais e legais conquistados pelos trabalhadores, usuários e comunidade, não carregam por si a ruptura com o modelo manicomial. Nesse sentido, Nunes, Lima, Portugal e Torrenté (2019) atentam que, nos marcos dos avanços fundamentais e que devem ser reivindicados sempre, se davam tensionamentos no que tange ao que se solicitava de mudanças pelo movimento reformista, mas também se expressava nas oposições frente a possibilidade de uma reforma psiquiátrica que fosse antimanicomial dentro dos parâmetros democráticos. O relatório da IV CNSM-Intersetorial, resultante do evento realizado no ano de 2010, contou com o reflexo da defesa de “exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica” (SUS, 2010). Dessa forma, Nunes *et al* (2019) alertam que o cenário de crise sanitária, que se conecta com a crise social e econômica, convoca para medidas que mobilizem os setores a fim de que não haja mais perdas diante dos avanços já alcançados, resgatando os precedentes históricos da reforma.

Ainda no ano de 2015, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) destacam que a então presidenta Dilma Rousseff (PT) nomeou como coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, dentro do Departamento de Atenção especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde, o antigo diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Pacarambi, RJ, chamado de Valencius Wurch Duarte Filho. A instituição recebeu uma intervenção pelo Ministério Público nos anos 2000, pois contava com irregularidades de cunho grave, sendo o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina à época. Depois de 121 dias no cargo, Valencius foi exonerado após protestos ocorridos pelo país (Dias, 2016).

O ano de 2016, marcado pelo golpe na ex-presidenta Dilma Rousseff (PT), corresponde ao início de ataques cada vez mais intensos ao campo da saúde mental no país, consolidando-se sistematicamente um cenário de profundo desmonte da rede, com retrocessos significativos (Delgado, 2019), o que indica que, de forma alguma, a saída para a construção de uma rede alinhada com os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial deve estar relacionada com figuras representantes do que há de mais absurdo na história do cuidado em saúde mental, pois tal medida só serve para fortalecer este setor, como ocorreu posteriormente. Em 2016, Michel Temer foi responsável por levar à frente a Emenda Constitucional 95/2016, que dispunha sobre o congelamento dos gastos públicos no período de 20 anos, desidratando os recursos que seriam destinados às políticas sociais, o que demarcou que o SUS seria ainda mais prejudicado em seu financiamento.

A agenda neoliberal que vai se consolidando com a Emenda Constitucional do Teto de gastos desde o governo Temer, impacta diretamente o campo da saúde mental, conectado com o rebaixamento dos índices de qualidade de vida. Um exemplo concreto é a taxa de desemprego que passou de 5,5% em 2016 para 12,5% desde o começo do governo Bolsonaro, o que remete aos estudos históricos que fazem correlação entre sofrimento mental e a falta de empregos, incidindo inclusive sobre as taxas de suicídio, com um exemplo recente da Grécia após crise de 2008 (Delgado, 2019). Nesta direção, Santos e Vieira (2018) apontam a ligação de elementos da pobreza extrema, violência, desemprego, desligamento de laços sociais, com os índices mais altos de sofrimento mental.

O ano de 2017 contou com a Resolução 32 de 2017 e a Portaria 3.588 de 2017, o que significou a incorporação de hospitais psiquiátricos na RAPS, o restabelecimento de hospitais-dia e ambulatorios, em concomitância com o financiamento de comunidades terapêuticas e instituições hospitalares especializadas. Em 2018 foi a vez das alterações na Política sobre Drogas a partir da Resolução 1 do Conselho Nacional (Conad), que alinhou suas diretrizes a

partir da nova Política Nacional de Saúde Mental (2018). Com o Decreto 9.761 de 2019, a legalização das drogas deixou de ser prioridade e o investimento intenso nas comunidades terapêuticas, com foco na abstinência, ocupou o lugar da direção do tratamento orientada pela redução de danos.

A Nota Técnica 11 soltada pelo Ministério da Saúde em 2019 sintetizou as mudanças da nova PNSM (2019) e apresentou como possibilidade a aquisição de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT), em conjunto com a proposta de conduzir internações de crianças e adolescentes para unidades psiquiátricas. A nota foi retirada de circulação em resposta às fortes críticas sociais diante de tamanho absurdo de retrocesso (Sampaio e Bispo Júnior, 2020). Ainda no mesmo ano entrou em vigor o Decreto 9.926 de 2019, que versa sobre os grupos que compõem o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (2019), retirando a necessidade de participação da sociedade civil, bem como dos Conselhos Federais de Psicologia, Medicina, Enfermagem e Assistência Social, junto com a Ordem dos Advogados do Brasil, o que demarca o compromisso de Bolsonaro e da extrema direita em aprofundar a crise e as condições de vida da população brasileira, inclusive no que tange ao cuidado em saúde mental.

Delgado (2019) aponta o cenário de neoliberalismo autoritário que ocupou o governo e suas bases de sustentação nas forças armadas, na mídia hegemônica, com a presença da opinião pública e do fundamentalismo religioso, em conjunto com o judiciário, o governo imperialista dos Estados Unidos e os ares conservadores que se levantam internacionalmente. O autor caracteriza o contexto destacando o aumento das privatizações, de agudez da pobreza, princípios de concentração de renda junto ao punitivismo e limitação de liberdades individuais. Nesse sentido, alerta que é preciso que a resistência tenha como fundamento a consciência política e que é necessário se apoiar nos movimentos de luta que compõem o campo da atenção psicossocial, que une estudantes, profissionais, usuários e familiares.

O caminho de unir cada categoria que faz a saúde mental no país e cada trabalhador da saúde é fundamental, já que o bolsonarismo e a extrema direita seguem sendo uma força considerável à nível nacional mesmo após a eleição de Lula. O levante de trabalhadores, estudantes, usuários e familiares já foi capaz de derrubar decretos com propostas de eletroconvulsoterapias; já teve força também para instituir o SUS e todos os serviços extra-hospitalares de base territorial, contra a lógica manicomial. Por isso é necessário que haja inspiração nos ideais impulsionadores da luta antimanicomial e nos métodos coletivos de luta, por uma sociedade sem manicômios.

O contexto de desmantelamento da RAPS se uniu então ao advento da pandemia do novo coronavírus, que chegou em 2020 e produziu reposicionamentos forçados de todos os setores, não sendo diferente no campo da Saúde Mental, que precisou reinventar suas formas de atuação diante da necessidade do isolamento social, uma mudança considerável dadas as condições territoriais do trabalho nos serviços extra-hospitalares. Enquanto o presidente debochava da covid-19 e chamava de “gripezinha”, fazia seus discursos contra a ciência e o desenvolvimento das vacinas, alegando que a vacina faria as pessoas virarem Jacaré, o desmonte da rede de saúde mental já em curso nos últimos anos se uniu com a crise sanitária global, desaguando no aumento do sofrimento psíquico, como aponta Gaudenzi (2021). Esse aumento se deu com a associação de diversos fatores, como o tempo da medida do distanciamento, o risco de contágio, medo e insegurança financeira e alimentar (Rocha *et al*, 2021). Nesse sentido, urge a necessidade de refletir sobre os determinantes sociais e suas relações, aliando com questões culturais e econômicas que são capazes de causar impacto na saúde mental (Bezerra *et al*, 2020).

Portanto, como colocado anteriormente, é fundamental defender a RAPS e todos os seus princípios que são contrários à lógica manicomial que segue em curso no país. Dentro da rede, o Acompanhamento Terapêutico aparece como estratégia de cuidado de extrema

importância, tendo em vista o princípio de desinstitucionalização e ocupação da cidade, ainda que se apresentem dificuldades materiais para sua realização que se aprofundam com o desmonte da saúde mental. A seguir, percorreremos os caminhos do AT como agente da reforma psiquiátrica e sua trajetória até os dias de hoje, considerando suas potencialidades e demarcando os impedimentos que agem para a desmobilização de sua efetivação na rede.

#### **4.3 O AT como agente da reforma**

Dentre as estratégias de tratamento do sofrimento psíquico que compõem as ações do campo da Saúde Mental em nosso país, o Acompanhamento Terapêutico é um dispositivo que se propõe a ocorrer para além dos espaços clínicos deslocados da vida e psicopatologizantes herdados de uma prática psiquiátrica manicomial. O AT passa a ser uma estratégia de cuidado junto às pessoas em sofrimento psíquico que demandam a transposição dos muros manicomiais (Reis Neto et al., 2011). Essa modalidade de tratamento se desenrola a partir dos ideais de desinstitucionalização da loucura, no intuito de tecer aproximações do sujeito psicótico com os espaços públicos, visando o reconhecimento de si enquanto cidadão político (Santos, Motta & Dutra, 2005).

Através de uma revisão sistemática de literatura sobre a história da prática do AT, Souza e Pontes (2017) apontam que embora haja dissonâncias a respeito do momento de seu surgimento, os movimentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial aparecem em todos como influenciadores da prática. As autoras destacam que apesar de ser amplamente utilizado no contexto da saúde mental, o AT não se encontra presente nas descrições das ações das políticas públicas nacionalmente, o que acaba prejudicando sua visibilidade. Outro ponto que emerge da análise dos estudos é o caráter de movimentação produzida pelo AT dentro da lógica institucional, prezando por um olhar de cuidado em liberdade que abre um leque de modos de existência e de subjetivações possíveis. A Resolução nº 233/14 da Secretaria de

Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, é a única que institui o Acompanhamento Terapêutico como modalidade de tratamento dentro da rede.

Apesar de existir uma conexão temporal entre a origem do AT e os movimentos da antipsiquiatria e da reforma psiquiátrica, Palombini (2007) problematiza esta relação linear, apontando que os vetores que impulsionam o nascimento da prática ocorrem “nesse espaço de fricção, produzido pelo embate de forças antagônicas” (Palombini, 2007, p. 130). Em sua dissertação de mestrado, Reis Neto (1995) retoma que o Acompanhamento Terapêutico teve início em meados dos anos sessenta do século passado em comunidades terapêuticas de cunho privado situadas na Argentina e no Brasil. Além disso, é possível observar também o relato das práticas voltadas para a desinstitucionalização da loucura em países do Norte Global: Estados Unidos, Inglaterra e Itália. A diferença que se coloca é que a figura do voluntário no contexto italiano surge atrelada ao domínio político-social já localizado dentro de um sistema único de saúde, não tendo como foco a busca de uma normalidade como no processo de desospitalização dos Estados Unidos (Cabral, 2005), por exemplo. Na Inglaterra, segue-se a lógica de transformação da psiquiatria através do modo de gerir o hospital, contando também com a característica de entender a função terapêutica das tarefas como dever de todos os agentes, técnicos, familiares e pacientes (Amarante, 2007).

Para pensar a figura do voluntário, Palombini (2007) relembra as características da definição de Goldberg que nota uma aproximação entre as funções exercidas nas comunidades terapêuticas brasileiras e argentinas e aquelas desenvolvidas em Trieste. Nesses cenários, o voluntário estaria acompanhando usuários com dificuldades de reinserção social, fazendo o movimento de buscá-los em casa, ajudar nas tarefas domésticas, pernoitando e estando disponíveis para qualquer necessidade emergente (Goldberg, 1996). Desse modo, a prática do AT será atravessada:

[...] por um hibridismo que concilia práticas inovadoras, inspiradas na psiquiatria social inglesa, na antipsiquiatria e na psicanálise, com formas de saber e poder próprias à psiquiatria tradicional. Nesse contexto, o at - que ainda não se chama por esse nome, nós o veremos a seguir - tem como tarefa acompanhar, simplesmente, o paciente, dentro da clínica e, eventualmente, em incursões pela rua. (Palombini, 2007, p. 126).

A ligação entre os *ats*, psiquiatras e psicanalistas se estreita inicialmente nas instituições e posteriormente nos consultórios privados; na intenção de evitar internações, os acompanhamentos se estendem para além dos momentos de crise e passam a considerar também o que é possível de ser produzido pelos acompanhados. Os saberes necessários para o exercício do AT tinham a ver com habilidades intuitivas que servissem principalmente em momentos inesperados emergentes das relações com os pacientes, como também, a facilidade de conexões em situações de isolamento social. Nesse sentido, a própria posição de partir de uma simetria entre os envolvidos no AT acaba também por questionar as bases do hospital psiquiátrico.

Com o cenário posto, ocorre a colocação do profissional acompanhante em uma posição subordinada ao psiquiatra que segue em seu lugar de saber centralizado, tendo suas opiniões a respeito do curso do tratamento postas em evidência; neste momento, aparece a denominação do acompanhante como “auxiliar psiquiátrico”. Ainda assim, por mais que o papel normalizador da lógica manicomial estivesse em cena, Reis Neto (1995) destaca que o ato de movimentar-se livremente garantia, de certa forma, um palco de produção de experimentações. Na medida em que o caráter político vai perdendo centralidade, a psicanálise aparece como modo de dar sentido clínico, servindo de base para a direção dos tratamentos (*ibidem*). Os nomes antecedentes ao Acompanhante Terapêutico passam desde “atendente grude”, no campo privado, sendo proposto por Marcelo Blaya, com a função de garantir que o paciente não colocasse sua própria vida em risco e nem a de outras pessoas, sendo essa uma postura que ficou caracterizada muito mais pelo papel de vigilância desempenhado pelo atendente (Cabral, 2005). De “atendente psiquiátrico”, no contexto da Clínica Pinel em Porto Alegre nos anos

1960, se transforma em “auxiliar psiquiátrico” de 1969 a 1976 na Clínica Villa Pinheiros, situada no Rio de Janeiro, seguindo com essa mesma nomenclatura fora das comunidades terapêuticas nos consultórios psiquiátricos da década de 1970 ao começo de 1980 (Reis Neto, 1995).

É no decorrer dos anos 80 que o nome “acompanhante terapêutico” se estabelece, tendo como base as reivindicações da própria categoria que passa a exigir o reconhecimento do viés terapêutico inerente ao trabalho desenvolvido, pautando também a necessidade de autonomia frente à psiquiatria. Outra mudança de nome é a passagem de “amigo qualificado” para “acompanhante terapêutico” na Argentina e no Hospital-Dia A Casa, situado em São Paulo, marcando a importância de destacar que a relação está para além de uma amizade, tratando-se de uma ação de função terapêutica em conjunto (ibidem).

Palombini traz para o centro da discussão o AT no contexto da reforma psiquiátrica do Brasil, atentando que as condições de desenvolvimento da prática na rede pública estão colocadas em concomitância com a existência dos serviços substitutivos ao manicômio, organizados em rede com níveis diferentes de atenção à saúde, como também a conexão com serviços da educação, cultura, assistência social e trabalho.

É nesse sentido que afirmamos ser o AT uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade. E o seu exercício - que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto - presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma. (Palombini, 2007, p. 131).

Sobre o AT na rede pública, Cabral (2005) relata as experiências iniciais no Rio Grande do Sul, especialmente em São Lourenço, Viamão e Porto Alegre. A autora se apoia na dissertação de mestrado de Christine Wetzel (1995) sobre a experiência na cidade de São Lourenço, na qual ocorreu a criação da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social (SMSBS), em 1983. No âmbito do Sistema de Saúde Mental da cidade, havia o Centro

Comunitário de Saúde Mental, a partir de onde a pesquisadora identificou seis acompanhantes terapêuticos em 1995, trabalhadores de nível médio. Segundo a autora, é difícil captar a riqueza que se expressa no dia-a-dia dos agentes através da descrição, já que a capacidade de lidar com o inesperado aparece no próprio formato do trabalho que se propõe descentralizado, sem sucumbir às normalizações, cavando caminhos criativos para resolução das questões que emergem no cotidiano.

No município de Viamão, Cabral (2005) contou com relatos de Sandra Fagundes, gestora da saúde no ano de 1998, com a missão de implementar a municipalização da saúde. O processo contou com o investimento em equipes interdisciplinares, aumento das equipes profissionais e provimento de novos cargos, dentre eles, o de acompanhante terapêutico. Embora com resistência inicial dos parlamentares, o argumento pautado na qualificação do atendimento para pessoas em sofrimento psíquico foi acatado, tendo em vista a alta demanda na cidade. Desse modo, ocorreu em 1999 o primeiro concurso para o cargo de acompanhante terapêutico no RS. O cargo de nível médio contava com a possibilidade de formar trabalhadores em exercício da função, mas inicialmente sua maioria foi absorvida para outras tarefas, tanto por questões vinculadas à falta de recurso quanto com a própria debilidade na formação, segundo o relato de Sandra Fagundes, o que mobilizou a Escola de Saúde Pública do Estado para a iniciativa de promover um curso de capacitação e fomentar supervisões permanentes dos casos. Tais ações permitiram um salto de qualidade no trabalho dos ATs (ibidem).

Em Porto Alegre, o CAPS Cais Mental Centro e o Residencial Terapêutico Morada São Pedro foram iniciativas alternativas ao modelo hospitalocêntrico. O primeiro contou com atendimento a casos de neuroses graves e psicoses, através de uma equipe interdisciplinar com espaços de oficinas, consultas, contato com os familiares e o hospital-dia, tendo como guia evitar a internação, considerando ser um fator de isolamento que, por vezes, pode contribuir para o agravamento do caso (Cabral, 2005). De acordo com o relato de Maria Cristina de

Carvalho, psicóloga, psicanalista e coordenadora do CAPS Cais em 1997, a chegada do AT em 1996 se deu na medida em que se observou a dificuldade de permanência de alguns usuários no serviço, em especial pessoas em situação de rua. Neste ínterim, os estudos propostos por Analice Palombini, psicóloga e psicanalista do serviço, colocaram como objetivo a sistematização dos casos de AT, no intuito de pensar o viés clínico das intervenções nas trocas coletivas, em conjunto com os próprios usuários (ibidem). Para Maria Cristina de Carvalho:

[...] o acompanhamento terapêutico é um dispositivo por excelência da Reforma Psiquiátrica, na medida em que ele interroga a organização sobre a clínica e os seus limites, ou seja, o AT traz o fora (o entorno da cidade) para dentro do serviço, abrindo brechas que o auxiliam a não se tornar totalizante para o usuário. (Cabral, 2005, p. 39).

A trabalhadora do serviço aponta o papel de sustentação desempenhado pelo acompanhante na medida em que reconhece, no acompanhado, um sujeito de desejo, destacando que é importante perceber o que é desejo do usuário e em que medida o mesmo está alinhado com o desejo do acompanhante, já que o empréstimo do desejo a partir desta lente clínica pode ser um caminho para o início do tratamento, o que torna fundamental a execução de alguns recuos para que daí apareça aquilo que o sujeito deseja.

Sobre o Residencial Terapêutico Morada São Pedro, citado anteriormente, trata-se de um projeto do ano 2000 que unia o Programa Estadual de Regularização Fundiária e o Programa São Pedro Cidadão, que tinha como intenção a reinserção social dos moradores, junto a possibilidade de ingressar no trabalho vinculado à moradia, procurando atingir a exclusão tanto de pessoas sem acesso à moradia quanto aqueles em sofrimento psíquico que estiveram por tantos anos isolados no hospital psiquiátrico São Pedro. Neste cenário, o Acompanhamento Terapêutico aparece como via capaz de promover o encontro com a cidade, de acordo com o relato de Simone Frichembruder (Cabral, 2005), já que a estrutura do hospital funciona como apagamento da trajetória do sujeito.

Colocadas as potencialidades do AT, é importante ressaltar que sua implementação efetiva na rede de saúde mental nacionalmente carrega impasses significativos. Um estudo realizado por Ferro et al (2018) a partir da experiência de cinco anos com o trabalho do AT, através do estágio em saúde mental de um curso de Terapia Ocupacional, aponta alguns desafios para a prática no SUS, especialmente no que tange às dificuldades quanto à sua implantação, tendo em vista o que se coloca pelas gestões dos serviços de saúde mental a respeito da falta de recursos humanos para a realização do AT, considerando o quadro de funcionários escasso e a problemática ligada à sua implementação diante do contexto capitalista, já que tal ação está diretamente ligada ao contexto econômico, político e social, elementos determinantes na vida das pessoas que utilizam o SUS. Nesse sentido, o estudo reitera uma maior adesão ao âmbito privado por pessoas com condições aquisitivas capazes de cobrir os horários do acompanhante.

Ocorre que as práticas de AT no país estão majoritariamente vinculadas a estágios obrigatórios e projetos de extensão, um dado que deságua em outro ao demarcar a dificuldade de manter o vínculo em longo prazo com os acompanhados, já que os estágios e projetos têm prazos curtos de inserção no campo (Ferro et al, 2018). O estudo conclui refletindo sobre como enfrentar os obstáculos que se apresentam para a consolidação do AT, sugerindo novas contratações de profissionais mais especializados, com condições trabalhistas dignas capazes de fazer base para o que emerge a longo prazo de ações técnicas.

#### **4.4 Algumas considerações sobre o AT no Rio Grande do Norte**

Embora o AT não seja, até os dias de hoje, um componente constante nos serviços de saúde mental no RN, algumas experiências registradas a partir de projetos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) saltam como marcadores fundamentais que apontam para sua importância na rede.

No ano de 2008, Azevedo e Dimenstein (2008) publicaram a respeito de um processo de investigação das demandas de pessoas em sofrimento psíquico de um ambulatório da cidade do Natal, na medida em que também abordaram questões advindas das dificuldades encontradas no contexto familiar com os cuidados dos usuários. Nesse contexto, o AT entra como medida que pode operar a articulação entre os serviços e a família, especialmente no que tange ao manejo do cuidado junto aos familiares sobrecarregados ou com condutas que acabam também contribuindo para reinternações. A constatação sobre o papel desinstitucionalizante que o AT cumpre, no sentido de buscar formas de existir para além dos estigmas criados, conversa com o compartilhamento de responsabilidades entre o AT e a família, enredando o paciente a novos caminhos possíveis alinhados com seus desejos. Ainda assim, o trabalho deságua também em uma conclusão, que perdura até os dias de hoje, de que o Rio Grande do Norte não conta com espaços de formação do AT e tampouco o tem como uma prática de referência, como no Rio Grande do Sul e em São Paulo. Faço eco com as autoras que reforçam a necessidade de que o AT seja trabalhado nos serviços de saúde mental, o que exige que gestores de saúde do estado estejam dispostos a implementar espaços de formação para tal.

Outra contribuição de Bezerra e Dimenstein (2009), a partir de uma experiência de AT no Hospital João Machado, correlaciona o Projeto de Alta-Assistida com a inserção do Acompanhamento Terapêutico em sua condução. A Alta-Assistida consiste em um elemento que tem como função acompanhar a saída do hospital com um planejamento que se alinha com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A experiência relatada com Laura revela a dimensão clínica e política do AT, na medida em que colabora com a aproximação dela com a rede de assistência e saúde, ao passo em que acompanhou suas imersões pela cidade. Nesse sentido, observa-se que o AT é um forte aliado no Projeto de Alta-Assistida, contribuindo para conectar as pessoas em sofrimento psíquico com a família, a comunidade e as instituições.

Em outra elaboração teórica posterior, Gruska e Dimenstein (2015) desenvolvem teoricamente sobre o papel do AT nos processos de reabilitação psicossocial em casos de longos períodos de internações psiquiátricas. Neste contexto, as experiências de AT junto à reabilitação aparecem como produtoras de autonomia, entendendo a reabilitação não como um processo mecânico de adaptação do sujeito à normalidade, mas que, ao contrário, escuta junto do AT as singularidades que emergem, localizando-as no tecido social. O AT, então, contribui para a ampliação das possibilidades de estratégias clínicas, transpassando os *settings* tradicionais na medida em que conecta pessoas, serviços, instituições, ruas e tudo aquilo que do próprio acompanhamento irá surgir.

Logo no ano seguinte, Neto e Dimenstein (2016) publicaram sobre o AT junto a o que chamaram de um “louco infrator” (p. 489), que foi detido inicialmente em uma delegacia por seis anos e posteriormente em um Hospital de Custódia durante cinco anos. O contato com os integrantes da pesquisa se deu a partir da internação de Delmar no Hospital Psiquiátrico diante do fato de não apresentar mais elementos de periculosidade, ainda que a equipe carregasse consigo preconceitos advindos de seu histórico, categorizando-o como bandido e considerando que ali não era seu lugar. A presença do AT teve como efeitos a produção de autonomia, já que Delmar passou a tomar decisões próprias sobre sua vida. O trabalho se deu junto à equipe do hospital e também na cidade, incluindo a família em sua reaproximação com o acompanhado.

Tais experiências destacaram a importância do AT em suas conclusões, considerando um trabalho clínico que enlaça o desejo dos acompanhados com os espaços por onde circulam. Outro espaço que teve o AT como componente das ações de estagiários e bolsistas de psicologia da UFRN foi o acompanhamento da população em situação de rua de Natal, mais especificamente através do serviço de Consultório na Rua (CnaR) oferecido dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município. O livro *Vozes, imagens e resistências nas ruas: a vida pode mais!*, organizado por Nobre, Amorim, Cavalcanti e Matos (2017), traz em seu escopo o

registro de experiências de pesquisa e extensão junto à população em situação de rua de Natal e no acompanhamento do Movimento Nacional da População em Situação de Rua do Estado (MNPR-RN). Enquanto perpassam a urgência da produção de caminhos que coloquem em questão a estigmatização dessa população, o acompanhamento terapêutico aparece, mais uma vez, como esse elemento capaz de conectar a rede atentando para a singularidade daqueles que são acompanhados.

No capítulo nomeado de *Rotas do desassossego: acompanhando ações do Consultório na Rua no município de Natal/RN*, Matos *et al* (2019) conduzem o leitor pelas ruas natalenses a partir do olhar sobre a política do Consultório na Rua, suas potências e debilidades, e descrevem dois momentos com a presença do AT na composição do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários.

A primeira delas traz o AT junto a José, natural de Pernambuco que esteve por 14 anos em privação de liberdade e, já na prisão, se deparou com sintomas iniciais de tuberculose. Após a saída da prisão esteve por algumas cidades, chegando posteriormente a Natal, onde ficou em situação de rua e manteve-se a partir da atividade de flanelinha. A busca pelo CnaR se deu com o agravamento da doença e sua permanência em internação em hospital geral, lugar a partir do qual começam as visitas da estagiária ao leito de José como sua principal atividade compondo a eCnaR. Durante os encontros, uma das indagações era sobre como seguir o tratamento sem necessidade de cirurgia, o que possibilitou a criação de rotas possíveis na medida em que a estagiária descobria junto com ele quais serviços de saúde também poderiam ser acionados. A escuta junto a produção de possibilidades fez com que a ansiedade do desamparo de José fosse apaziguando, conseguindo elaborar sobre distribuir o cuidado que necessitava para além do modelo hospitalocêntrico. Outra observação fundamental da estagiária foi a posição da equipe em relação a José, embalados pelas estigmatizações de um paciente advindo do CnaR, não tanto pela ausência de insumos e materiais do cuidado, mas pela fragilidade do vínculo com

ele que é também atravessado pelas horas exaustivas de trabalho, quantidade alta de pacientes e também, por vezes, a falta de materiais.

Em vinculação com o MNPR, o AT de Naíron, jovem de 22 anos, conectou as atividades do CnaR com as reuniões semanais do MNPR. A demanda de AT se deu no sentido do auxílio direcionado à garantia de seus direitos, já que o jovem sofria de crises convulsivas e dormia algumas vezes na rua, outras vezes no Albergue Municipal, tendo também passagem pelo Hospital João Machado e pelo CAPS. O AT consistiu nesse processo de estar junto diante de uma internação arbitrária no hospital psiquiátrico, bem como a estadia rápida no CAPS, constatando-se a ausência de aprofundamento no que tange a necessidade de Naíron, sem investigação mais detalhada da origem das convulsões.

O encontro com sua história de vida, assim como com as histórias de três outras pessoas, moradoras de rua do bairro das Rocas, afetaram-me de maneira avassaladora. Trata-se de problemáticas que perpassam o campo e foram experienciadas por mim, como: a discussão sobre a vulnerabilidade social e o contexto da estrutura socioeconômica, omissão do Estado, da sociedade, e a relação com as famílias; o cuidado integral à saúde, a Reforma Psiquiátrica e a transformação do cuidado pela desinstitucionalização; processos e inserção da Psicologia na saúde mental; a constituição da RAPS e a estratégia da redução de danos. No fim, cheguei ao que o estágio propunha: construir vínculos com as pessoas e abrir os olhos para a desconstrução da cultura de produção dos invisíveis urbanos.” (Matos *et al*, 2019, p. 334).

O relato aponta, mais uma vez, como o AT enquanto estratégia que percorre os itinerários dos acompanhados, se depara com seus limites e necessidades de transgressões das lógicas estigmatizantes incrustadas nos profissionais. Versa também sobre o desinvestimento na rede, tanto financeiro quanto em saberes que coloquem em questão a tradição manicomial.

Minha experiência enquanto Acompanhante Terapêutica também teve interferências deste descaso e rebaixamento dos direitos vinculados à saúde mental, em especial diante do cenário de desmonte sistemático da RAPS apontado anteriormente. Considerando o contato que tive com a RAPS, enquanto acompanhava uma das pessoas deste trabalho, a aproximação com o desinvestimento na saúde pública foi, por vezes, desanimadora. Após o retorno dos

encontros presenciais, e com a reabertura do Centro de Convivência, pude reencontrar as profissionais com quem mantive contato durante o estágio de graduação em outro local, pois, agora, o CECCO estava localizado em um auditório do CAPS Infantil. Todo o Centro de Convivência e Cultura espremido, com todos os pertences das oficinas diversas no mesmo espaço, sendo necessário fazer malabarismos para a realização das atividades, convivendo ainda com a ameaça constante de fechamento que perdura desde sua abertura em 2017. Nas visitas ao CAPS II para as consultas com a psiquiatra de minha acompanhada, me deparei com a ausência das oficinas que até então não puderam retornar ao que eram antes da pandemia, ou manter um ritmo parecido. Aqui entra a discussão sobre a burocratização dos serviços de saúde mental, com suas atividades mais voltadas para consultas e distribuição de medicamentos, uma problemática sistêmica e recorrente.

Em outro espaço no qual participei como colaboradora, o projeto de extensão nomeado de “Acompanhamento Terapêutico: a articulação do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial”, pude notar através dos relatos de profissionais a desarticulação da rede quanto aos tratamentos e a intersetorialidade, em conjunto com problemas estruturais básicos dos serviços como falta de água e energia por irresponsabilidade da gestão municipal, fatores que se apresentavam como desestimulantes para os trabalhadores, sobretudo para a realização dos ATs, que necessitariam de uma dedicação maior de tempo, por vezes de deslocamento e recursos financeiros. Ao longo dos encontros do projeto de extensão junto aos trabalhadores dos serviços de saúde mental, foi possível observar uma rede desinvestida, fragmentada, com os serviços fechados em si mesmos, de maneira a ser um desafio dantesco propor a estratégia do AT na rede de atenção natalense.

Ainda assim, não há dúvidas quanto ao que o AT é capaz de produzir, movimentar, tanto em uma dimensão singular quanto nos entremeios por onde passa e tece relações, características que demonstram o quanto seria importante sua inserção efetiva no SUS

brasileiro. Para tratar do AT como dispositivo clínico e político, percorreremos as rotas que sustentam a estratégia experienciada nesse trajeto que guarda acelerações, encontros e desencontros, mas também paradas necessárias.

## 5 – Caminhos remotos: as coabitações em cena

Foi em um dos espaços de orientação coletiva com o grupo de pesquisa que saltou a sentença dos “caminhos remotos”, destacada por meu orientador, no sentido de pensar quais as definições de “remoto” podemos percorrer. Gostaria de partir delas para seguirmos na elaboração das cenas registradas nos diários de andanças ao longo desses dois anos de acompanhamento terapêutico com Coragem e Viagem. De acordo com o dicionário Aurélio:

### **remoto**

[Do lat. *remotu*, ‘movido para trás’, ‘afastado’.]

*Adjetivo*

01. Que sucedeu há muito tempo; antigo, longínquo;
02. Muito afastado no espaço; distante, distanciado;
03. Diz-se de dispositivo, computador ou rede de computadores a que se tem acesso por meio de linha de comunicação;
04. Que se dá por meio de conexão entre computadores, via linhas, e de programas especiais de comunicação.

Todos os significados do remoto parecem caber aqui, já que todo o trabalho foi passando por acontecimentos atuais e de muito tempo, na medida em que os encontros produziam memórias do passado, do antigo, do que marcou de algum modo e retornava para compor as associações livres. Ao mesmo tempo, o coabitar do remoto se dava na condição das longas distâncias, desde o isolamento social, mas também ao longo do percurso do AT em que as redes foram espaços de troca, de combinados, de movimentações. A partir daquilo que víamos nas telas e que, inevitavelmente, nos olhava de volta, para lembrar Didi-Huberman (2010). Nesse sentido, o que vemos e o que nos olha através das telas, as duas últimas definições do remoto dizem dessas conexões possíveis através dos aparelhos, das “linhas de comunicação” que permitem que algo se comunique, se expresse, seja posto em cena.

Didi-Huberman (2010) já começa sua obra dizendo que “O que vemos só vale - só vive - em nossos olhos pelo que nos olha. Inelutável porém é a cisão que separa dentro de nós o que vemos daquilo que nos olha” (ibidem, p. 29). Se pensarmos no contexto pandêmico, pode-se

dizer que o advento do isolamento - para aqueles que não foram obrigados a trabalhar ou que tem seu direito básico à moradia garantida - foi um fator que acabou por reposicionar aquilo que víamos e que, inevitavelmente, nos olhava de volta dentro de nossos espaços “privados”? Considerando a experiência com os *Inventores* e diante do aprofundamento do sofrimento psíquico a partir da necessidade de ficar em casa, pode-se dizer que lidar com as paredes físicas e com a impossibilidade de circular pela cidade impôs outros canteiros para olhar, como se a própria casa, ou o hospital, como também no caso de *Viagem*, olhasse de volta pra eles e apontasse essa separação inelutável entre o dentro e o fora, entre o que por eles era visto e o que retornava no olhar das imagens externas.

O AT tem por característica ser uma ação que se dá “entre” lugares, “‘entre um dentro e um fora’, ‘entre a casa e a rua’” (Palombini, 2009, p. 300), mas permeado pela ameaça do novo coronavírus se soma à cena outros “entres”: “entre o online e o offline”, “entre a presença e a ausência”, através da intermediação das telas nessas novas composições intensificadas dos encontros com o outro. Quanto ao AT, a autora diz ainda sobre o fato de que boa parte dos casos são solicitados em momentos nos quais a circulação na cidade se faz impossibilitada, “com sujeitos cuja existência mantém-se confinada ao espaço exíguo de um quarto, em meio a uma atmosfera pesada e asfixiante” (Palombini, 2009, p. 300). Algo que ocorrera com os *Inventores* aqui citados, tanto em decorrência do isolamento social e parada das atividades presenciais do CECCO, quanto por questões de imobilidade - caso de *Viagem*, devido ao processo cirúrgico.

Nesse sentido, Palombini (2002) defende que é preciso “primeiro, ocupar o quarto, explorar possibilidades e lugares psíquicos, antes que a geografia da cidade” (Palombini, 2002, p. 64). Não foi exatamente isto que ocorreu com *Coragem* e *Viagem*, posto que não adentrei em suas casas e quartos em suas respectivas companhias, tampouco percorremos geografias da cidade que lhes faziam sentido em razão do isolamento social que tanto lhes faziam sofrer.

Contudo, a partir dos contatos remotos passeamos por lugares psíquicos valiosos destes dois convivas, adentramos em dores de amores, de luto, de tristezas familiares, de ansiedade e medo pela pandemia e, também, por sonhos, por miragens que avistavam a partir de suas criações inusitadas. De certa forma, as imagens, chamadas de vídeo, fotos e vídeos tornaram-se jeitos de adentrar as casas, o quarto e a própria cidade, coabitando esses recantos pelas vias remotas. A seguir, contarei sobre a experiência do AT com cada um dos Inventores.

### **5.1 Viagem: sobre delimitações e sonhos**

Viagem é um homem de idade próxima aos 35 anos, andarilho que percorre a cidade e a universidade com sua asa, o painel onde expõe sua arte de filigrana e macramê<sup>1</sup>. A asa é como se fizesse parte dele, a carrega por onde vai e tem um grande apreço, levando em seu compartimento interno os instrumentos para feitura do trabalho, como alicate, linhas, arames, martelos, por exemplo. Sua forma de vestir-se é marcada pelo artesanato, com joias que ele fez ou feitas por colegas, “malucos BR”, como eles se nomeiam. Com essa asa que parece compor seu corpo, viaja e “sobrevoa” pelas vias da imaginação e pelas vias das ruas da cidade, carregando consigo a arte como extensão de seu corpo.

---

<sup>1</sup> Filigrana é um tipo de arte ornamental em que utilizam-se fios de metal envoltos para a composição de desenhos. Viagem faz joias de arame com pedras, penas, dentes de animais, dentre outros materiais. Além das joias também produz esculturas, como árvores, dragões, pessoas e etc. O macramê envolve linhas de tecido e é feito somente com as mãos, uma arte de fazer e desfazer nós.



Figura 1. Foto de um exemplo de asa enviado por Viagem em exposição na feira.



Figura 2. Alguns de seus materiais de trabalho.

O pseudônimo que escolhi tem a ver com o que ele transmite. Sempre fala sobre suas andanças, desde o início quando não era possível sair da cama com seu joelho machucado, trazendo suas experiências nas BRs, ou mesmo pela cidade. Nossos primeiros encontros foram a partir da psicoterapia online, inicialmente mantendo-se em um horário fixo da semana e posteriormente sofrendo alterações de acordo com os compartilhamentos do cotidiano em que ele me convocava. O isolamento da pandemia conectado com o suicídio recente da

companheira e o fato de precisar ficar de cama com o joelho machucado foram questões que apareceram como motivos de busca da psicoterapia.

A vontade de viajar sempre apareceu em suas falas, até os dias de hoje, mas a capacidade criativa de viajar pela imaginação é uma característica marcante dele, que leu muitas coisas, sabe muitas coisas e com isto vai viajando, ainda que não fisicamente, pelos recantos do pensamento. Para começarmos, irei trazer uma cena de nossas primeiras sessões remotas.

Em Novembro de 2020, ainda no formato da psicoterapia, Viagem me contava de um evento sobre medicalização e saúde mental do qual participava simultaneamente, relatando que havia feito uma fala anterior sobre sua experiência com os medicamentos, como se sentia apático com eles. Falando sobre a esquizofrenia, ele trouxe que havia voltado a ver e ouvir algumas coisas, uma delas era a visão de coisas pretas na parede, se movimentando, daí ele riscava e parava. Eu repeti: “quando você risca aí pára?” E ele disse: “é, quando eu risco eu delimito”. Achei importante a palavra “delimito”, lembrei do que ele fala sobre os outros desejarem que ele seja outra coisa, mas foi uma associação minha, não retornei para ele, como se houvesse aí a necessidade de delimitar algo.

Desse modo, a parede olhava de volta e coisas pretas na parede se movimentavam, ele se incomodava e precisou, de algum modo, dar limite, delimitar, para que cessassem. O risco feito por ele, a partir de sua estratégia, é que fazia parar os movimentos, o risco ganhava movimento, e Viagem que se aterrorizava com o andamento de coisas pretas na parede, andava acompanhado pela criação de seus riscos. Essa associação final veio devido aos relatos dele sobre aquilo que sempre esperavam que fosse, na família, nos relacionamentos, nos movimentos sociais, sempre queriam que ele fosse diferente, borravam com coisas pretas o seu destino errante...

Ao conversar sobre o tema das repressões que sentia, Viagem contou como se via dentro de uma caixinha. A conversa foi marcada diversas vezes pelo tema da repressão. Enquanto ouvia músicas com ritmo latino e fumava cigarros, Viagem contou de como estava se sentindo em uma caixinha, perguntei: como assim, numa caixinha? E ele disse que sentia falta da rua, de encontrar as pessoas, de vender sua arte, gerar sua renda, que não se sentia bem dependendo dos pais e que a questão do joelho o impedia de circular (mas que já estava melhorando na fisioterapia) e por isso se sentia dentro de uma caixinha.

- É como se eu não conseguisse me exprimir.

Ele disse a última palavra de forma pausada, e eu repeti:

- Se exprimir?

E ele perguntou:

- Eu falei exprimir?

Eu disse que sim, e ele falou:

- Talvez eu quisesse dizer... expressar. Mas falei exprimir porque na verdade me sinto espremido na caixinha.

Confesso que não lembrava se existia a palavra exprimir, mas pesquisando depois vi que é um sinônimo de expressar. De todo modo, foi interessante perceber o estranhamento dele com a palavra dita e a relação feita com o sentir-se espremido.

Escutando sobre sua relação com a rua parecia que ela fazia parte de seu corpo, de como se relacionava com aquilo que produzia, com as pessoas, e a associação da pandemia com o joelho machucado se combinavam, impedindo-o de se locomover. No entanto, sentia-se espremido na caixinha e chegou até a relatar um sonho que teve de que estava correndo, não sabia se de alguém ou atrás de alguém, mas achava que eram os dois casos, elaborando depois sobre a importância do sonho:

Logo seguiu dizendo que achava que os sonhos nos davam vitalidade, perguntei: você acha? Ele disse que sim, porque nos permitem viver coisas novas, ler livros diferentes dos que temos nas prateleiras, “eu aprendo muita coisa com meus sonhos”, e prosseguiu “sobre artes, história”, falando sobre coisas que ele não tinha acesso no dia-a-dia.

(Trecho do Diário de Andanças).

Para tecer fios de continuidade com a atualidade do AT com Viagem, permitam-me trazer outra experiência em que a presença do sonho se fez central, conduzindo ações em seu cotidiano. Após o retorno das aulas na universidade, em um de nossos últimos encontros de setembro de 2022, Viagem me convidou para irmos a um espaço com plantas que fica próximo ao setor de aulas e onde ele gosta de passar o tempo. Ao chegar, me deparei com linhas coloridas que se entrelaçam com os galhos e parecem filtros dos sonhos, só que conectando alguns galhos e formando uma estrutura maior. Quando perguntei como ele havia aprendido, contou que foram parentes sábios de seus sonhos, com saberes ancestrais que sussurraram como ele poderia fazer a estrutura. Ele tem uma relação mais profunda com saberes indígenas e relata sua relação com a arte, inclusive.

Mas viver é melhor que sonhar, né? Por isso eu fiz.

É? Eu disse e ele reforçou que sim, que não dá pra ficar só no mundo dos sonhos.

Quando ele disse isso eu comecei a cantar *Como nossos pais* de Belchior, nos tons de Elis Regina. Comecei com “viver é melhor que sonhar, e eu sei que o amor é uma coisa boa”, ele seguiu com “mas também sei que qualquer canto é menor do que a vida de qualquer pessoa”. E seguimos cantando, cada um uma parte e algumas juntos. No trecho de “é você que ama o passado e que não vê que o novo sempre vem”, relembramos que algumas pessoas cantam “é você que é mal-passado e que não vê”, e sorrimos juntos. Eu disse “Será que quem ama o passado é mal-passado?”, ele falou que poderia ser, já que se é mal-passado é porque não tá no ponto certo ainda, e que era um bom pixo que poderíamos colocar em alguma parede.

(Trecho do Diário de Andanças).

Enquanto cantávamos ele entrelaçava os galhos com a linha, o sol ia se pondo e ficava uma bela cena de fim de tarde. Achei simbólico Viagem cantar *Como nossos pais*, como se ainda fôssemos os mesmos, ao mesmo tempo que estava fazendo algo com aquilo que lhe veio em sonho, com outras referências que aqui, não lhe querem diferente, ainda que na universidade o queiram mudado, ele parecia filtrar ali algumas coisas, no lugar em que também se sente

parte. O jogo com o “mau-passado” produziu outra interpretação em supervisão de que pode-se pensar também nesse mau passado que o persegue, no sentido daquilo que ele relata sobre o quanto as pessoas o julgam por quem ele era ou pelo que acham que ele fez, de como se sente excluído nos espaços, mas também sente vontade de se conectar novamente, algo que salta, inclusive, com o que vem do outro e o que são os limites, diante do seu suposto mau passado.

Aqui é possível fazer relações temporais entre as linhas pretas dos primeiros encontros e este mau-passado, visto que aparecem as linhas de repressão, de julgamento, do outro e dele sobre si mesmo. Tanto na questão inicial de conseguir se exprimir, se expressar, quando na questão de pensar sobre o mau-passado, aparece novamente como esse olhar do outro que o faz movimentar sua perspectiva, um olhar do outro que ao se fazer presente interroga as certezas, inclusive aquelas que se produzem do outro sobre si (Didi-Huberman, 2010). A abertura para mostrar sua teia, seu filtro de sonhos em um dos lugares que mais tem apreço - a universidade - aponta para esse espaço de dar a ver aquilo que produz para esse outro que o olha, devolvendo através da fala ou do cantar junto, percebendo o conteúdo das palavras que se soltam e se costuram na teia de sentidos.

O acompanhar de Viagem foi se desenhando nessa clínica nômade que trouxe anteriormente com Rolnik (1997), Tateando e problematizando pelas vias remotas os horários estruturados, criando espaços para compartilhar fotos do seu artesanato na medida em que tecia e inventava, junto comigo, o que Lancetti (2008) vai chamar de clínica artesanal e clínica peripatética. Para pensar o artesanal tão presente no fazer de Viagem com a filigrana e o macramê, pode-se dizer que assim como na filigrana envolvem-se os fios para formar desenhos, esculturas, ou como no macramê que é a arte de fazer e desfazer nós com as mãos, foi possível inventar a clínica singular com ele, pautada na ética da escuta em psicanálise para conduzir e formar desenhos possíveis.

O peripatético da clínica que nos ensina Lancetti (2008) perpassou as redes e os encontros presenciais. Pude acompanhá-lo em atos políticos contra o governo Bolsonaro, em ida a uma reserva indígena do RN onde caminhamos por uma trilha enquanto me contava de sua vida, pude conhecer sua casa e vê-la preenchida de arte por todos os lados, observando as paredes e os riscos dos quais havia me falado, mas também poesias, frases, textos em cada canto. Percebi que as paredes falavam para além das linhas pretas e que ele parecia delimitar também com palavras.

Um elemento que apareceu desde o início das sessões e se repetiu algumas vezes, tomando formas diferentes, foram os galanteios de Viagem direcionados a mim. Ele me perguntava diretamente se psicóloga poderia namorar o paciente, eu respondia que não, que é outro tipo de relação, mas que era importante que ele falasse sobre essa vontade. Por vezes ia me colocando em posições de encenação, disse que gostaria de dirigir uma peça em que o paciente do manicômio se apaixonava pela psiquiatra e que eu poderia ser a psiquiatra. Em outro momento, próximo à festa junina, perguntou se eu queria casar com ele, especificando que seria só na quadrilha depois que eu falei que não. Coloquei que na quadrilha poderia ser uma forma.

Entre esses espaços de galanteios e diante de minhas negativas ele também colocava sobre suas relações, demonstrando a profunda tristeza que sentia em relação ao suicídio da companheira, a saudade dela, a vontade que tinha de fazer tantas coisas junto. Trouxe que não conseguia se relacionar ainda com outras pessoas, que até tentou, mas não conseguiu porque sentia que a companheira estava olhando. Mais uma vez este olhar do outro sobre si, essa presença que ele vê e lhe olha de volta. Acompanhá-lo nesse processo de ir se abrindo para novas relações foi perceber o que Freud ([1915] 1996) fala sobre o amor transferencial, pois na medida em que eu não respondia à sua demanda de me colocar no lugar de companheira, seguia fazendo questão sobre esse sentimento por mim, o que fazia com que aparecessem suas

questões, seus bloqueios, seus medos diante de novas relações. Na medida em que decidiu se relacionar, me dizia por vezes que sempre se dedica completamente à outra pessoa, faz de tudo por ela e ela magoa seu coração. Ouvi isso algumas vezes de pessoas diferentes, até que devolvi perguntando de que se trata isso de entregar-se totalmente para o outro, de deixar suas prioridades de lado, especialmente o que ama fazer que é o artesanato, e na medida em que este outro não lhe retorna da mesma maneira ele se magoa profundamente.

As respostas costumavam ser curtas, sempre destinadas ao que o outro havia feito. Em uma última experiência ele me mandou áudios chateado com uma amiga, relatando que ela o usou, que mais uma vez fez tudo pela pessoa e ela não retornou seu esforço. Me propôs nesses áudios que eu me vestisse de maluca e fingisse ser sua namorada, apenas para que as pessoas vissem que alguém gosta dele e que não é por interesse. Disse que me daria a entrevista se eu comprasse um alicate e fosse aprender o artesanato com ele, que queria muito ser mestre de alguém, ensinar o que sabe. Respondi que eu poderia aprender artesanato com ele, mas que não me fingiria de sua namorada e nem me vestiria de maluca, indicando que minha função como AT é acompanhá-lo e que poderia estar ao seu lado em alguns momentos, que poderia aprender técnicas das joias com ele. Perguntei ainda assim porque ele achava que precisava que eu fizesse isso, porque achava que precisava tanto de uma namorada, de alguém que dissesse que o ama, visto que essa vontade aparece vez ou outra em suas falas.

Ele mandou alguns áudios mais tranquilo, com a voz mais espaçada. Disse que na verdade não sabe se tem a necessidade de ter uma namorada, mas que tem sentido uma sensação de não pertencimento, de ficar muito sozinho, distante da família também.

(Trecho do Diário de Andanças)



Figura 3. Um dos memes sobre namoro enviados por Viagem via *WhatsApp*.

O amor transferencial vai ser apresentado por Freud ([1915] 1996) como uma forma de resistência ao processo de análise, e a própria análise o provoca, trazendo à tona o que do outro emerge sobre sua forma de relacionar-se. Ao mesmo tempo, a transferência é para Freud o próprio motor do tratamento, campo através do qual será possível não ceder à demanda do acompanhado e tampouco desmentir-la ou preenchê-la de sentidos sobre sua origem. Interrogar Viagem sobre este amor direcionado a mim foi abrindo espaço para que ele se olhasse na sua forma de se relacionar, percebendo inclusive que talvez não seja o central a necessidade de ter uma namorada, mas como se sente em relação à solidão, aos afastamentos, ao não pertencimento.

A ética da escuta clínica, a hospitalidade de me colocar ali, não necessariamente da forma que ele gostaria, mas a partir da presença, de encontrar fios de continuidade entre aquilo que me apresentava, de observá-lo caminhar, produziu a singularidade de sua clínica (uma clínica que aparece como dele porque expressa esse tecer em conjunto a partir do percurso experimentado, inventada entre acompanhante e acompanhado), uma co-produção do próprio

fazer inventado naquilo que ele me convoca, assim como Coragem, a partir do desejo de acompanhar terapeuticamente (Metzger, 2021) e da teoria como sustentação, que dá consistência aos passos escolhidos.

## 5.2 Coragem: o parto pela palavra

Coragem é uma mulher jovem que quando a conheci em 2020 estava com 22 anos e agora completou 25 em 2023. Desde o começo me falou sobre coragem, disse que queria fazer uma tatuagem e me enviou uma imagem de busca na internet, como a que trago a seguir:

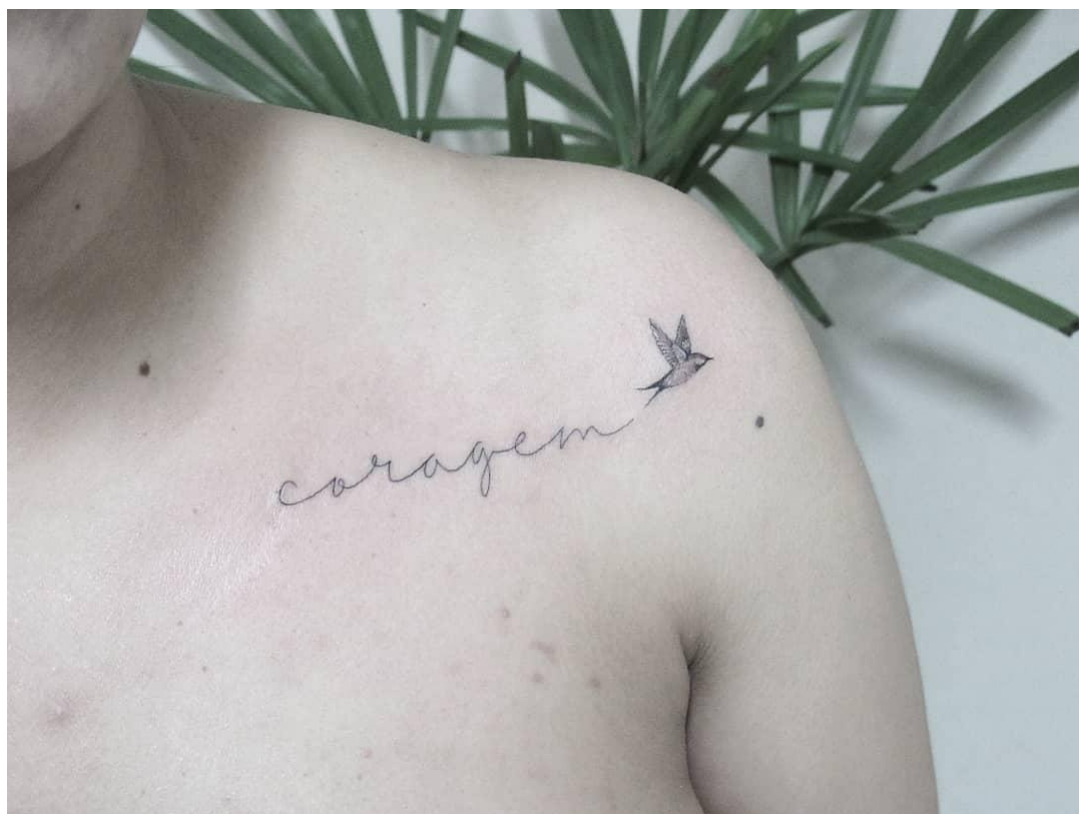


Figura 4. Tatuagem enviado por Coragem via *WhatsApp*.

No início nossa relação do *WhatsApp* teve muito da comunicação pelos vídeos do *Tik Tok*. Ao invés de me responder diretamente como estava, entre choros constantes nas ligações e com longos espaçamentos entre as palavras, ela me dizia coisas de outras formas. Os vídeos carregavam humor, geralmente eram de dublagens de áudios já prontos, mas que ela se filmava e movia a boca enquanto fazia gestos e expressões para dar vida à história do áudio. Um deles

era relacionado à medicação, com um áudio famoso que diz: “Esse aqui é pra eu não me estressar; esse aqui é pra se eu me estressar eu não... infartar; esse aqui é pra se eu infartar eu não morrer; esse aqui é pra se eu não infartar e nem morrer eu não matar ninguém e esse aqui é pra eu passar o dia tranquilo”. A cada frase ela colocava uma das cartelas de remédios que toma.

Outro tipo de vídeo que sempre me enviava era com as dancinhas de *Tik Tok* que viralizaram nas redes, ela sozinha ou com sobrinhas e primas. Além disso, uma de suas sobrinhas sempre apareceu desde o começo e é das crianças com quem tem mais proximidade. O contato com ela através das dancinhas e músicas que me enviava foi um ponto importante para nossos primeiros encontros presenciais no CECCO, quando a partir do que escutei do que ela falava, sugeri uma música das que ela ouvia no celular. No encontro posterior em que ela me ensinava dancinhas do *Tik Tok*:

O *Tik Tok* é um aplicativo de produção de vídeos muito utilizado por ela e que ela sempre descreve como uma atividade que a faz se sentir melhor quando está triste. Coragem gostava muito de participar das peças de teatro do centro, antes da pandemia, e as possibilidades do *Tik Tok* relembram atos do teatro, pois utilizam-se áudios de músicas ou memes da internet para reproduzir ou criar conteúdos, através de dublagens, dancinhas, dentre outras funções. Ela foi me ensinando como manejar o app, onde apertar pra achar os vídeos, prestar atenção nas dancinhas pra reproduzir depois em um vídeo nosso, e assim fizemos. Escolhemos vídeos de dancinhas e fizemos, dando muitas risadas durante o processo.

[...] Enquanto ficamos um tanto ociosas, a estagiária pediu que ela sugerisse alguma música pra colocar na caixa de som, mas ela disse que não sabia, eu também não, quando ela me perguntou. Mas em um dado momento Coragem brincava com um boneco utilizado na peça do Pequeno Príncipe que ela sempre define como seu marido, jogando a cabeça dele pra cima e pra baixo ela disse: “Olha, ele é Joelma” (da banda Calypso), fazendo a melodia de *Cavalo Manco*, todas rimos. Daí eu disse que poderia ser essa música pra ser colocada, ela concordou e a estagiária colocou *A lua me traiu*, talvez tenha confundido. Nós dançamos a música, batendo cabelo, imitando Joelma, e a estagiária disse que o boneco era Chimbinha. Depois dessa música apareceram várias outras dos anos 2000, uma playlist que desenterrou músicas conhecidas por todas nós: *Glamurosa*, de Mc Marcinho, *Liga da Justiça*, do grupo de swingueira Leva nóiz, um marco de um dos carnavais no Brasil, assim como *Rebolation*, que Coragem sabia a coreografia e ocupou o palco, eu fiquei embaixo e disse que ela era a instrutora; Rouge, Chiclete com Banana, Felipe Dylon, dentre outras relíquias. Após a dança fomos beber água e depois fomos pegar o ônibus. Eu falei que já tinha feito meus exercícios do dia, ela disse que hoje tinha sido muito bom. Nos despedimos e fomos para casa.  
(Trecho do Diário de Andanças).

Essas cenas iniciais colocam a relação com a imagem virtual de modo central, assim como suas reverberações posteriormente na presença da dança e dublagens em nossos encontros presenciais. Além disso, na medida em que íamos trocando elementos a partir dos vídeos que trazia ou que fazíamos juntas, ela passava a abrir questões da vida pessoal. A relação com a família que não entendia como ela se sentia, a relação com uma profissional da assistência que a entrevistou para o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e duvidou de que ela realmente tinha uma deficiência, contando sobre o quanto isso a irritou, pois não é porque ela não tinha uma deficiência física aparente que ela estava ali mentindo para conseguir o dinheiro, por isso achou absurda a posição da profissional que quis deslegitimar sua solicitação do BPC como se ela não precisasse.

Os posicionamentos dela diante dos absurdos que escuta na experiência com a rede foram saltando cada vez mais, ainda que apareçam em alguns momentos como motivos de profunda angústia. Esse exercício de falar dos incômodos abertamente foi se expandindo, mas desde o início apareciam em nossas conversas. A desenvoltura com o corpo em movimento, a vontade de fazer coisas diferentes, como ir à praia ou em lugares diversos para comer no shopping, foram mais expressões da coragem que ela carregava, inclusive escrita na pele, de romper com o que lhe parecia reservado. Após o fim do primeiro AT feito na praia, Coragem comentou:

[...] que havia gostado muito do dia, que há dois anos não ia à praia, pois as pessoas da família não queriam ir com ela, não tinham vontade de sair. “Eu sou jovem, não tenho filhos, tenho vontade de aproveitar a vida, conhecer as coisas, quero fazer isso mais vezes”. Eu concordei que o dia tinha sido muito bom! E que poderíamos combinar de fazer coisas diferentes.  
(Trecho do Diário de Andanças).



Figura 5. Registro fotográfico do processo de escolha da roupa para ida à praia que acontecia no dia anterior via *WhatsApp*.

Aos poucos o processo do AT foi dando lugar a esses discursos do sujeito que vinham nos vídeos, fotos, tatuagens, danças. Junto da família não havia espaço com a mãe e os irmãos, mas com as sobrinhas pequenas havia e várias vezes ela declara seu amor por elas, em especial uma que viu nascer e que sempre leva para sua nova casa. A nova casa para onde se mudou é dividida com o marido, sendo um marco para ela essa mudança de casa, ainda que seja na mesma rua da casa da mãe. A saída de casa, em meados do segundo semestre de 2022, teve de conjunto um chá de casa nova no CECCO, sugerido pela profissional coordenadora anterior com quem Coragem tem um laço forte. Ela ficou feliz por todos do centro se animarem com sua mudança, ajudarem apoiando emocionalmente e também com presentes. Meu presente foi uma grade onde ela pode pendurar fotos, pensei no quanto ela gosta disso e como pode ser interessante ter memórias para serem vistas.

Todos esses encontros remotos iniciais foram fundamentais na pavimentação do

caminho para que aos poucos ela fosse abrindo mais suas questões, que com frequência, até os dias de hoje, aparecem com mais facilidade através do contato pelo *WhatsApp*. Foram também pavimentando os caminhos da coragem de falar, as circulações pela cidade, abrindo possibilidades de dizer das coisas, presencialmente, não somente para mim, mas para algumas profissionais da rede. Trarei aqui fragmentos desses processos de elaboração das falas, bem como daquilo que emerge de forma mais espontânea, que dizem desse espaço aberto entre o que se sente e o que é possível de falar.

Em meados de julho de 2021, Coragem me convidou para estar junto na consulta com a psiquiatra. Sua questão era que dessa vez realmente falaria que não estava bem, já que geralmente dizia que estava tudo bem, tanto por não saber como falar quanto por estar acompanhada por pessoas da família em quem ela não confiava e não se sentia confortável.

Ela se preocupou se conseguiria lembrar de tudo, então propus fazermos uma lista dos pontos que ela gostaria de falar, ela foi dizendo e eu anotando no *WhatsApp*. Ledi contou pensar agora que não adianta dizer que está tudo bem sem estar, pois se ela se encontra em tratamento é preciso que a médica saiba o que ocorre. Segue a lista com os pontos trazidos por ela:

Pontos para falar na consulta:

1. Estar muito chorosa;
2. O acontecimento do final de semana sobre ter se enforcado parcialmente com um lençol;
3. Os medos de andar na rua, o pânico;
4. “As vezes tenho pensamentos ruins também”;
5. Tremor nas pernas.

[...]

Chegou a vez dela e fomos para a sala da médica, sentamos nas cadeiras disponíveis e a médica perguntou para ela quem eu era, ela respondeu prontamente que eu era uma amiga que ela chamou para acompanhá-la e ajudá-la a dizer as coisas que queria dizer.

[...]

Ela pediu que Coragem contasse como estava (ressalto a forma de falar da médica, de forma alta, acredito que pela distância entre as cadeiras pelas normas de segurança, mas em um tom bastante parecido com o que se usa quando se fala com crianças, de forma pausada e marcada, talvez de forma didática, mas senti que poderia ser infantilizador). Coragem olhou pra mim e fez: você fala? Eu respondi: você quer que eu conte? Posso contar (no intuito de mobilizá-la para falar colocando outra pergunta), ela então decidiu falar. Contou o episódio do lençol primeiro e depois foi falando os outros pontos, enfatizando a tristeza que sente. A médica perguntou se ela conseguia imaginar algo que tivesse ocorrido que a fez se sentir triste, provocando o que ela fez com o lençol. Coragem contou que ficou triste com sua cunhada, pois a

mesma disse aos seus sobrinhos para se afastarem dela afirmando que ela é doente. A médica: Aaaaah, então aconteceu algo novamente. Foi quando ela falou que já haviam chamado os familiares de Coragem várias vezes, mas que infelizmente não é possível mudar as pessoas ou fazer com que elas pensem sempre, investindo no discurso de que é preciso que Coragem vá entendendo que talvez isso não mude, mas que ela continua sendo uma mulher comunicativa, que faz amizades facilmente, bonita, inteligente, que todas essas são características dela. A médica perguntou se ela conhecia pessoas que a tratavam bem, pois seria importante focar nas relações com essas pessoas, ela disse que sim, principalmente no Centro e no CAPS.  
(Trecho do Diário de Andanças)

A partir desta cena gostaria de destacar dois pontos. O primeiro tem a ver com aquilo que se mantém na experiência do AT remoto durante a pandemia, que é a ação de organizar listas anteriores ao dia da consulta. O processo de parar um momento para pensar no que levaria para a médica trouxe aos poucos uma autonomia para Coragem, que hoje escolhe ir para as consultas sozinha algumas vezes, e quando proponho de fazer a lista ela diz que já está sabendo na cabeça o que dizer, o que perguntar. Por vezes se surpreende com as coisas que lembra enquanto fazemos a lista ou depois dos encontros com a médica. Nesse sentido, as experiências remotas de AT desde o isolamento, mas que perduraram pela via especialmente do *WhatsApp*, demonstram a perspectiva de que o AT não se define especificamente por um “fazer” ou pelo fato de sair para a rua, ainda que seja recorrente de acontecer, com mais frequência na psicose. De acordo com Clarissa Metzger (2021), o que define o AT na psicanálise de Freud a Lacan é a própria escuta do sujeito e que tem como guia a ética da psicanálise.

O segundo ponto tem a ver com a relação do acompanhamento terapêutico com os serviços de saúde mental, que a mesma autora vai apontar como esse elemento da clínica que vem de “fora”, não como um fora necessariamente do trabalho na instituição, mas que aparece na perspectiva de apontar para a singularidade do sujeito acompanhado que vai aparecer na própria “escuta individualizada, bem como a possibilidade de circulação e realização de projetos singulares subjetivamente importantes para o acompanhado” (Metzger, 2021, p. 72). Nesse “fora” que o AT coloca em cena trata-se, então, de uma posição que tem como função a escuta do sujeito do inconsciente, permitindo-se descolar da instituição e seu discurso.

Sobre essa realização de projetos singulares, é interessante pensar nos caminhos que Coragem foi decidindo percorrer, e como isso também se expressou na própria relação com a médica e sua posição de falar de si durante as consultas. Em um dos acompanhamentos feitos durante setembro de 2022, fomos para o CAPS depois de Coragem estar se sentindo muito mal com um acontecimento no CECCO, envolvendo uma das convivas. Nesse momento, ela também precisou lidar com o fato de sua psicóloga - que era estagiária de uma clínica escola - estar se despedindo, algo que mexeu com ela, já que não era a primeira vez que se desvinculavam dela e, ao mesmo tempo, prometiam a continuidade do atendimento em outros espaços e acabavam não cumprindo a palavra.

No final de semana seguinte, Coragem me falou que não se sentia bem, e em um sábado a tarde, me ligou, contou que havia se cortado, que tinha sido pouco, mas estava sangrando e ela estava tentando limpar... Contou que pouco antes havia conversado com a psicóloga do VIVA e contado que queria se cortar, estava sentindo culpa por ter prometido a ela que não faria, por decepcioná-la.

Fui perguntando a respeito dos cortes, o que foi passando pela cabeça quando ela fez, ou antes de fazer. Ela disse que na verdade não conseguia muito pensar antes de fazer, que quando via já tinha feito, e isso causava medo nela. Depois ela mandou um áudio dizendo mais ou menos: “Camila, vou te contar uma coisa que ainda não contei pra ninguém...”, e me falou que antes de se cortar ouviu vozes dizendo o que ela deveria fazer, assim como ouviu antes de cair da escada, vozes dizendo que ela se jogasse, embora não conseguisse lembrar o momento da decisão de se jogar ou de se cortar. Ela contou que sentia vergonha disso, que por isso não quis contar antes, mas que como nós duas tínhamos uma relação de abertura pras conversas, ela sabia que podia falar, que eu não iria julgar. Perguntei porque ela sentia vergonha e ela disse que por vezes escutava coisas ruins das vozes sobre mim, sobre a psicóloga do CECCO, e pessoas que queriam o bem dela, que as vozes não gostavam da gente e diziam que ela não nos escutasse, porque na verdade nós éramos ruins, que ela não deveria confiar em nós, e nos chamava de coisas feias.

(Trecho do Diário de Andanças)

Toda a angústia em relação às vozes foi um ponto que emergiu e que foi fundamental, já que de alguma forma ela não conseguia falar sobre isso antes. O acolhimento deste sofrimento passou por escutar sua forma através das vozes de comando, o que não lhe era possível dizer de outro modo e acolher a angústia, ligada tanto à vergonha de ouvir quanto à culpa por serem falas negativas sobre as pessoas que ela gosta. Quando me perguntou se eu fiquei com raiva dela por conta do que as vozes disseram, lhe retornei que não estava com raiva

e que é possível também sentir coisas negativas sobre as pessoas, que nem sempre todo mundo vai nos agradar.

Para pensar sobre essa relação com a imagem desde os primeiros contatos, recorro a Didi-Huberman (2010) novamente, quando discute em seu livro sobre a arte minimalista e o debate gerado entre Donald Judd e Michael Friedman, sendo o primeiro defensor da especificidade dos objetos minimalistas e de seu recurso à ideologia modernista, junto ao caráter não-relacional, ao passo em que o segundo aponta uma não especificidade e a presença de uma relação pura e simples entre quem olhar e os objetos, na medida em que denuncia a ideologia nela mesma, em um tom moralista e conservador, opondo-se ao que há de teatral na arte.

Diante disso, Didi-Huberman vai apontar a fixação do conflito como um ponto a partir do qual se dá a incapacidade da percepção sobre o que se vê, apontando como a tautologia, a própria redundância entre as partes do dilema, se endurece como crença: “*fixa termos* ao produzir um engodo de satisfação: ela fixa o objeto do ver, fixa o ato - o tempo - e o sujeito a ver (Didi-Huberman, 2010, p. 76). E continua:

“Dar a ver é sempre inquietar o ver, em seu ato, em seu sujeito. Ver é sempre uma operação de sujeito, portanto uma operação fendida, inquieta, agitada, aberta. Todo olho traz consigo a sua névoa, além das informações de que poderia num certo momento julgar-se o detentor.

[...] É preciso tentar voltar ao ponto de inversão e de convertibilidade, ao motor dialético de todas as oposições. É o momento em que o que vemos justamente começa a ser atingido pelo que nos olha - um momento que não impõe nem o excesso de sentido (que a crença glorifica), nem a ausência cínica de sentido (que a tautologia glorifica). É o momento em que se abre o antro escavado pelo que nos olha no que vemos.”. (Didi-Huberman, 2010, p. 77)

Trago esta reflexão de Didi-Huberman aqui para pensarmos nas fixações impostas para Coragem. Entre o diagnóstico na rede e os preconceitos da família, abriu-se a partir do AT esse espaço em que foi possível dar a ver, produzir inquietações e perceber também a partir daquilo que a olha de volta, que escuta e olha de outra forma: os vídeos do aplicativo, as fotografias

que ela convoca para que eu faça. Se ver é uma operação de sujeito, enxergar-se cindida, capaz de dizer de si para além do que dizem, aparece como efeito dessa abertura do antro escavado que o AT é capaz de aprofundar. Se Palombini nos apresenta essa função do AT que trabalha *entre* a casa e a rua, e se nesta experiência o *entre* do AT também se postou entre o remoto e presencial, Didi-Huberman reforça que não se trata de escolher entre o que vemos e o que nos olha, mas destaca a necessidade de nos inquietar-mos com o *entre*.

Nesse *entre*, foi possível Coragem relativizar a total negatividade em relação à raiva que sentia pelas pessoas, o que inclusive pode ter contribuído para essa integração das vozes nela mesma, que agora não vêm apenas de fora, mas têm a ver com sentimentos comuns que existem mesmo com as pessoas amadas. Daquilo que Araújo (2013) vai chamar do acolhimento, esse movimento inicial em que trata-se de “colocar-se ao lado”, ir traçando em conjunto os caminhos a partir do que se mostra, foram surgindo formas de planejar as rotas a partir da consistência das pequenas percepções. Um exercício da hospitalidade que Araújo destaca a partir de Derrida quando acolhem-se os desajeitamentos, os estranhamentos sem a imposição de condições.

Esse caminho aberto para falar das vozes foi aos poucos se estruturando para uma ida ao CAPS para a conversa com a médica. A criação do grupo no *WhatsApp* comigo e com a psicóloga do CECCO foi ideia de Coragem, unindo duas pessoas em que confiava para estarem juntas nesse momento difícil.

Conversamos a respeito da ida ao CAPS no começo da semana, também no grupo em que ela criou comigo e com a psicóloga do CECCO, ela concordou que iria, combinou com a coordenadora do CAPS e fomos lá na terça. Fizemos uma lista no *whatsapp* dos sintomas e coisas que ela queria falar, ao entrarmos na sala, a médica perguntou o que tinha acontecido, ela ficou um pouco nervosa, em silêncio, e pediu que eu falasse, por alguma razão e fiquei em silêncio e perguntei de volta:

- Você acha que não consegue falar, Coragem? Pode parar, respirar um pouco...
- Ela parou um pouco, respirou, olhou pra médica e disse:
- Eu se cortei.

A médica foi conduzindo, perguntando a respeito de como havia acontecido, Coragem falou das vozes, dos problemas em casa, de sentir que se ficasse em casa talvez fosse pior, trazendo a possibilidade de internação. A médica entendeu como o

ambiente da casa estava sendo nocivo, perguntou se ela gostaria de se internar e ela disse que poderia levar o papel de encaminhamento para casa, e então decidir caso sentisse que seria necessário. Falou que só não queria ir para o João Machado. A médica disse que poderiam tentar conseguir um leito no CAPS III, a coordenadora do CAPS fez a ligação e conseguiu uma vaga, só que era no mesmo dia, naquela hora, e Leidy recusou, disse que não iria, que queria ir em casa, pegar suas coisas. Escutei frases das profissionais como: “Coragem, a gente conseguiu uma vaga, você vai perder se não for agora” e “Nos ajude a te ajudar”. Eu entendi a preocupação delas e a vontade de tirá-la do cenário de risco, mas conversei com Coragem e disse que era decisão dela, mas que poderia ir pra casa e então pensar na questão da internação. Confesso que fiquei com medo do que poderia acontecer em casa, mas acabei me sustentando no fato dela estar conseguindo falar, se colocar, dizer de seus sintomas e manejar em conjunto o direcionamento do tratamento... Em seguida, saímos da consulta e fomos conversando, ela disse que quase não conseguia falar, eu falei que iria falar se ela não conseguisse, mas que achei importante que ela falasse do que estava sentindo, por isso estimei na hora, ela disse:

- Parece no parto quando o menino tem que sair - rimos juntas e saímos para a casa dela para que organizasse suas coisas antes de ir para a internação.

(Trecho do Diário de Andanças)

Nesse sentido, a posição diante do CAPS, sobre ir em casa buscar suas coisas e sobre sua aversão à qualquer possibilidade de ida para o João Machado<sup>2</sup>, assim como a criação do grupo online, foram momentos em que o AT se fez presente aliado à essas realizações dos projetos singulares, fazendo coro ao que dela aparecia como único, como sujeito que sabe de si e que tem um saber sobre suas sensações, suas angústias e necessidades. Nesse sentido, a ética da escuta do desejo do sujeito falante foi fundamental para que ela pudesse constituir seu itinerário no caminho para a internação. O estar “fora” da instituição e compor essa escuta individualizada pôde ser ponte para que o próprio processo de internação fosse conduzido junto com Coragem. Como diz Metzger (2021):

“E um olhar diferente pode permitir intervenções diferentes e também um reposicionamento dos pacientes frente a aspectos de sua vida e talvez frente à própria instituição”. (Metzger, 2021, p. 76).

---

<sup>2</sup> O Hospital Geral Dr. João Machado atende diversas especialidades atualmente, mas historicamente foi o maior hospital psiquiátrico de referência do estado do Rio Grande do Norte. A experiência de Coragem no HGJM foi traumática, algo que faz com que ela não cogite o retorno para a unidade em momentos de internação, o que condiz com o histórico de práticas manicomiais do hospital.

### **5.3 Coragem e Viagem na rede de cuidado**

Decido iniciar com Coragem e escrevo essas palavras sobre Coragem em um momento delicado, que veio a acontecer após quase 3 anos de acompanhamento em conjunto com a finalização da dissertação. O AT com ela teve presença marcante da rede e, portanto, irei dedicar a esta experiência a maior parte desta sessão. Algumas das últimas semanas foram intensas e dolorosas, marcada por uma tentativa de suicídio com a ingestão de medicamentos, que envolveu pensar a rede de cuidado que a cerca e como dirigir o seguimento do tratamento. O acontecido retoma inclusive a relação com as debilidades do sistema de saúde mental no município, que, em termos de estrutura, precisou interná-la em uma UPA, dormindo em uma poltrona junto a outros pacientes que esperavam vagas para serem encaminhados. No caso dela, o encaminhamento provavelmente seria para o Hospital Geral Dr. João Machado, um lugar que para ela é inviável por conta do nível de experiências traumáticas relacionadas com suas internações anteriores - por ter em seu histórico características manicomiais - e que sempre retorna como ponto de pauta quando ela decide ser internada junto à médica psiquiatra, no CAPS em que faz acompanhamento.

O último acontecimento da tentativa de suicídio de Coragem colocou diante de mim uma sensação que já sentia há bastante tempo, mas que se escancarou. A sensação de estar sozinha no cuidado. Sozinha não no sentido de que outras pessoas não estejam se importando e se preocupando com ela, mas quando se considera a família e os serviços de Saúde Mental, em especial o CAPS, saltam dois pontos principais que perpassam a experiência de ser AT e o quanto se faz urgente a construção de uma direção compartilhada de cuidado para o caso dela. Por um lado, a necessidade de buscar, enquanto acompanhante terapêutica, os laços com a família e com os serviços que a acompanham e, ao mesmo tempo, lidar com a indiferença da família - que é atravessada por questões estruturais concretas em relação às condições econômicas - e, conseqüentemente, a resistência de Coragem de que nós tenhamos contato com seus parentes; por outro, a dificuldade da aproximação do CAPS a partir do olhar da defesa de

um tratamento singular, que não deve ser o dos protocolos reproduzidos para cada paciente, como receitas que variam entre consultas com a psiquiatra, medicação e internação, ou da proposta para a participação em grupos e atividades do próprio serviço, que giram em torno daquilo que as profissionais consideram o melhor, sem escutarem o que Coragem tem como vontade e como sugestões para realização no serviço.

No ensejo das colocações a respeito da clínica, cabe aqui defender seu lugar dentro de um sistema de cuidado em saúde mental que parece distanciá-la cada vez mais das estratégias trabalhadas pelas equipes (Onocko, 2014). Onocko desenvolve neste texto que o advento da medicina social na América Latina em meados dos anos 1960 trouxe o formato de tomar como perspectiva a dimensão social e coletiva dos problemas de saúde. No contexto brasileiro que concerne ao período da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inscreve-se o lugar para a comunidade opinar com conselhos sobre o sistema, mas não na posição de dizer caminhos possíveis para a direção do tratamento ou compartilhar saberes de si e de seus próximos que poderiam contribuir para o planejamento. Nesse sentido, Onocko (2014) destaca tal influência também nos serviços de saúde mental. Se por um lado ocorre o importante movimento de repudiar qualquer aspiração manicomial, por outro emerge aquilo que ela nomeia de “pactos denegatórios” (Onocko, 2014, p. 102) inspirada em Kaës (1991), que diz desse processo em que nega-se qualquer coisa que remeta aquilo que se repudia em coletivo, nesse caso, nega-se a clínica com a crítica da individualização do sujeito e sua separação do contexto, mas perde-se assim o fundamental que se apresenta em suas condições de sofrimento, em suas singularidades, naquilo onde opera a clínica.

Em especial, ao tratar das clínicas das psicoses neste cenário, Onocko demonstra que acontece, por vezes, uma “idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico”

(Onocko, 2014, p. 103). Observa-se uma demanda de que tais pacientes tomem decisões, sejam proativos a respeito de seus próprios processos, uma posição que pode provocar justamente o colapso do sujeito psicótico. Em minhas experiências de acompanhamento com Coragem, já durante os encontros presenciais, pude observar tais características em momentos de crise. Ao conversar com uma das profissionais do CAPS que ela é vinculada e trazer a possibilidade do acompanhamento psicológico ressaltado, inclusive, pela paciente, a profissional devolveu para mim que era necessário que Coragem chegasse diretamente para o serviço e falasse a respeito de suas questões, pois era necessário desenvolver nela essa autonomia com o próprio tratamento. Apenas um exemplo de como se espera o que a autora vai chamar de “neurotização do psicótico”, como se todos os casos fossem iguais e houvesse um único caminho de direção, havendo traços enrijecidos que apenas reproduzem ideais pré-estabelecidos, sendo essa também uma questão de como a equipe é cuidada, orientada, problematizada.

Dessa forma, se há uma neurotização do psicótico e se espera que o mesmo tome as rédeas do seu destino, acontece aí uma imposição: “é preciso que você fale para que nós saibamos o que fazer”, mas não há uma escuta no sentido de atentar aos cantos, aos detalhes, e sim uma atenção engendrada, com ações de causa e efeito objetivas. Quando tratam da escuta do delírio em sujeitos psicóticos, Dunker (2015) retoma Lacan e sua tese de que é necessário tomar ao pé da letra aquilo que a nós é contado pelo paciente, havendo outro ponto importante que é a posição do analista frente ao psicótico como “secretário do alienado”. De tal modo:

Partimos do princípio de que a fala-escuta é o centro de referência do tratamento da psicose. O analista, para permanecer no lugar de acolhimento e testemunha do psicótico, deve renunciar a aparecer como aquele que saber mais sobre o outro que ele mesmo. (Dunker, 2015, p. 101).

A exemplo das considerações de tais pontos da rede de cuidado, a conversa com Coragem sobre a retomada das lembranças após a tentativa traz um elemento principal sobre a

relação com o CAPS, já que no dia da tentativa que ocorreu durante a tarde, ela havia ido pela manhã conversar com a médica e recebeu o retorno de uma das profissionais que, após ser medicada, poderia voltar para casa sem passar pela médica: “Eu acho que se elas tivessem deixado eu falar com a médica isso não teria acontecido”. Ela relatou depois de ter ido ao CAPS junto a uma das profissionais do CECCO, para contarem sobre o que aconteceu. Desta vez elas demonstraram preocupação e isso foi importante para Coragem que contou ser boa a ida, que foi muito bem recebida.

Coloco de início que não se trata aqui de responsabilizar o CAPS diretamente pela tentativa, considerando inclusive que os pensamentos sobre a passagem ao ato retornam, por vezes e através das vozes de comando, para Coragem. Ao mesmo tempo, tal posição traz para a cena o entroncamento do serviço diante do delírio e da exposição do sofrimento que lhe foi endereçado, já que com a resposta de medicar e mandar para casa acabam por invisibilizar a fala levada que, no caso de Coragem, provoca muita angústia o fato de não conseguir falar. Tal rigidez expressa de conjunto a herança manicomial que, embora seja tida como algo a se enfrentar dentro da RAPS, está incorporada e por vezes automatizada.

Cabe um destaque neste momento sobre o delírio que se apresentava anteriormente em relação às vozes de comando. Neste acompanhamento de Coragem após a tentativa de suicídio pela rede, ela me convocava a reconstituir o que aconteceu: como eu descobri, como ela chegou na UPA, como o marido entrou em casa se estava tudo trancado. Se questionava porque que não deu certo a tentativa, e quando perguntei se essa era sua vontade, ela afirmou que sim. Conta que se sentiu muito mal depois do CAPS, voltou para casa, chorou bastante e decidiu tomar as medicações. Lembrei que no dia seguinte vi no status dela do whatsapp a frase “Amanhã pode ser tarde demais”, e que isso me fez ligar pra ela, já que não estava respondendo minhas mensagens.

O exercício da retomada dos acontecimentos foi frequente durante uns dias, quando ela sempre me perguntava em momentos variados o que eu sabia, como eu falei com seu marido, sua mãe. Reconstituir esses acontecimentos também dava notícia das relações que a cercam, inclusive sobre a participação da família na internação da UPA. Conteí que quando consegui falar com sua mãe, uma das coisas que ela mais me pediu foi que ajudasse para que Coragem não precisasse ir para o João Machado, pois além de precisar de acompanhante e ela não ter, também era um lugar muito ruim. A mãe já teve uma experiência anteriormente, ao acompanhar Coragem e não queria que ela fosse novamente para lá. Ao contar isso, Coragem recordou que na saída da UPA queriam levá-la para o João Machado, mas que o marido interveio e disse que não, que ela iria para casa. Ou seja, ainda que sejam concretas as dificuldades com a família, seu marido e sua mãe respeitaram até o fim sua decisão, concordando que ela ficasse na casa da mãe até que se recuperasse melhor. A função de reconstituir os fios tem a ver com essa clínica na medida em que ela se reconta pela fala e vai me convocando nesse processo, como auxiliar nesses momentos em que ela não conseguiu se fazer ouvir.

Ela disse que postou isso quando estava tomando os remédios, pois sentiu que não foi acolhida onde pediu ajuda, ao mesmo tempo sente que não deu sinais suficientes para algumas pessoas, como para mim e as profissionais do CECCO, mas que nós não tínhamos como adivinhar mesmo. Fiz a retomada porque quando ela respondeu que sua vontade era que tivesse dado certo, lembrei que ela parecia falar de outro lugar. Já não eram as vozes que lhe obrigavam a fazer as ações, elas até estavam ali, mas ela também reconheceu que queria, e tal movimento de perceber as vozes como parte de si é novo, já que das outras vezes seu maior medo era que as vozes tivessem controle sobre ela e acabasse fazendo as coisas por impulso. Nesse sentido, é valioso perceber aqui a passagem das vozes que a comandam para uma posição na qual Coragem percebe que tais vozes que perpassam seus pensamentos são de sua responsabilidade. Ela sabe sobre seus desejos de ódio, os reconhece, mas também está conseguindo contar e se

queixar sobre pontos de fora, seus laços com a rede e família, que sente que contribuíram para a tentativa, dando sinais para a rede de que o cuidado precisa passar pela escuta daquilo que ela fala.

A exemplo de uma experiência de escuta do delírio em um NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), Dunker (2015) relata a história de Sônia, uma usuária da rede que se recusava a aderir a proposta do serviço de se manter lá durante o dia e participar da atividade da horta durante a semana, optando por ficar na rodoviária observando a chegada e partida dos transportes. O acompanhamento feito pela psicanálise tempos depois teve como proposta, como diz Lacan, levar ao pé da letra o que se diz no delírio da usuária tida como psicótica, que contava ser da família Kennedy, família de políticos americanos com a qual ela tecia sua história de origem. As sessões seguidas iam constituindo esses fios de sua história na medida em que se abriu espaço para o inesperado, para os sentidos de estar na rodoviária esperando sua família. O deslizamento pelo delírio permitiu sua movimentação e, conseqüentemente, mudanças que destravaram a relação com Sônia, não mais pautada naquilo que o serviço acreditava ser a cidadania, na ordem proposta para ela, mas a partir de uma produção de sentido que não se separa do delírio e de suas pistas. Sônia passou a ser escutada e sua fala legitimada.

A recusa das propostas do serviço é algo que aparece com Coragem, quando não sente vontade de se manter no espaço nem de participar do grupo terapêutico que lhe oferecem como saída, já que diz não se sentir confortável devido a exposições anteriores de suas questões. O processo de atentar para as vozes, de assumir para mim e para outras pessoas que elas existiam, foi angustiante para ela, ao passo em que também se abriu um lugar para tratar desta dimensão que, agora, toma outro contorno na medida em que ela parece realizar uma integração com as vozes, ainda que tenha desaguado na tentativa de suicídio. Outro ponto destacado por Coragem como motivação para a tentativa foi sua constatação de que nada dá certo, de que ela nunca melhora, pois sempre fica mal novamente. Nesse sentido, conversei dizendo que imaginava

que deveria mesmo ser bem doloroso sentir que não tem outra forma de melhorar, ao mesmo tempo em que, ainda que buscando o CAPS ela não tenha conseguido um acolhimento de sua dor inicialmente, poderíamos buscar outras formas. Procurei reconhecer as limitações que aparecem nos serviços, em mim e nas profissionais que conhecem ela, mas que isso também nos ensina sobre como seguir com o cuidado dela e que é muito importante que ela nos coloque o retorno do que sente a respeito das nossas ações para que juntas sigamos construindo alternativas, como estávamos fazendo naquele momento. Parte desta conversa aconteceu em um banquinho do shopping, depois de comermos Mc Donald 's, pelo que é apaixonada e que, de certa forma, se tornou um lugar de conversas abertamente mais profundas.

Ao mesmo tempo, ela seguiu com medo, receio de se sentir mal em casa sozinha, e por isso que quando voltamos ao CAPS e sugeriram que ela voltasse para casa para avaliar como se sentia, tendo a possibilidade de entrar em contato caso se sentisse mal, ela teve medo, já que mais uma vez não se sentia segura. E no mesmo dia, à tarde, ela falou comigo e combinamos a ida ao CAPS 3 no dia seguinte para avaliar a possibilidade de internação. Coragem pediu que eu promettesse que não a deixaria lá, então propus que fôssemos conversar com a equipe e que não faríamos nada contra a sua vontade, assim como da outra vez. Ela concordou e fomos no dia seguinte.

Aqui é fundamental pensar a relação do AT com o serviço, na medida em que ao longo do tempo que estou com Coragem, minhas tentativas de aproximação com o CAPS foram um tanto frustradas, ao passo em que nunca direcionei uma proposta de elaboração conjunta do caso, principalmente pelo fechamento diante da minha presença e de como provocou, em certos momentos, contestações dos modelos de condução do cuidado. Para pensar esse ponto da relação com a rede, mais especificamente com o CAPS em que Coragem faz acompanhamento, trago este trecho de Clarissa Metzger (2021):

A instituição precisa poder contar com o at, que não pode ser visto pela instituição e por seus membros como um rival ou como um invasor, sob o risco de que seu trabalho não aconteça; ao mesmo tempo, o at precisa sempre lembrar que a instituição, como ele próprio, busca tratar do louco e se empenha nessa tarefa; o at precisa ser visto como um parceiro para a instituição e vice-versa. Só assim será possível trabalhar em conjunto mas com diferenças. Se a tarefa primordial da nossa prática (de ats, de outros profissionais de saúde mental) é trabalhar com a diferença, precisamos aprender a trabalhar também com as nossas próprias diferenças com os profissionais da saúde mental. Desafio para todos, talvez tão grande ou maior do que tratar a psicose. (Metzger, 2021, p. 76 - 77).

Pensar a minha relação com o CAPS tem sido um ponto que, após a tentativa de suicídio, aparece como central, considerando a reconstituição da cena feita por Coragem e o endereçamento do ato para o próprio CAPS. O penúltimo episódio de internação dela foi feito em diálogo com o serviço, com a médica e as técnicas. Desta vez, sua revelação do desejo de morte foi feita lá, diretamente, e o manejo de medicá-la e enviá-la para casa foi feito pelo serviço. A comunicação entre o serviço e a rede de cuidado, que seríamos eu, o próprio centro de convivência e a família, ainda que com laços débeis, não se mostrou firme no momento. O trecho de Metzger aponta a necessidade e a dificuldade de trabalhar com as diferenças, e especificamente, a falta de escuta da singularidade no CAPS aparece como um fator gritante que, creio eu, acaba por ser uma característica de diferença que o afasta do próprio trabalho do AT. A localização de parceria ao invés da rivalidade me parece ser importante de apostar, ainda que surja a dificuldade de obter respostas do serviço, mas que diante do acontecido acreditamos ser um momento importante de aproximação no sentido de elaborações sobre a direção do cuidado, não só em momentos de crise, mas naquilo que o CAPS oferece como sua função desinstitucionalizante e que Coragem relembra tão bem, seja em suas palavras ou nos atos que falam.

Sobre isso, gostaria de trazer uma experiência narrada por Palombini e Rocha (2017), quando acompanham o caso de um rapaz de 19 anos que não saía de casa, diagnosticado dentro do espectro do autismo e que a equipe fez a proposta de realização do AT. Após um tempo do AT encontrando com ele em seu quarto, Marcos parece expressar uma mudança na posição

subjetiva quando passa a contestar atitudes da mãe. Pensando no momento da adolescência em que se põe em questão as encarnações do Outro, a Mãe Primordial como aponta Radial (1999), a equipe de ATs percebe o rapaz colocar que a mãe já não parece a mesma. Opera-se aí um deslocamento do seu lugar de objeto de gozo desse Outro materno ao buscar articular sua própria cadeia de significantes. Aqui, Marcos observa que esse Outro não é completo, algo lhe falta e, por isso mesmo, há espaço para o seu desejo.

O exemplo serve para refletir sobre aquilo que começa a aparecer na fala de Coragem, quando nas próprias consultas e na relação com o CAPS diante do manejo da internação, se opõe ao que lhe reservam como saída e dá limite pra esse Outro que antes era onipotente. O “Não vou para o João Machado” se impõe de uma forma que não há argumentos burocráticos da equipe que o desmontem, e a dor de ouvir sobre a possibilidade deste destino grita quando ela diz que vai embora. O último processo de internação teve como ponto o questionamento sobre o João Machado, o qual precisei junto com ela repetir várias vezes os motivos pelos quais ela se recusava, até que o psicólogo da equipe do Hospital dos Pescadores garantiu para ela que colocaria uma observação em seu cadastro: “Paciente não aceita ir para o João Machado”, e aqui teve lugar, sem tantas resistências ou argumentações burocráticas, o seu limite escancarado.

Todo o acompanhamento da internação foi marcado, mais uma vez, pelas dificuldades estruturais do estado, pelos protocolos engessados de encaminhamentos que configuram uma rede com profissionais sobrecarregados e com baixos salários, de mãos atadas quando recebem pacientes em condições difíceis e não sabem o que fazer com a falta de médicos em suas unidades.

A cena dos momentos anteriores à última internação revela, ao mesmo tempo, uma combinação de fatores da rede que falham e a importância de uma escuta singular amparada no vínculo dela com uma das profissionais. O CAPS em que ela é acompanhada tem como medida enviá-la para casa, sem comunicação com a rede de cuidado; o CAPS em que ela foi internada em outros momentos e que tem uma boa

relação com a equipe, que repete não poder acolhê-la pela própria falta de médicos no dia, que provoca a decisão dela de ir embora, porque não quer ir pra um lugar que não conhece nem para o João Machado. Ao sair do CAPS, a acompanho na tentativa de conversar e escutamos o grito de uma das profissionais do serviço que a conhece e que estava chegando de carro, ela acolhe Coragem, chama para conversar, escuta ela contando sobre os pensamentos de morte, a própria tentativa, a dificuldade de ficar em casa. A profissional pede que agora ela escute um pouco, conta que tem uma possibilidade que é de ir ao Hospital dos Pescadores, garante que é uma boa equipe, que ela será bem acolhida, explica que gostaria muito que ela ficasse lá, segurando a mão dela, mas que não pode fazer isso porque o serviço está sem médicos. Coragem confia nela e decide ir para o Hospital.  
(Trecho do Diário de Andanças)

Mais uma vez ela irá contar de si, do que aconteceu, já demonstrando o cansaço, ao mesmo tempo eu coloco a importância de apostar nessa vontade, que por mais que ela esteja com os pensamentos de morte, também quer buscar cuidado, e que está tudo bem os dois pensamentos coexistirem. Essa aposta na equipe do Hospital dos Pescadores, que veio embalada pelas palavras acolhedoras da profissional do CAPS 3, foi uma decisão que ia apontando mais uma vez a possibilidade de escuta em outro serviço.

Contar para a médica de plantão foi, mais uma vez, se deparar com o enrijecimento da escuta. Ao dizer que tomou a medicação para tentar o suicídio, a médica perguntou se ela tomou porque queria realmente morrer ou se era pra chamar atenção, ela respondeu prontamente que “Ninguém toma remédio assim pra chamar atenção”. No dia anterior, ao conversar com a médica do CAPS que lhe dizia para ser grata, pois outras pessoas também tinham problemas bem difíceis, ela saltou e disse: “Não concordo que tem que comparar o problema de uma pessoa com o da outra”, discordando abertamente dos saberes médicos que ali se apresentavam.  
(Trecho do Diário de Andanças)

Aqui retomo a experiência de AT contada por Palombini e Rocha (2017) no acompanhamento de Marcos: se separar desses saberes, discordar e se posicionar diante deles diz de uma delimitação em relação a esses outros em quem Coragem apoia suas concepções. A médica psiquiatra é sempre uma referência quanto ao que fazer e ao que significa sua questão de saúde mental, um lugar ao qual ela recorre para tirar suas dúvidas e tentar entender a respeito do que sente. É preciso pontuar o que foi se transformando, se pensarmos nos primeiros passos desde sua dificuldade de falar que não estava bem, passando pela decisão de colocar isso para fora através da lista que fizemos - considerando que ela acreditava que se não falasse o

tratamento não fazia sentido - e seguindo agora com as respostas diretas ao saber médico, confrontando sua posição a respeito do que ela sente, destacando que não dá para comparar sua dor com outras. O dito do início, de que se não falar o tratamento não faz sentido, é uma posição que se choca diretamente com a lógica manicomial, medicalizante e generalizante que ainda paira em alguns serviços de saúde mental. Coragem já sabia de alguma forma que falar era o caminho, e foi cavando espaços nas automatizações desses lugares enrijecidos que, enquanto operam contra a lógica individualizante, tendem a generalizar sem atentar às singularidades.

Durante as últimas conversas com Coragem no período da internação e após, foi interessante constatar que ela sentiu a diferença do acolhimento no CAPS 3 e Hospital dos Pescadores. Relatou que quando ouviu o grito da profissional do CAPS 3 antes de se internar foi como se ela tivesse pegando em sua mão e ajudando a seguir. Quando decidiu que iria se internar, mandou um áudio para a profissional dizendo que faria isso de tentar mais uma vez, que tomaria essa atitude. Enquanto a visitei no Hospital, disse que estava bem e que gostava da equipe, que se sentia melhor e não estava mais com os pensamentos ruins. Retornei para ela:

- Que bom que você decidiu tentar, né, Coragem? E que foi possível ser cuidada de outro jeito em outros lugares... - Ela respondeu que sim, que foi bem diferente e importante.

Aqui relembro que após algumas elaborações sobre a tentativa de suicídio, perguntei-lhe sobre o que ela havia comentado a respeito da parada de tomar a medicação, uma semana antes da tentativa. Ela confirmou que havia parado mas não disse exatamente o motivo, apenas que considerava que não fazia mais sentido, que não funcionavam, já que ela estava novamente se sentindo mal.

Intrigada com a parada repentina com a medicação, recordei que na semana anterior havia lhe acompanhado à consulta com a ginecologista, escutando de outra médica que ela não

poderia engravidar, assim como disse a psiquiatra, caso estivesse tomando a medicação, pois isto ofereceria riscos para o bebê.

Após algumas conversas, lhe perguntei diretamente sobre a parada com a medicação, questionando se ela achava que tinha relação com a ida à ginecologista. Coragem confirmou que sim, dizendo que parou a medicação pois sua menstruação estava atrasada e, logo, sentiu medo de que se estivesse grávida a ação pudesse prejudicar a criança. Durante a conversa com a ginecologista ela respondeu a médica dizendo que sente vontade de ser mãe, mas não agora, principalmente porque não pode deixar de tomar os remédios para se manter bem. Ainda assim, logo em seguida ela para com a medicação.

(Trecho do Diário de Andanças)

Tal consideração se conecta, ainda que em tempos diferentes, com a associação que ela faz com o parto, quando consegue falar mais de si na consulta com a psiquiatra. Aqui outro posicionamento opera, na medida em que lhe dizem que ela não pode parir, não pode ser mãe e isto ocorre justamente pelo fato de precisar tomar remédios. Sua queixa de que os remédios não funcionam ganha outro tom, já que, efetivamente, os remédios não funcionam para que ela possa parir, desta vez uma criança, para além do parto das palavras. Cercada pela impossibilidade de parir a criança e de parir as palavras quando busca ajuda no CAPS, toma estes remédios que, em alta quantidade, lhe permitem falar com o ato.

A participação ativa de Coragem em seu tratamento, combinada com a recusa ao que lhe oferecem como caminhos de cura pela medicação ou pelas ações propostas de fora para dentro, dizem desse lugar de sujeito que, na psicanálise, trata-se do sujeito do inconsciente. Dunker (2015) ressalta uma questão relevante a respeito da implementação os princípios da reforma e uma contradição que acaba por carregar, no sentido de que as próprias ações da inclusão tomam por base o sujeito do *cogito* em Descartes, o sujeito que é sujeito porque pensa, que existe porque pensa. Porém, para o trabalho com aqueles que buscam o serviço de saúde mental, mostra-se fundamental lidar com as manifestações do inconsciente, não entendendo as recusas como desinvestimento, principalmente quando a pessoa retorna e apresenta seu sofrer de outras formas. Colocar-se a partir da verdade não-toda produz ali um espaço para que emergja

a fala, quando o sujeito elabora sobre seus sintomas, quando Coragem pôde expressar sobre as vozes que sentia tanta vergonha, por exemplo, já que a posição tomada diante do delírio não foi apenas cessá-lo, mas colocá-lo em cena como algo que era dela e que, por isso mesmo, ela é capaz de produzir um saber sobre.

O AT com Coragem ainda está acontecendo e o momento delicado tem sido trabalhado, especialmente junto com a profissional coordenadora do CECCO e algumas da equipe, ao mesmo tempo em que ela tem abertura para ir ao CAPS 3. As parcerias feitas na rede, para além do seu CAPS de referência, são fundamentais nesse processo de retomada da rotina porque vão se colocando com hospitalidade, embora ainda seja uma fonte de muita raiva para Coragem a forma com que seu CAPS de referência e sua família, em especial suas irmãs, lidam com ela, deslegitimando seus desejos.

Em uma ida ao shopping com ela e a profissional do CECCO, Coragem compartilhou que vez ou outra lembrava de quando a conheceu, de quando sentia raiva dela por ocupar o lugar da coordenadora anterior, sentindo-se muito triste com isso. Foi importante poder escutar da profissional que essa tinha sido a história delas duas, que quando ela entrou no cargo foi difícil para Coragem aceitar que ela estaria no lugar da anterior, e que por isso respondeu daquela forma mais arredia inicialmente, mas que isso faz parte inclusive de como as duas depois se aproximaram muito, o quanto ela foi entendendo como Coragem se sentia e como Coragem ia entendendo que ela não estava roubando o lugar de ninguém, mas que poderia estar ao lado dela nesse momento difícil, o que produziu a amizade que hoje as duas têm.

- Eu pensei que você ia desistir - disse Coragem.

Uma frase forte, pois diz de algo que ela sempre sente em relação às pessoas que ficam muito próximas. Quando nos conhecemos ela sempre me perguntava inúmeras vezes se eu realmente iria sair com ela, e eu confirmava sempre ou caso tivesse algum problema, avisava que iríamos combinar em outra data. Durante a conversa na mesa da praça de alimentação do

shopping, lembrei o que conversamos antes, quando ela revelou para mim incômodos que sentia com a postura da atual profissional com acontecimentos do CECCO, dizendo que antes não era assim. Quando perguntei como era antes, ela respondeu que caso em outros momentos junto da profissional anterior, houvesse desavenças entre convivas, ela chamaria as pessoas envolvidas para conversarem, mas não deixaria as coisas como estavam. Eu escutei isso e lembrei para ela que era uma opção interessante de testar, porque poderia ser que a profissional atual não tivesse pensado assim, e que eram pessoas diferentes também. Mesmo assim, por se tratar de uma questão que a incomodava, se ela gostaria de conversar junto com a conviva com quem teve desavenças e com a profissional, essa era uma medida que ela poderia sugerir de acontecer, me disponibilizando para conversar junto, caso ela quisesse. Reforcei que ela quem sabe do que sente e que algumas vezes pode ter opiniões e sugestões a respeito do andamento de seu tratamento, mas também de suas relações no CECCO, trazendo uma conclusão da supervisão de que isso era bonito porque, inclusive, tratava-se de um aprendizado que ela trouxe da experiência com a profissional anterior, sendo também marca da relação afetiva com ela.

Coragem concordou com essa medida e relembramos na mesa do shopping como foi importante tê-la executado, há uns dias atrás, quando convidamos a conviva com quem teve desavenças para conversar conosco. A conviva conversou muito abertamente, pediu desculpas a Coragem pelo que havia falado, por todas as ofensas, disse que além dela também acabou magoando várias pessoas que gostava, mas que agora queria fazer diferente, porque embora tenha um temperamento difícil ela entendeu que tem pessoas ao lado dela que lhe querem bem, e que por isso não quer destruir essas relações. Coragem ficou calada por um tempo, aos poucos foi sorrindo, disse que se sentiu mal com tudo e que não queria que se repetisse. Ao final as duas se abraçaram e a conviva lhe presenteou com uma pulseira e um brinco feitos por ela mesma, em sinal da reconciliação.

Com essa possibilidade de retornar para o outro aquilo que acredita ser importante para seu bem-estar no próprio cotidiano, Coragem ensaia não estar presa ao medo de que o outro julgue suas opiniões - em especial a profissional do CECCO neste exemplo - e nem de que se afaste quando ela expõe suas diferenças e sugestões.

De forma breve, irei trazer elementos da relação de Viagem com a rede, partindo de uma posição de maior distanciamento que foi se delineando ao longo do AT. Embora nossa aproximação tenha ocorrido através do CECCO, as movimentações posteriores de Viagem iam no caminho contrário ao da rede, pois na medida em que se deparava com acusações dos antigos pares sobre a morte de sua companheira, sentiu-se sozinho e injustiçado, preferindo se afastar. Os boatos de que ele havia sido o autor da morte da companheira foram centrais quando haviam tentativas de aproximação com a rede, o que aconteceu também com algumas amigas da própria universidade. Por vezes - e de maneira rápida - Viagem me relatava sobre a solidão e o abandono de seus amigos, reforçando o amor e a saudade que sentia da companheira e como todo o processo era doloroso.

Pela via da responsabilização individual direcionada a ele, o acesso à rede, aos grupos com os quais trocava experiências e participava de atividades artísticas, foi diminuindo consideravelmente. Tal queixa se repete no momento atual e dá pistas de como o AT pode prosseguir, atentando para novas possibilidades de manejo junto às equipes de profissionais que conduzem os espaços, na medida em que constitui-se a clínica junto a Viagem.

## **6 – O movimento de olhar para trás: o que dizem os acompanhados sobre o AT?**

Após quase três anos desde as primeiras conversas com os Inventores, é hora de olhar para trás e vermos o que foi construído. Como dito anteriormente, minha intenção inicial era co-produzir materiais junto com os dois, a partir das considerações que cada um apresentasse sobre o AT. As propostas foram feitas e ambos concordaram. Em meu planejamento, pensei em enviar questões ou fazê-las presencialmente, havendo então a possibilidade deles escolherem de que modo gostariam de respondê-las, se no formato de entrevista com gravação de áudios, por escrito, através de desenhos ou vídeos, da maneira que cada um considerasse melhor.

As formas de resposta variaram. Coragem decidiu que queria gravar um vídeo, pediu que eu lhe enviasse as perguntas. Tentei elaborar as questões de forma mais aberta, de modo que eles pudessem falar livremente sobre o processo de AT. Viagem disse que concordava em dar a entrevista, mas nos momentos que combinamos o encontro ele acabou desmarcando, e como descrevi no tópico anterior, também utilizou como barganha para que eu atendesse uma demanda sua (escreve aqui entre parêntese qual era mesmo a demanda bem do jeito que ele falou). Demarquei que não se tratava disso a entrevista, que entendia caso ele não quisesse fazer, mas que poderíamos combinar outro momento para continuidade do AT.

Para pensarmos neste processo de olhar para trás, irei começar com Coragem e seu vídeo em resposta às questões. Enviei para ela uma proposta e em seguida ela me enviou um vídeo de três minutos, respondendo à sua maneira. Seguem as perguntas enviadas:

1. Qual a importância do processo de Acompanhamento Terapêutico para você durante o isolamento social na pandemia?

2. O que você acha sobre os momentos de realização do Acompanhamento Terapêutico no ambiente remoto? Tipo, pelo *WhatsApp* que a gente sempre fez.
3. De modo geral, o que significa o Acompanhamento Terapêutico para você?  
Considerando desde que a gente se conheceu na pandemia até hoje.
4. E no campo dos tratamentos em Saúde Mental, como você vê a presença do Acompanhamento Terapêutico?

Coragem me enviou o vídeo, mas disse que, na verdade, gostaria de gravar outro pois sente que se atrapalhou e que a iluminação da sua casa não estava boa. A produtora de conteúdos digitais atenta à estética de sua criação. Combinamos então de gravar outro, mas o último período foi marcado pelas fortes vivências e pela tentativa de suicídio que tem sido trabalhada até então. Ela pediu que eu enviasse as questões novamente, mas não retornou com novo vídeo. Por esta razão optei por trabalhar com o primeiro, trazendo aqui a forma que ela escolheu responder, inclusive alterando as questões e inventando a seu modo.

Oi gente! Eu me chamo Leidijane, mais conhecida como Leidy. Hoje eu vim falar aqui um pouquinho sobre, é... como eu conheci minha AT. É... eu conheci ela no centro de convivência, é... tava tendo uma dinâmica e essa dinâmica era de dar uma rosa pra alguém da roda, e simplesmente eu peguei uma rosa e dei pra, pra Camila que hoje é minha AT, né. E... de lá a gente não teve mais nenhum contato físico, num teve contato, a gente não trocou número nem nada. Então passou de uns tempo, eu... entrei numa crise, e... uma dessas pessoas do, do centro, que trabalha no centro, é, entrou em contato com essa, com Camila que é minha AT hoje pra ver se teria possibilidade de ela, é... me atender por, pelo *WhatsApp* ou videochamada, porque eu tava muito mal, tava querendo se mutilar, tava muito, muito mal mesmo. E a gente começou a perceber que não tava dando certo, é... por ligação, por mensagem, não tava dando certo de jeito nenhum.

O que, a ideia que Camila teve foi de a gente se encontrar em algum lugar pra conversar, e o primeiro lugar eu lembro. O primeiro lugar foi no Midway, no shopping. A gente sentou, conversou bastante e... a gente começou a ver que esse meio tava dando certo, que a gente tava conseguindo dessa maneira, então a gente começou a... a planejar, a sair mais, é... a se encontrar mais, a não ser só por telefone porque não, não tava dando certo.

(Trecho do vídeo)

Este trecho falando sobre nosso primeiro contato foi a forma que ela escolheu para começar. A lembrança do anel já foi rememorada por mim, quando o encontrei em uma caixa em que guardo coisas de lembrança, me surpreendi e enviei a foto para ela, quando nos lembramos efetivamente desse primeiro contato. Considero que o caminho que ela faz para contar que só pelo celular não estava dando certo ilustra bem o processo narrado anteriormente de como foi sendo preparado o terreno para avançarmos para as programações alternativas. O destaque dado para o planejamento é importante, já que combinamos bem cada saída, sempre com várias confirmações anteriores de que eu realmente iria. Planejavamos os horários, as rotas dos ônibus, os pontos de encontro, tudo acertado na semana e no dia anterior. Eram formas de começar a sair do isolamento, pela imaginação da saída, pelas trocas sobre os desejos de ir, ainda antes dos cenários sanitários nos permitirem. Era o AT começando pela abertura da possibilidade de imaginar o corpo no território.

Um destaque temporal aqui se faz necessário, visto que o vídeo foi gravado antes da última crise, quando ela reconhece a vontade de se machucar em si mesma, as vozes fazendo parte de si. Aqui ela fala “se mutilar” ao invés de “me mutilar”, o que demonstra sua posição mais distante da ação, do outro que vem através das vozes que não eram dela.

Em meio aos itinerários propostos, lançando mão da clínica peripatética e do próprio modo cartográfico de pesquisar, as idas à praia e ao shopping foram cenários para percorrermos também os itinerários psíquicos, os medos de se perder por não conhecer os lugares, a parceria de contarmos uma com a outra caso as duas se perdessem em determinados locais. Uma piada interna frequente nossa é a repetição de que eu sempre olho o mapa no celular para me localizar, então sempre que ela me pergunta sobre os endereços, falo que vou buscar no mapa e retorno para ela. Ela começa a rir e fala: “Você e seu mapa!”. Em outros momentos já me interpela sugerindo que eu encontre o lugar no mapa, já que localização geográfica não é meu forte. Quando a acompanhei para sua casa, das duas vezes antes da internação, ela me guiou pelas

ruas do bairro, contando uma memória da infância de quando caiu de bicicleta, me mostrando o lugar de onde transborda a água quando chove bastante na cidade, me apresentando o cachorro que era de seu irmão falecido, cujo nome é *Lombra eterna*. Eu dou risada do nome, ela também, e me conta a saudade que sente do irmão e a importância que o cachorro tem para sua mãe.

E nestes compassos vamos formando juntas por onde percorremos, o que desemboca também na forma que Coragem percebe a saúde mental, algo que expressa nitidamente na segunda parte do vídeo:

E eu tenho uma pergunta pra fazer: o que você acha da saúde mental?  
O que você acha da saúde mental? Eu vou falar por minha parte. Saúde Mental pra mim não é só remédio, não é só hospital, não é só tá internado, contido... Saúde mental pra mim é você ser livre, você ir a uma praia como eu e Camila faz, você ir a um shopping como eu e Camila faz, você ser livre, você não se prender a uma coisa só, você não se prender a seu diagnóstico, você não pode fazer isso, você tem que ser livre! Livre e espontâneo. Você tem que... você tá com vontade de ir numa praia? Vá. Eu tiro por mim. Antes de eu conhecer Camila eu não saía muito, é... eu... tinha vontade de sair? Tinha. Às vezes tinha, às vezes não tinha, mas, é... por não ter ninguém pra sair comigo eu não saía, vivia presa. Eu via as pessoas postando foto na praia, colega minha, postando foto na praia, é... e eu, poxa, eu queria tá na praia. Poxa, eu queria tá no shopping. É... então era difícil. Eu se prendia muito, muito a meu diagnóstico, eu vivia muito meu diagnóstico. Depois que eu conheci Camila que começou a, a... a ela ser minha AT que a gente começou a sair, minha vida mudou completamente, eu não vivo mais meu diagnóstico.

Vários pontos são fundamentais nesta fala de Coragem, impressionante como carregam os princípios da reforma psiquiátrica de forma tão orgânica, tão singela. A questão que ela dá notícia e acaba por denunciar é de que, em dados modos de manejo, o diagnóstico pode significar uma prisão.

Em seu livro intitulado *Mal-estar, sofrimento e sintoma*, Dunker (2015) elabora sobre a hiper-valorização do ato de diagnosticar em nossa forma de vida atual, apresentando os altos índices de medicalização vinculados a tal prática, em especial desde os anos 1970 com o advento do capitalismo neoliberal. O autor destaca que, para além da saúde mental, os

diagnósticos são frequentes também em áreas assistenciais, atuariais, ecológicas, econômicas, e etc, movimento que irá nomear de

[...]‘diagnóstica’ essa expansão dos atos, raciocínios e estratégias de inserção política, clínica e social do diagnóstico, e sua consequente ‘força de lei’, capaz de gerar coações, interdições, tratamentos e que tais.

[...] Assim sendo, o ato diagnóstico ocorre no interior de um sistema de possibilidades predefinidas envolvendo um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular. A diagnóstica é a condição de possibilidade dos sistemas diagnósticos.”. (Dunker, 2015, p. 20).

E Coragem apresenta, por um lado, a diagnóstica herdeira da lógica manicomial em que é o diagnóstico que a define, que a faz se sentir presa, por onde ela mesma se prende, onde as condições de possibilidade que se colocam estão vinculadas à sua medicação, à tutela das profissionais do CAPS ou da família. Por outro lado, nomeia essas condições a partir do que acredita que seja realmente saúde mental, vinculando-a diretamente à liberdade, com poder não se prender ao diagnóstico, rompendo com o que nele coloca isolamento e medos. Nomeia o AT junto ao CECCO como o que coloca em cena essas vontades de liberdade. Para Dunker (2015):

Considerar o diagnóstico em psicanálise reconstrução de uma forma de vida envolve tanto a diagnóstica do sujeito como a transversalidade diagnóstica entre disciplinas clínicas (médica, psicanalítica, psiquiátrica, psicológica); tanto a flutuação discursiva dos efeitos diagnósticos (jurídico, econômico, moral) como sua incidência no real das diferenças sociais (gênero, classe, sexualidade). Reconstruir uma forma de vida, no escopo ético de uma racionalidade diagnóstica pensada dessa maneira ampliada, é, no fundo, refazer os laços entre trabalho, linguagem e desejo, pensando a patologia - que se exprime no sintoma, no mal-estar e no sofrimento - como uma patologia do social.”. (Dunker, 2015, p. 24).

Nesse sentido, escutar Coragem falando sobre o AT e sobre o que considera saúde mental revela também esse processo de reconstrução da forma de vida, de olhar-se não apenas pela lente do diagnóstico, mas enxergar, enquanto planeja comigo e com outras pessoas, que é possível não viver apenas o diagnóstico. Vivenciar e produzir novos saberes a partir daqueles que vem do outro; compreendendo que para além de reproduzir o que lhe disseram sobre ela,

pode-se parar estrategicamente, estabelecer referências, limites próprios, dando lugar ao sujeito falante.

Sobre as formas de continuar ao invés de parar, Coragem me propôs mais uma vez fazer fotos dela, agora vestida de bailarina, já que tem feito aulas de *ballet* e logo mais pretende se apresentar no teatro. Fomos ao Bosque dos Namorados e, mais uma vez, após a internação, ela escolheu fazer registros de si vestida com uma de suas formas, em um dos lugares onde fomos outras vezes para registros fotográficos dela e que, em sua adolescência, também estive para as fotos de quinze anos. De princesa à bailarina, em momentos diferentes, fui a fotógrafa de Coragem neste espaço em que continua a se inscrever e a me convocar, nesta clínica itinerante, peripatética, artesanal, ética, do desejo.

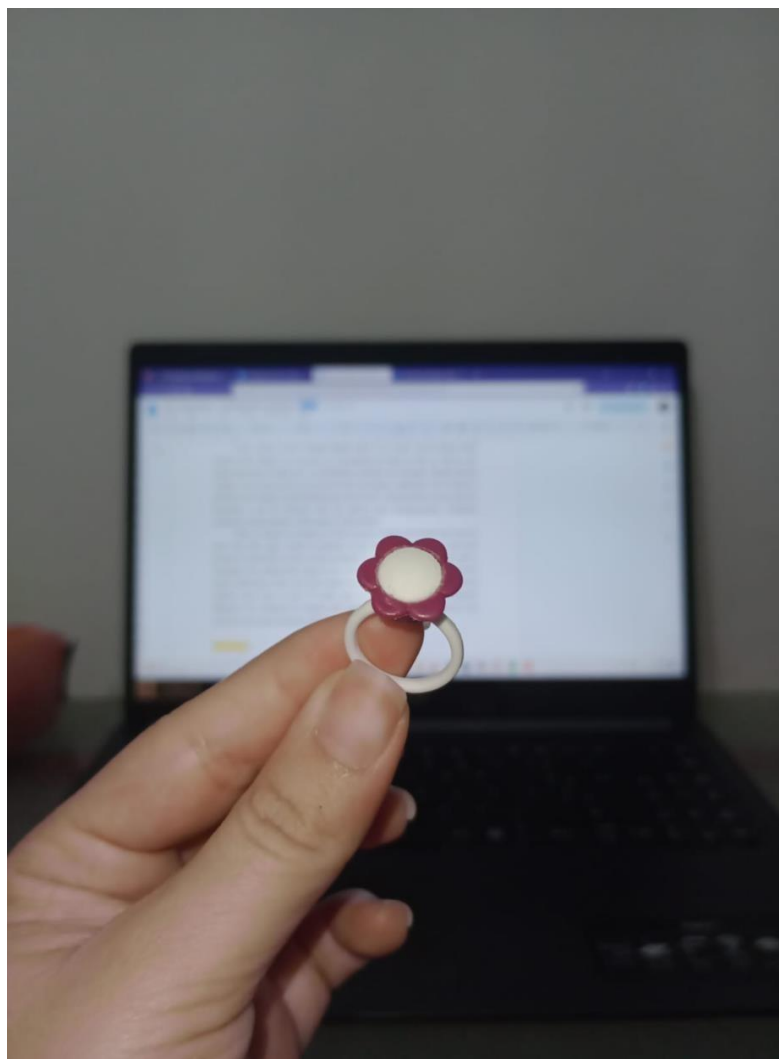


Figura 6. O Anel que Coragem me deu de presente em nosso primeiro contato.

A experiência de conversar com Viagem sobre a finalização do mestrado, junto à proposta da entrevista, provocou algumas posições dele que irei trazer aqui. Desde o começo ele se propôs a responder as questões, concordando em respondê-las em forma de entrevista com áudio gravado. Chegamos a marcar duas vezes, mas ele teve problemas para resolver nos horários. Após o segundo encontro desmarcado, em um momento em que estava triste com a partida de sua amiga que morou com ele por um período, colocou sob outro ângulo a entrevista, como apresentei anteriormente.

A apresentação de condições para que me desse a entrevista fez com que chegássemos a elaborações em supervisão. Primeiro a questão de como parece ver a questão do amor, do afeto como algo que irá receber em troca de algo que pode dar. Os questionamentos anteriores de Viagem eram sobre o quanto se dedicou na relação com a amiga, que cultivava esperanças para uma relação amorosa, e o quanto ela não reconheceu seus esforços, indo embora mesmo assim. A lógica da troca de sua dedicação por amor esteve em suas angústias anteriormente, neste momento ele ofereceu algo que poderia me dar em um espaço que acreditava ser necessário para a finalização do mestrado, mas trouxe condições de coisas que eu precisava fazer, condizendo com a colocação da minha figura como uma personagem que iria significar o quanto ele era amado, embora fosse fingimento, ou do quanto ele é capaz de ser mestre, na proposta de que eu fosse aprendiz da filigrana.

Minha resposta de recusa desloca a função do amor frequente para ele, de que o afeto virá a partir de sua dedicação, de coisas específicas que pode oferecer. Não é obrigatório que faça a entrevista, tampouco é obrigatório que eu me adeque à sua fantasia no intuito de preencher o buraco da partida de sua amiga, mas não só. Apresentar novamente minha função enquanto acompanhante terapêutica posiciona a função da escuta ética do desejo quando questiono: Mas o que você acha dessa necessidade de ter uma namorada? De ter alguém que diga que te ama? E sua resposta sai do círculo da certeza, desembocando nesse deparar-se com

a solidão, com o não-pertencimento, e imagino que com essa perda da própria lógica desgastada do sintoma desse amor que parece que, para ser amor, precisa abdicar de si em função do outro. Quando me pede para vestir-me com a fantasia dele busca a satisfação a partir deste objeto, mas, como bem lembra Kuss (2022) a partir de Lacan,

O desejo, diferentemente da demanda, não tem um objeto de satisfação para si que encontre correspondência na realidade, é desejo de desejar e por isso singulariza os sujeitos, não permitindo que se reduzam a mero objeto do outro no campo das relações amorosas. (Kuss, 2022, p. 113).

Desse modo, o amor de transferência apresentado por Freud ([1915] 1996) possibilita trazer questões, movimentando a dimensão psíquica, indo além do desacreditar daquilo que o paciente coloca, sem tampouco ceder à sua demanda de amor, prezando pela ética da escuta do desejo.

A presença enquanto AT continuou sustentada. Nesse ínterim sobre o que me propõe em ser sua aprendiz, coloco que posso aprender o artesanato, apresentando meus limites no que me coloca. Mas quero aprender não para que me dê a entrevista em troca, e sim por perceber um lugar em que é possível trabalhar a escuta clínica a partir de seu desejo. A dinâmica entre mestre e discípulo é algo para retornar para ele, sobre o fato de que, em algum momento, o aprendiz deixa de sê-lo, podendo passar a ser mestre de outros. Os outros para quem ensinou o artesanato também tomaram seus rumos, assim como ele se separou de seus mestres. Enquanto AT, também fui aprendiz de como prosseguir com a escuta singular dele, tendo uma base de sustentação teórica que me permitiu agir, a lógica de mestre e aprendiz aplicando-se nesta relação acompanhado e acompanhante.

A resposta de Viagem sobre o que era o AT veio na medida em que me dizia que o AT tem a ver com colocar a fantasia do acompanhado em cena, tem a ver com entrar na cena da vida e não necessariamente marcar para fazer uma entrevista. O AT se materializa na condução dessas fantasias que aparecem, que aceito ou recuso, colocando o exercício da amizade ao passo

em que não se trata de produzir identificações, mas trabalhar com aquilo que dele aparece sobre sua fantasia, daquilo que esbarra no meu limite quando lhe digo que não posso fazer longas viagens com ele para outras cidades, mas posso acompanhá-lo em atividades na cidade em que estamos; quando apresento a possibilidade de vestir a fantasia na festa junina, com a chance de compreender sobre a mesma, mas de não aderir à sua necessidade de ter uma namorada, podendo, daí mesmo, aprofundar sobre o que realmente lhe faz sentir-se sozinho, não-pertencente.

Ambas as considerações dos inventores sobre AT fizeram-se co-produções, ainda que diferentemente do que sugeri inicialmente, especialmente com Viagem. Afinal, o próprio AT abre espaço para esse fazer e desfazer nós, como no macramê e filigrana, fazer e refazer vídeos e fotos, como no *Tik Tok* e *book's* fotográficos. Podendo colocar em questão as identificações, o exercício da amizade desenvolvido por Palombini (colocar o ano) escancarou as diferenças entre acompanhante e acompanhados, sustentando este lugar que não espera deles algo fixado e determinado anteriormente, mas provoca para que os mesmos coloquem em cena suas criações, inclusive sobre suas próprias clínicas.

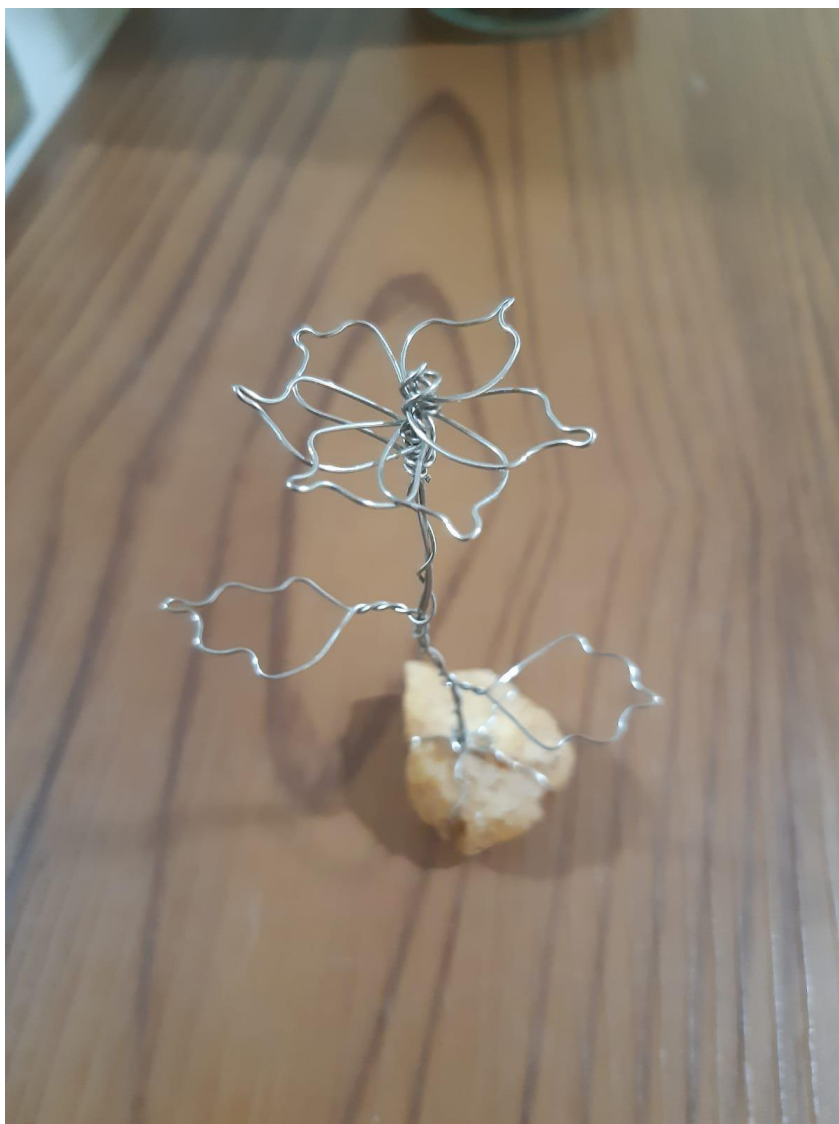


Figura 7. Escultura de flor que Viagem fez com uma pedra de minha cidade natal

## 7 - Coragem e viagem na luta

O percurso de pesquisa junto a Coragem e Viagem está chegando ao fim. Foram quase três anos da decisão de embarcarmos nesta composição da clínica a partir dos desafios que se colocaram no tecido social, surpreendidos por uma pandemia que tirou do eixo e escancarou desde os maiores absurdos do capital até os mais singulares sofrimentos, que nos Inventores apresentaram-se crus, ali na impossibilidade do acesso à rua, aos grupos onde se misturavam, sendo olhados agora pelas paredes de suas casas, pelos olhos das famílias com os conflitos aflorados.

Eu, assim como tantos outros profissionais, me vi diante dos reposicionamentos da clínica, percorrendo estes espaços remotos, de conexões tecnológicas, de questões ocorridas há muito tempo, de espaços distantes o suficiente para a impossibilidade do encontro físico. Escolhemos embarcar nesta experiência e, enquanto acompanhante, posso dizer que sempre aprendo a ver as pessoas sendo, no contato com a clínica, a teoria, a análise e supervisão, é sempre um novo passo formativo que ensina a ver, mas que ensina a ser também.

Cada interlocutor aqui presente, desde os que encontrei enquanto pessoas e instituições, até os que convido para serem motores da pesquisa-clínica, foram fundamentais para constituírem junto conosco o AT que se dá, justamente, em rede. O Centro de Convivência e Cultura (CECCO) já me ensinava sobre estas formas outras de escuta do sujeito desde a graduação, e até aqui continua a ser um lugar em que se acolhe-se o sujeito com sua fala, seus conflitos, suas faltas, apostando e provando que é possível que aqueles por vezes presos em seus diagnósticos, para resgatar Coragem, possam conviver e contribuir com suas opiniões e atividades.

O encontro com a história do Acompanhamento Terapêutico possibilitou resgatar tudo que há de força contra a lógica manicomial que insiste em individualizar o sofrimento, separá-

lo e entregá-lo para responsabilidade de cada um, nos moldes neoliberais do capitalismo. Perceber a dificuldade de estabelecimento do AT como estratégia fixa na rede de saúde mental é, ao mesmo tempo que angustiante, um impulso para defender uma RAPS comprometida com o cuidado em liberdade ao invés de refém dos protocolos medicalizantes, das comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos privados, alinhados com a lógica de exploração do sistema e completamente distantes dos princípios antimanicomiais.

A condução da clínica a partir da ética do AT foi permeada pelo encontro com as experiências de profissionais e acompanhados que sintetizaram elaborações sobre a clínica nômade de Rolnik, a clínica peripatética de Lancetti. O AT como estratégia e tática na psicanálise, o exercício da amizade, a dimensão política e a compreensão de que se dá no *entre*, através do passeio esquivo, sintetiza um bocado de inspirações que fizeram esta dissertação se constituir.

Para dar consistência aos caminhos, registrar as andanças foi necessário e para tanto estive amparada na cartografia como modo de fazer do vivido registro, na medida em que as andanças, os mapas, suas paradas e deslocamentos iam se materializando nos Diários de Andanças inspirados nas narrativas de Benjamin. As co-produções tomaram forma na própria ação do fazer clínico enlaçado com os caminhos que os Inventores apontavam.

Diante das problematizações apresentadas no início, podemos pensar que o AT teve muito a contribuir no sentido do cuidado de sujeitos em sofrimento psíquico no período do isolamento social da pandemia do novo coronavírus, sendo ele este modo de relação capaz de produzir alternativas diante das prisões, que foi e continua a ser agente da reforma psiquiátrica, indicando sua ética de sustentação do desejo do sujeito em meio aos enclausuramentos, buscando suas brechas, por exemplo, através das conexões remotas que imaginavam e planejavam presenças. Com o isolamento social, foram várias as possibilidades de cuidado vivenciadas com Coragem e Viagem, entre trocas de imagens, vídeos, músicas, realização de

videochamadas, fomos abrindo fendas na constituição dos sofrimentos, inventando alternativas de fazer/saber sem prender-nos ao que estava imposto. Os espaços remotos do online perduraram e até então cumprem um papel importante no cuidado, articulando a experiência híbrida do remoto/presencial.

Encerrar esta pesquisa no tempo cronológico do mestrado convoca sensações mistas. Sem dúvida minha formação está marcada pelo AT de Coragem e Viagem, pela aventura de acompanhá-los em suas escolhas, em suas angústias, em suas alternativas criativas, corajosas e viajantes, já que ao final posso dizer que os dois compartilham as características de seus pseudônimos, pois não é fácil colocar-se a perceber esses furos em si e no outro, esses erros das instituições que deveriam ser acolhedoras e esta capacidade de confrontar este outro que na verdade não sabe de tudo. Não é simples dar-se conta que dedicar-se completamente aos amores não faz com que eles necessariamente fiquem, que vesti-los de fantasias pode até ser possível (e necessário) mas não condiz com uma satisfação real, embora hajam destinos outros possíveis para amparar as fantasias.

Coragem e Viagem ainda seguem com vários sofrimentos e vivenciam o contato com a rede, cada um a seu modo. Eu, enquanto AT, me alegro quando vejo os dois colocando suas falas - das mais diversas formas - no mundo apesar dele e suas dificuldades, e justamente através delas, podendo reconhecer seus percursos, seus trajetos e suas histórias.

Me angustio em outros momentos, aprendo a partir das questões que aparecem, me revolto com as condições insustentáveis da rede profundamente sucateada, não normalizo as faltas estruturais e sigo acreditando em uma sociedade em que os vazios que precisamos lidar não sejam das barrigas, das casas alagadas pela chuva, da desvalorização do trabalho artístico.

Talvez por isso mesmo seja difícil assentar o AT como estratégia fixa na saúde, justamente pelo papel que cumpre ao problematizar as instituições em seus modos fixados de reprodução automática, com várias ressalvas a toda a força que tem a luta antimanicomial

forjada na efervescência dos processos de luta de classes dos anos 1970 e 1980 no Brasil, tendo inúmeras reverberações nas categorias profissionais do país. A localização política do AT revela de fundo que a saúde mental tem a ver com nosso modo de vida social. A sensação de exaustão diante dos pulos junto a Coragem em vários serviços sem vagas ou com condições desumanas de permanência dizem das próprias condições para a realização do AT, já que ainda que haja sua dimensão criativa e coletiva, para que se sustente na rede precisa de que sejam garantidas suas condições materiais.

Mas não se enganem, não se trata de um final pessimista. Muito pelo contrário!

É justamente a potência da clínica do AT, da capacidade de criação de novos rumos, de caminhos comprometidos com o desejo e não com as prisões imobilizantes do capitalismo, que quero encerrar a dissertação. Foi uma experiência gigantesca para mim essa de me tornar AT, de vivenciar a eficácia da clínica psicanalítica em ato, de colocar-me de corpo inteiro nos mapas dos Inventores, fazendo costuras junto com eles. Todo o caminho me diz da relevância fundamental da pesquisa comprometida com a ética do desejo, com a coprodução de saberes não-todos na direção de uma rede de saúde mental para todos que dela necessitem, para que os sofrimentos sejam amparados em suas singularidades e necessidades materiais.

Mas o Acompanhamento Terapêutico não pode se limitar às ações das universidades, como ocorre na maioria de suas materializações no âmbito da rede. Assim como tantas outras iniciativas antimanicomiais, comprometidas com o cuidado em liberdade, avançar com a implementação do AT e dos princípios da reforma psiquiátrica é, antes de tudo, uma questão política e econômica. Por esta razão que – enquanto profissionais da saúde, assistência, educação, trabalhadores terceirizados que sofrem ataques ainda maiores em suas condições de trabalho – precisamos travar uma frente que recuse toda a lógica manicomial e suas manifestações na política de saúde mental. Os trabalhadores do município de Natal e do estado

do Rio Grande do Norte têm realizado greves nos últimos anos que colocam na ordem do dia suas reivindicações, presentes inclusive nestes primeiros meses do ano de 2023.

A herança dos manicômios precisa ser denunciada e enfrentada pelos trabalhadores, usuários, movimentos sociais e famílias, colocando em cheque toda a política reacionária dos últimos anos de governo Bolsonaro em nossa história recente, que fortaleceu os convênios com Comunidades Terapêuticas, fomentando o setor privado e vinculando saúde mental com o viés religioso.

Por esta razão, é inadmissível que haja atualmente na política de saúde mental um Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas (DACT), inserido dentro do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), criado através do Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023 no MDS (Narvai, 2023). Diversas entidades já se mostraram contrárias com posicionamentos em repúdio ao DACT, algumas delas são a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), esta última apontando o conflito entre os combinados junto ao governo de transição do novo presidente Lula (PT) e vice Alckmin (PSB).

Embora seja óbvio que não estamos sob um governo de extrema direita como o anterior, também deveria ser óbvio que medidas de aliança com o setor privado e religioso para o tratamento em saúde mental não devem ser o caminho para o cuidado em liberdade. A verdade é que um governo de Frente Ampla, composto com a direita e os grandes empresários, não deixará de desferir ataques contra a classe trabalhadora e o povo pobre do país, em prol de beneficiar os interesses deste setor privado, já que tal medida só fortalece a própria direita e seu conservadorismo, como também ocorreu no período anterior ao golpe institucional de Dilma.

Finalizar com o atual cenário político diz de uma Acompanhante Terapêutica, mestrande e futura trabalhadora, que acredita que não são as alianças com a direita e com os

empresários que serão capazes de efetivar os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial e, conseqüentemente, a implantação do AT na política de saúde mental nacional. A confiança que tenho é na união dos trabalhadores da saúde com usuários, estudantes, famílias, bem como em todas as outras categorias, sejam elas da educação, da assistência, de trabalhadores terceirizados, uberizados, informais, assim como os povos oprimidos, mulheres, população negra, povos indígenas. Todos aqueles que direta ou indiretamente estão vinculados à rede de saúde mental, por uma sociedade que seja, efetivamente, sem manicômios! Coragem e viagem para andar esta luta!

## 8. Referências bibliográficas

- Amarante, P. (1994). De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. Em: R. Guimarães & R. A. W. Tavares (Orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80* (pp. 171-191). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Alverga, A. R. D., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface-comunicação, saúde, educação*, 10, 299-316.
- Araújo, F. (2007). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos clínicos à política da amizade*. Rio de Janeiro: Editora Niterói.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Amarante, P. (2002). (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 2ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz. (Obra original publicada em 1994).
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Andrade, A. P. M. D., & Maluf, S. W. (2017). Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde em debate*, 41, 273-284.
- Azevedo, T., & Dimenstein, M. (2008). O acompanhamento terapêutico no cuidado em saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(3), 658-671.
- Barros, L. P., & Kastrup, V. (2009). Cartografar é acompanhar processos. Em: E. Passos, V. Kastrup & L. da Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Benjamin, W. (1994). O Narrador. In: Benjamin, W (ed.). *Magia e Técnica, Arte e Política*. (vol. 1, pp. 197-221). Editora brasiliense.
- Bezerra, C. B., Saintrain, M. V. D. L., Braga, D. R. A., Santos, F. D. S., Lima, A. O. P., Brito, E. H. S. D., & Pontes, C. D. B. (2020). Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: análise transversal preliminar. *Saúde e Sociedade*, 29, e200412.
- Bezerra, C. G., & Dimenstein, M. (2009). Acompanhamento terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. *Psicologia Clínica*, 21, 15-32.
- Birman, J. & Costa, J. F (2002). Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: P. Amarante (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (pp.41-72) 2ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. (Obra original publicada em 1994).
- Breuer, J., & Freud, S. (2016). Obras completas, volume 2: *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) tradução Laura Barreto; revisão da tradução Paulo César de Souza.

Cabral, K. V. (2005). *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: considerações sobre o Setting*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Calligaris, C. (2013). *A estrutura psicótica fora de crise*. Zagodoni.

Couto, R., & Alberti, S. (2008). Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. *Saúde em debate*, 32(78-79-80), 49-59.

Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, educação e saúde*, 18.

Decreto nº 9.761 de 11 de Abril de 2019. (2019). Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Presidência da República. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>

Decreto nº 9.926 de 19 de Julho de 2019. (2019). Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Presidência da República. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9926.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9926.htm)

Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir a la desarticulación. *Trabalho, educação e saúde*, 17.

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde.

Dias, B. C. (2016, Abril 15). *Ocupação Fora Valencius é desmantelada com ação da Polícia Federal*. ABRASCO. <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/ocupacao-fora-valencius-e-desmantelada-com-acao-da-policia-federal/17208/>

Didi-Huberman, G., & Neves, P. (2010). *O que vemos, o que nos olha*. Ed. 34.

Dunker, C. I. L. (2015). A escuta do delírio: Fragmentos de um caso clínico. *Psicanálise e saúde mental*. Porto Alegre: Criação Humana.

Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. Boitempo editorial.

Freud, S. (1996). *Observações sobre o amor transferencial: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III (1915)*.\_\_\_\_\_. Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 12, 205-223.

Gaudenzi, P. (2021). Cenários brasileiros da Saúde Mental em tempos de Covid-19: uma reflexão. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25.

Gruska, V., & Dimenstein, M. (2015). Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicologia Clínica*, 27, 101-122.

Guattari, F., & Deleuze, G. (1995). *Mil platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro, 34.

Fagundes, S. M. S. (2006). *Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS Brasil.

Ferro, L. F., Mariotti, M. C., Holanda, A. F., & Nimtz, M. A. (2018). Acompanhamento terapêutico em saúde mental: estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 24(1), 66-74.

Freud, S. (1976). *Psicologia das massas e análise do eu*. (J. Salomão, Trad.), edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. XVIII).

Foucault, M. (1986). *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal.

Goldberg, J. (1996) Clínica da psicose: um projeto na rede pública. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia. Primeira edição em 1994.

Kastrup, V. & Passos, E. (2013). Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal, Rev. Psicol.*, 25(2), 263-280. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200004>.

Kuss, A. S. S., & de Barros, R. M. M. (2022). O desejo como bússola para o amor. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 20(1), 105-121.

Lazzarotto, G. D. R. (2012). Experimentar. *Pesquisar na diferença: um abecedário*, 99-101.

Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Recuperado a partir de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)

Londero, M. F. P. (2018). *A ética da escuta clínica em tempos de biopoder*. [Tese de doutoramento]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Londero, M. F. P., & Paulon, S. M. (2018). Uma partida em qualquer porto, um navegar por mares loucos... *Revista Subjetividades*, 18(3), 104-114.

Matos, A. C. V. et al (2019). Rotas do desassossego: acompanhando ações do consultório na rua no município de Natal/RN. Nobre, Maria Teresa et al. *Vozes, imagens e resistências nas ruas: a vida pode mais*. Natal: Edufrn, 1-622.

Metzger, C. (2021). *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise*. Aller Editora.

Ministério da Saúde. (2019). Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Nabuco, G., de Oliveira, M. H. P. P., & Afonso, M. P. D. (2020). O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 2532-2532.

Narvai, P. C. (2023, Abril 21). A saúde mental no governo Lula. *A Terra é redonda*. Recuperado em Maio 21, 2023, em <https://aterraeredonda.com.br/a-saude-mental-no-governo-lula/>

Neto, M., & Dimenstein, M. (2016). Experiência de acompanhamento terapêutico: do hospital à cidade. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(2), 489-498.

Nobre, M. T., Amorim, K. A., Medeiros, F. C. D., & Matos, A. C. V. (2019). *Vozes, imagens e resistências nas ruas: a vida pode mais!*.

Nota Técnica nº 11 de 04 de Fevereiro de 2019. (2019). Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

Nunes, M. D. O., Lima, J. M. D., Portugal, C. M., & Torrenté, M. D. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 4489-4498.

Onocko-Campos, R. (2014). *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec.

Oliveira, E. N. (2020). Saúde Mental durante a Pandemia do novo Coronavírus: algumas reflexões necessárias. *Research, Society and Development*, 9(8), e413985478-e413985478.

Palombini, A. D. L. (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*, 10(18), 115-127.

Palombini, A. D. L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade: contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na Reforma Psiquiátrica*. [Tese de doutoramento]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Palombini, A. D. L. (2009). Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21(2), 295-317.

Passos, E., & Barros, R. B. D. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. D. (2009). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. In *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 207-207).

Paulon, S. M. (2004). Clínica ampliada: que (m) demanda ampliações. *Corpo, arte e clínica*, 259-273.

Pereira, M., Oliveira, L., Costa, C., Bezerra, C., Pereira, M., Santos, C., & Dantas, E. (2020). A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(7), e652974548. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>

Pelbart, P. P. (1991). *Manicômio mental: a outra face da clausura*. Ed. Hucitec.

Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017, 21 de dezembro). Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)

Reis Neto, R. D. O. (1995). *Acompanhamento Terapêutico: Emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no RJ* [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ). Mestrado em Psicologia Clínica. Orientadora: Esther Arantes de Magalhães.

Reis Neto, R. de O., Teixeira Pinto, A. C., & Oliveira, L. G. A. (2011). Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(1), 30-39.

Resende, H. (1987). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis S de A, Costa N do R (eds.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*.

Resolução nº 233 de 12 de Maio de 2014. (2014). Instituir, dentro da Política Estadual de Saúde Mental, incentivo financeiro para contratação de profissional de saúde que desenvolva a função de Acompanhante Terapêutico nas equipes de atenção básica, em unidades básicas de saúde e/ou estratégias de saúde da família. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170201/23110112-1400262770-cibr233-14.pdf>

Resolução nº 32 de 14 de Dezembro de 2017. (2017). Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html)

Resolução nº 1 de 9 de Março de 2018. (2018). Aprovar as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD, programas, projetos e ações dela decorrentes sob responsabilidade e gestão da União Federal. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>

Rocha, M. L. D., & Aguiar, K. F. D. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(4), 64-73.

Rocha, D. D. M., Silva, J. S., Abreu, I. M. D., Mendes, P. M., Leite, H. D. C. S., & Ferreira, M. D. C. S. (2021). Efeitos psicossociais do distanciamento social durante as infecções por coronavírus: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34.

Rolnik, S., & Equipe de Acompanhantes terapêuticos do Instituto A Casa. (1997). Clínica nômade. *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*.

Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2020). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19.

Santos, L. G. dos, Motta, J. M., & Dutra, M. C. B. (2005). Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(3), 497-514.

Santos, I. S., & Vieira, F. S. (2018). Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2303-2314.

Santos, B. (2001). *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. Cortez.

Schenkel, J. M., Silva, G. W. D. S., Amorin, A. K. D. M. A., Miranda, F. A. N. D., Carvalho, J. B. L. D., Ribeiro, S. E. A., ... & Silva, M. M. (2022). Saúde mental, arte e desinstitucionalização: um relato estético-poético-teatral de uma ocupação da cidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 39-48.

Sistema Único de Saúde (BR). (2010). Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental–Intersetorial. Conselho Nacional de Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_final\\_4\\_conferencia\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_4_conferencia_saude_mental.pdf)

Souza, A. M. S., & Pontes, S. A. (2017). Acompanhamento terapêutico (AT) e reforma psiquiátrica: História de uma prática. *Psicologia em Estudo*, 22(3), 335-345.

Wetzel, C. (1995). *Desinstitucionalização em saúde mental: a experiência de São Lourenço do Sul, RS*.