

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RINALDO CONDE BUENO

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO POTENTE
ESTRATÉGIA DE CUIDADO NAS CLÍNICAS DA
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Belo Horizonte

2016

RINALDO CONDE BUENO

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO POTENTE
ESTRATÉGIA DE CUIDADO NAS CLÍNICAS DA
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Izabel Christina Friche Passos

Belo Horizonte

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

150 B928a 2016	Bueno, Rinaldo Conde O acompanhamento terapêutico como potente estratégia de cuidado nas clínicas da desinstitucionalização [manuscrito] / Rinaldo Conde Bueno. - 2016. 179 f. Orientadora: Izabel Christina Friche Passos. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia 1. Psicologia – Teses. 2. Clínicas – Teses. 3. Saúde mental - Teses. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Passos, Izabel Christina Friche. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.
----------------------	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



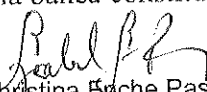
FOLHA DE APROVAÇÃO

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO POTENTE ESTRATÉGIA DE CUIDADO NAS CLÍNICAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

RINALDO CONDE BUENO

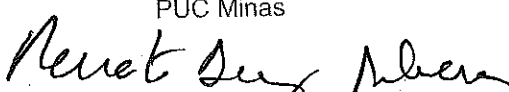
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.


Aprovada em 26 de agosto de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador
UFMG


Prof(a). CLAUDIA MARIA FILGUEIRAS PENIDO
UFMG


Prof(a). Roberta Carvalho Romagnoli
PUC Minas


Prof(a). Renato Diniz Silveira
PUC-Minas


Prof(a). Simone Malmieri Paulon
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Belo Horizonte, 26 de agosto de 2016.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, como gratidão pelo carinho e apoio que sempre dedicaram à minha escolha profissional. Este trabalho é o resultado do afeto incondicional que vocês sempre tiveram comigo, apesar das distâncias e dos desvios, que só fizeram aumentar minha certeza do apreço e amor que tenho por vocês.

AGRADECIMENTO

Este doutoramento é o resultado de muito esforço e dedicação que tive ao longo de anos trabalhados em minha estrada profissional e acadêmica. São várias as pessoas e instituições que devo agradecer por fazerem parte deste caminho. Cito aqui algumas desejando abraçar a todos os que me apoiaram:

À minha esposa Polliana e aos meus filhos Marina, Heitor e César pelo carinho sempre demonstrado mesmo nos momentos mais difíceis do meu doutoramento. O apoio e a liberdade que tive me proporcionaram ir em frente à escolha difícil e intensa de se fazer uma pós-graduação. Vocês foram a base da minha Máquina de Guerra para o enfrentamento das durezas codificadas que a vida acadêmica nos faz degladiar. Meus amores!

Às minhas irmãs sempre comigo e torcendo por mim e pela Psi: Débora, pela abertura dos caminhos de estudos e do desejo de ir além, símbolo de luta e carinho; Lídia, com suas vias incomuns e muito bonitas, fontes de orgulho e de ternura raros; Tamara, que a cada encontro surpreende com seu sorriso e retribui com alegria e doçura e Giovana pela lindeza e afeto fraternal sempre irradiado em seus olhares.

À minha orientadora Izabel Christina Friche Passos pelas ótimas discussões, confiança e potência que me fizeram ampliar as reflexões sobre as loucuras da vida, na academia e fora dela!

Aos Professores da qualificação e da banca da tese, Dra. Roberta Romagnoli, Dra. Simone Paulon, Dra. Cláudia Penido, Dr. Renato Diniz, Dra. Luciana Assis, Dr. Márcio Belloc e Dra. Analice Palombini pelas ricas contribuições e orientações em minha pesquisa.

Ao Professor Dr. Angel Martínez Hernaez pelo acolhimento e frutíferas discussões no Doutorado Sanduíche na Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, Espanha.

Ao Professor Dr. Martín Correa-Urquiza pelo companheirismo e ótimos debates no *Posgrado en Salud Colectiva e Salud Mental* da URV realizado em Barcelona.

À Izabel Marin, da ASS de Trieste - Itália, pela receptividade e gentileza sempre dispensadas em minhas idas àquela cidade e pelas enormes contribuições aos meus estudos.

Aos colegas do L@gir/UFMG – Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais pelas ótimas discussões e estudos feitos ao longo de 4 anos. E virão muitos caminhos ainda!

À Simone Conde Bueno e Cássio Viana pelo apoio logístico e afetuoso que me deram todas as vezes em que precisei de um pouso em Belo Horizonte.

À Laura Facury pelo enorme suporte e ajuda na revisão de textos no final da tese.

Aos alunos dos cursos de psicologia da Faculdade Pitágoras de Ipatinga e RH, direito, administração e ciências contábeis da Faculdade Doctum de João Monlevade, que me ensinaram muito mais do que podem imaginar!

À Letícia Medeiros do CSMA de Barcelona pela receptividade e dicas na pesquisa.

Ao Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto pelo carinho que sempre me dedicou desde o Mestrado e me fez ter a certeza de que um mestre de verdade acolhe e orienta as tormentas do ser “além *Lattes*”.

À CAPES pela concessão da bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior que contribuiu enormemente para meu crescimento acadêmico e pessoal.

À UFMG pela oportunidade de fazer o doutorado e pelo prazer em voltar ao local da minha graduação em psicologia, que tanto me proporcionou em aprendizado e vivência. Que a universidade pública resista e continue generosamente dando alegrias a muitos.

À Faculdade Pitágoras de Ipatinga por me proporcionar a participação no processo seletivo e a concessão da Bolsa Íbero-Americana para Jovens Professores Pesquisadores Santander.

EPÍGRAFE

“Sê ao menos meu inimigo!” – assim fala o verdadeiro respeito, que não ousa solicitar amizade. Querendo-se ter um amigo, é preciso também querer guerrear por ele: e para guerrear é preciso *poder* ser inimigo.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo promover uma discussão teórico-conceitual sobre a noção de clínicas da desinstitucionalização e sobre as estratégias que podem ser alcançadas por meio de novos modos de se conceber e praticar clínica em saúde mental na atualidade, em especial pelo que experimentei com as andanças do Acompanhamento Terapêutico (AT). Em um percurso que se inicia pelo histórico e pela formação prática do AT pode-se inferir que esta variável clínica provoca a abertura de novos espaços para se trabalhar com pessoas em sofrimento mental, ultrapassando a ideia de que as intervenções devem acontecer em *settings* fechados. Entrelaçando-se com postulados de outras clínicas que buscam transcender o modelo médico-centrado, é pensada uma composição híbrida e itinerante de um coletivo de profissionais que possa favorecer novas formas de tratamento, indicadas aqui como um devir-nômade. Não se pretende que a função desses profissionais seja a de ater-se a protocolos ou verdades previamente indicadas, mas sim a de ampliar seu campo de atuação na área e incluir nesta rede complexa a participação efetiva da população para uma gestão comum das ações em saúde mental e, principalmente, em direção ao exercício de uma cidadania plena. Para a realização desta pesquisa, fez-se uma exposição conceitual sobre a prática do AT, temas e reflexões relativas à concepção de território, desterritorialização e rizoma. Sobre as clínicas em saúde mental, foram apontadas tramas e indicações de suas formas de atuação, enquadre e incidência, assim como a exposição do processo de desinstitucionalização desde a sua origem até a inclusão deste tipo de reforma no âmbito da assistência em saúde mental no Brasil. Na composição da pesquisa, foram incorporados diários de campo de experimentações que o pesquisador fez em contextos distintos que aconteceram em Barcelona, na Espanha, e em Trieste, na Itália. Nestas cidades, foram observados e posteriormente transformados em material para a pesquisa em tela movimentos associativistas e, também, de profissionais, usuários e familiares que podem ser chamados de “desinstitucionalizantes”, pois sintonizam-se com as práticas e propostas das clínicas da desinstitucionalização aqui estudadas. Tais práticas buscam o protagonismo de seus atores e o envolvimento de diversos setores societários para a consecução de um objetivo final, comum a todos os grupos estudados: viver uma cidadania plena, democrática, com a preservação dos direitos civis das pessoas, mesmo que em uma situação de desvantagem social. A pesquisa nos revelou várias facetas dessas práticas e das clínicas da desinstitucionalização capazes de operar na transformação da sociedade e com uma assistência mais qualificada e integralizada àqueles que precisam desses suportes. A essas práticas, infere-se que o AT pode ser uma importante estratégia para a realização dessa pretensão clínica estritamente ligada à questão social.

Palavras-chave: Clínicas da Desinstitucionalização. Acompanhamento Terapêutico. Saúde mental. Reforma Psiquiátrica. Desterritorialização.

ABSTRACT

This research aims to have a theoretical and conceptual argument on the notion of Clinics of Deinstitutionalization and discusses the strategies that may be achieved through the new means of conceiving and practicing clinics in mental health nowadays, in special for what I have experienced during my travelings on . In a course that begins with the history and the practical training of the Therapeutic Accompaniment (AT) it may be inferred that this clinical variable brings on the opening of new space to work with people in mental distress surpassing the idea that interventions must happen in closed settings. Intertwined with postulates of other clinics which search for transcending the medical -centered standard, a hibrid and itinerant composition of a collective of professionals that may favour new ways of monitoring treatments is thought here as becoming-nomad. One does not intend the role of these professionals to be that of sticking up to protocols or truths previously indicated, but of enlarging its field of performance in the area and including in this complex network the effective participation of the population on a common management of actions in mental health and mainly, concerning the exercise of a full citizenship. For accomplishing this research, a conceptual exhibition of AT practice, of themes and reflections about the conception of deterritorialization, rhizome and cartography was made. Regarding mental health clinics, plots and indications of its ways of performance, frame and incidence were pointed, as well as an exhibition of the process of deinstitutionalization from the origin to the inclusion of this type of reform in the ambit of assistance in mental health in Brazil. Composing the research, journals of field experiments performed by the researcher in distinct contexts that happened in Barcelona, Spain and Trieste, Italy are incorporated. In these cities were observed and subsequently transformed in material for the research in screen, associativist movements and also professionals, users and families which may be called *deinstitutionalists* - because they are tuned with the practices and proposals of Clinics of Deinstitutionalization studied here - were observed and subsequently transformed in material for the research in screen. These are practices that seek the protagonism of their actors and the involvement of several sections of society for a final objective, common to all the groups studied, which is the one of living a full, democratic citizenship and preserving civil rights of people even if they are in a situation of social disadvantage. The research reveals several facets of these autonomist practices and of Deinstitutionalization Clinics capable of operating in transforming the society and giving a more qualified and complete assistance to the ones who need this support. To these practices, we infer that the Therapeutic Accompaniment may be an important strategy for an accomplishment of this clinic intention strictly linked to the social matter.

Key-words: Clinics of Deinstitutionalization, Therapeutic Accompaniment, Mental Health, Psychiatric Reform, Deterritorialization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AATRA – Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina
- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- APS – Atenção Primária em Saúde
- ASSUME – Associação de Usuários do Serviço de Saúde Mental de João Monlevade
- AT – Acompanhamento Terapêutico
- at – Acompanhante terapêutico
- CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial de funcionamento vinte e quatro horas
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
- CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
- CETAMP – Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria
- CRP/MG – Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais
- CSM – Centro di Salute Mentale (Trieste, Itália)
- CSMA – Centre de Salut Mental d'Adults (Barcelona, Espanha)
- CSMIJ – Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (Barcelona, Espanha)
- DSM – Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (Itália)
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- ESM – Equipes de Saúde Mental
- ESMIG – Escola de Saúde de Minas Gerais
- ESP-MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
- FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- L@GIR – Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais da UFMG

LAMA – Movimento da Luta Antimanicomial

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pronto-Atendimento

PAS – Programa de Agentes de Saúde

PDSE – Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RP – Reforma Psiquiátrica

RS – Reforma Sanitária

SUS – Sistema Único de Saúde

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SESAMO – Serviço de Saúde Mental de João Monlevade

TSO – Tratamento Sanitário Obrigatório

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UBS – Unidade Básica de Saúde

URV – Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, Espanha)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 BREVE HISTÓRICO, INFLUÊNCIAS E VERSÕES DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	24
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: OS MOVIMENTOS REFORMISTAS EM SAÚDE MENTAL.....	24
2.1.1 <i>As comunidades terapêuticas.....</i>	26
2.1.2 <i>A antipsiquiatria.....</i>	27
2.1.3 <i>A psicoterapia institucional.....</i>	28
2.1.4 <i>A psiquiatria de setor.....</i>	29
2.1.5 <i>A psiquiatria preventiva comunitária.....</i>	30
2.1.6 <i>A psiquiatria democrática italiana.....</i>	31
2.1.7 <i>As interseções dos movimentos de Reforma do Pós-guerra.....</i>	32
2.2 VERSÕES SOBRE O SURGIMENTO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	34
2.2.1 <i>As práticas embrionárias contra o modelo asilar.....</i>	34
2.2.2 <i>O Acompanhamento Terapêutico e suas clínicas na Argentina e no Brasil.....</i>	36
2.3 A PROFISSIONALIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	43
3 TERRITÓRIO E DESTERRITORIALIZAÇÃO: UM DEVIR NÔMADE NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	47
3.1 A DESTERRITORIALIZAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	47
3.2 O <i>ENTRE</i> DO MÉTODO RIZOMA.....	53
4 OS CAMINHOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	63
4.1 RETOMANDO O CONCEITO BASAGLIANO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	63
4.2 CLÍNICAS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL: TERRITÓRIOS EM CONSTRUÇÃO.....	76
4.3 A CLÍNICA ANTIMANICOMIAL.....	83
4.4 A CLÍNICA PERIPATÉTICA.....	91
4.5 A CLÍNICA AMPLIADA.....	97
4.6 A CLÍNICA NÔMADE.....	107
4.7 SOBRE A AMIZADE COMO POLÍTICA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	118
5 CLÍNICAS RETERRITORIALIZANTES.....	125
5.1 EXPERIMENTAÇÕES COM OS COLETIVOS DE BARCELONA (ESPANHA).....	126
5.2 REVISITANDO TRIESTE EM SUAS MICROPOLÍTICAS (ITÁLIA).....	142
6 CONCLUSÃO.....	163
REFERÊNCIAS.....	166

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente o projeto de pesquisa de doutorado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) tratava de avaliar as ações e os impactos do Acompanhamento Terapêutico (AT¹) em serviços de saúde mental da região do Médio Piracicaba mineiro, incluindo as cidades de Itabira, João Monlevade e São Domingos do Prata. Por ter trabalhado na região ao longo de dez anos, tenho conhecimento do funcionamento dos serviços e mantenho contato com os profissionais que ali trabalham. Nas três cidades citadas acontecem de forma incipiente ações que podem ser consideradas atividades de acompanhante terapêutico (at). Em alguns casos, os trabalhadores dos serviços - geralmente enfermeiros e técnicos de enfermagem - promovem passeios, visitas, caminhadas e outros movimentos fora dos serviços que se assemelham ao tema que estudo. Experimentei pela primeira vez o AT em um estágio de oito meses no Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Trieste, Itália, em 2002, acrescido de pouco mais de um mês em 2004. Ali, pude realizar atividades de acompanhamento com algumas pessoas assistidas pela rede triestina, como residentes de casas e apartamentos, geridos em parceria com o DSM e cooperativas sociais. Participei, ainda, de inúmeras reuniões com equipes de três Centros de Saúde Mental (CSM) da rede triestina, de acompanhamento em consultas de usuários com suas referências técnicas nos Distritos de Saúde e de supervisões e atividades em clubes e associações, como o Club Zyp (Bueno, 2011).

Nos serviços que trabalhei no Brasil, após 2002, atuei como psicólogo de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como psicólogo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em duas cidades e como coordenador de CAPS. Nessas passagens, apesar de os compromissos com o ambulatório serem demasiados e do tempo restrito para ações fora dos serviços, procurei, sempre que possível, atuar como AT nos casos em que eu era a referência técnica dos usuários.

O fato de os serviços mineiros citados serem mais voltados para a clínica ambulatorial, com poucas atividades comunitárias e uma conexão ainda muito diminuta com a rede sanitária

¹ Para evitar confusões com as siglas, AT será usada para designar “Acompanhamento Terapêutico” e at, “acompanhante terapêutico”.

e social em geral², me fez mudar o foco da pesquisa por entender que meu interesse estava além das ações efetivadas pelo AT reconhecido em nossos campos de atuação da região. Minha prática tanto no voluntariado italiano quanto nos serviços daqui me levaram a interessar mais pelos estilos e ações do AT em alguns lugares e pelo que está sendo produzido por essa prática em alguns locais distintos no Brasil e em outros países. Se primeiramente me interessava conhecer a “função AT”, talvez por querer me apropriar mais deste dispositivo (Cabral, 2005), pude constatar nas primeiras leituras e nas orientações recebidas que o AT não se faz apenas por normatizações e determinações em seu campo de trabalho. Ele nos induz a pensar numa clínica do cotidiano, alternativa e *entre* as práticas do movimento de assistência em saúde mental. O fato de o AT não ser reconhecido como prática profissional (exceto em alguns locais específicos, como no Rio Grande do Sul³) me levou a entender o porquê de alguns brasileiros preferirem a porosidade não profissional do AT e também a oportunidade de verificar em outros países as vantagens e desvantagens desse reconhecimento do AT enquanto prática das redes de saúde e suas interseções com os sistemas jurídicos e assistenciais das políticas públicas internacionais.

Neste contexto de experimentações e reflexões, algumas perguntas se colocaram em meu caminho: Qual é a clínica que o AT realiza? Esta clínica deve ser orientada por fundamentos e técnicas? O AT se sustenta como uma clínica potente diante dos desafios e dificuldades percebidos em nossa reforma no campo da saúde mental? A experiência italiana na efetivação do seu processo de desinstitucionalização da loucura, contempla a proposta de trabalho do AT? De que forma? Seria importante termos o AT formalmente reconhecido na rede de saúde mental brasileira? Que efeitos a disseminação do AT poderia produzir na rede de assistência em saúde mental pública no Brasil?

São tantas questões que uma tese fundamentalmente teórica, como a que apresento, não poderia dar conta inteiramente. Teriam, necessariamente, de ser discutidas numa interlocução entre teorias e práticas, a partir de reflexões em diálogo com experiências concretas, que aqui não serão aprofundadas. Neste trabalho, no último capítulo, apresentam-

² Os municípios são equipados com Equipes de Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Todavia, como ocorre em diversas localidades brasileiras, a conexão entre as redes é recente, apesar dos esforços do estado e do Ministério da Saúde para consolidá-las como serviços potentes no cuidado em saúde mental, estes CAPS acabam por absorver grande parte da demanda em saúde mental e a clínica ambulatorial se destaca por não haver um trabalho intersetorial efetivado.

³ Ver sobre o exercício profissional do AT no Brasil em Cabral (2005), Silva (2005) e Palombini (2007).

se, a título de vivência pessoal, duas formas de experimentação do AT em contextos diferentes, em Barcelona/Espanha e em Trieste/Itália, sendo que neste último contexto o AT não aparece nomeado como tal, mas em minha leitura está incorporado nas rotinas das práticas em saúde mental ali desenvolvidas. Tive a oportunidade de constatar o que descrevo aqui como um devir nômade do AT nestes dois contextos como voluntário e pesquisador.

Na tese vou me ater a uma discussão mais teórica sobre os fundamentos do AT. Com ela quero mostrar, em primeiro lugar, que o AT, como uma estratégia clínica de cuidado, emerge no contexto das reformas psiquiátricas, isso tendo sido debatido no primeiro capítulo. Em segundo lugar, pretendo explicitar as razões para a emergência de tal estratégia e a importância que adquire no contexto das Reformas Psiquiátricas. Minha hipótese é de que o AT enquanto uma estratégia de cuidado atuante *entre* os saberes clínicos e um conector de redes em prol de um sujeito que padece em sua existência sofrimento, sintoniza-se com os pressupostos norteadores da desinstitucionalização. O conceito de desinstitucionalização será tomado aqui como ideia-força situada na base das Reformas Psiquiátricas mais críticas e radicais, que se propõem a superar completamente o modelo manicomial que dominou o campo da saúde mental por mais de dois séculos.

Interessa-me pensar nas clínicas da desinstitucionalização⁴ que foram capazes de evidenciar uma inflexão do processo de experimentação que alcancei ao longo de minha caminhada no campo da saúde mental. Como um texto-rizoma, nos dizeres de Deleuze e Guattari, pretendo mapear os percursos feitos, “roubar” ideias e abrir múltiplas saídas, para que redes-rizoma possam emaranhar-se nos territórios da saúde mental. Entendo que o AT é um campo fértil para experimentar esse caminho e fazer pensar de forma criativa e peripatética o encontro com o novo e com o comum/coletivo. Como é indicado nesta pesquisa, o sujeito acompanhado pelo at é alguém fragilizado, exposto às intempéries da vida

⁴ Manteremos o termo clínicas da desinstitucionalização, doravante em minúsculas. Todavia, se faz necessário indicar que, em discussões no momento de finalização desta tese, a Profa. Simone Paulon ofertou-nos a definição de Platôs da Clínica ao invés da primeira definição. Mesmo optando por manter o termo clínicas da desinstitucionalização (oriundo de discussões no L@gir/UFMG provocadas pelas Profas. Izabel Passos e Cláudia Penido e que inspiraram boa parte desta pesquisa) a definição da professora ilustra de forma precisa e rica a intenção que este autor procurou dar em seu texto no que diz respeito ao formato das experiências do AT e a inspiração teórica que permeia novos tipos de intervenções clínicas. Os platôs da clínica indicam uma multiplicidade de intensidades e a conexão inter e transdisciplinar, sendo o método rizomático o elo produtor de novos sentidos para contextos singulares e em busca de transformações de potência em atos. Esses platôs nos remetem ao mesmo tempo à ressignificação de conceitos e à criação de novos espaços antimodelistas, que são uma das principais marcas da des-reterritorialização de Deleuze e Guattari e que aqui são de suma importância para a concepção dada à função que o AT pode cumprir no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

em sociedade e com diminuído espaço nas redes de assistência em saúde mental, o que dificulta severamente possibilidades de restituição do exercício de sua cidadania.

Voltando ao meu percurso pessoal e lançando mão da experiência citada na rede sanitária de Trieste, pude verificar ao longo desses anos de trabalho nos serviços mineiros que uma ação muito praticada e que faz parte da assistência italiana é aquela territorial que seus técnicos e colaboradores desenvolvem, aquela de estar sempre em movimento com os usuários em toda a extensão (e para além dos seus limites geográficos) da cidade. Movimento este feito em suas casas e em eventos culturais e de lazer ou à procura de atividades de formação e capacitação para emprego, envolvendo densamente toda a rede de serviços disponível tanto no campo privado como no público, além do incentivo em estruturar novos caminhos e possibilidades com a sociedade civil.

Basaglia e Gallio (1991) indicam que a força do movimento triestino, ícone do processo de mudanças na saúde mental italiana, está em construir soluções territoriais, inexatas por definição e em constante experimentação, e não em sustentar as “normalidades produtivas” das instituições sanitárias. Enfim, lutar contra a vocação terapêutica. Ou seja, contra a ideia de que serviços de saúde mental bem equipados, ambulatoriais, depurados e higiênicos atendem à demanda do corpo social adoecido. A cultura “especialística”, isto é, da assistência clínica especializada amplamente difundida em nossa sociedade, é um impedimento às experimentações e ao acesso do excluído ao exercício de sua cidadania. Basaglia (1985) fundamenta que, em defesa da técnica, aceitamos o mandato social excludente e nos tornamos também excluídos, pois nossas ações não escapam da submissão ao saber normativo da ciência que, por sua vez, está atrelada ao *establishment*. A violência técnica perpetua o saber científico. Negá-la a partir de uma construção dialética com as pessoas assistidas e de uma recusa ao ato terapêutico normativo é importante também para superarmos as desigualdades do sistema socioeconômico. Para os italianos, destruir o manicômio é indignar-se com o estigma da doença, produtor de miséria e fragmentações sociais, e investir na contratualidade do doente. É migrar das instituições para o território, para os espaços físicos da cidade, e favorecer o poder de vida das pessoas nas ruas, literalmente. E este ponto, o do território, muito me interessa, como se verá ao longo desta caminhada da pesquisa.

Nesse sentido, vislumbro o trabalho feito no AT como uma inversão da lógica do “ato terapêutico” a que se refere Basaglia; uma “clínica menor”, no sentido deleuziano, que quebra

com as referências normativas da clínica hegemônica – que prioriza o saber psicopatológico – para produzir efeitos e acontecimentos não alcançáveis pelos caminhos ortodoxos dos “especialismos”. As pequenas percepções, a “liberdade terapêutica”, a formação de rotas desviantes capazes de percorrer o território e criar coletivos subversivos aos estratos molares: reterritorializar a desinstitucionalização. Esta clínica periférica e “menor” do AT ocorre no território, nos lugares de vida, agindo de forma permeável e com a capacidade de conectar a complexa rede social, cultural, econômica, política e afetiva das pessoas. É uma abertura ao novo, com possibilidades de inventar, de lidar com o inesperado. Nada postulado *a priori*, mas vivenciado com as pessoas em “existência-sofrimento” (Rotelli et al., 1990), que demandam muito mais questões do que um tratamento manejado pela evidência ou pela extinção dos sintomas e da doença poderia dar conta. Linhas de fuga para que confrontem a dureza molar das instituições cristalizadas.

Faço essa aproximação da vertente desinstitucionalizante dos italianos ao AT por perceber que, ao contrário do “ato terapêutico” contestado pelos basaglianos, esse caminhar que constrói e conecta redes é o *fio condutor* da reforma italiana. Destitui-se do saber médico-científico para mesclar-se na vida social, cultural, econômica e política, convivendo com a diversidade que a loucura provoca em nossos saberes e na sociedade. Vejo os italianos como at em sua lida cotidiana. Circulam, acompanham, suportam e escutam as demandas da vida das pessoas. Vivem, moram juntos, cuidam, dividem os espaços e discutem sobre as mais diversas demandas. Em concordância com Paulon (2006), devemos “tomar a desinstitucionalização como um trabalho micropolítico de desconstrução gradual das lógicas reprodutoras e dessingularizantes que transcendem em muito os muros levantados por instituições totais” (p. 134). Atualmente, é difícil perceber em que campo se faz a desinstitucionalização italiana, por sua complexa porosidade na vida das pessoas e por seu envolvimento nos âmbitos político, social e cultural. Ou seria mais fácil dizer que para os italianos ocorre uma desinstitucionalização no Fora?⁵ Assim também se faz a função desempenhada pelo AT. A sua práxis, como abordarei nesta pesquisa, tem como fundamento estar junto ao acompanhado em diversos lugares e suportar, no sentido duplo de apoiar (para

⁵ Veremos mais adiante a contextualização deste conceito, que será trabalhado de acordo com Deleuze e Guattari (1997). Neste momento indico que este Fora alcançado pelos italianos significa ir além das instituições e transcender conceitos e atos, traçando novos caminhos num fluxo indiferenciado com a loucura.

manter em pé para caminhar) e resistir. Ser companheiro – *cum panis*⁶ – em suas dificuldades, estimulando caminhos inusitados e criativos que se fazem como uma manobra no AT. Uma clínica rizomática e mestiça!

Com esta pesquisa teórico-conceitual, proponho um aprofundamento da discussão sobre a função exercida pelo AT, mesmo antes de receber tal denominação, caminhando pelos processos de reformas psiquiátricas que ocorreram no período pós-Segunda Guerra Mundial e que derivaram em muitas experiências importantes até os dias de hoje. Alguns conceitos são inseridos nesta pesquisa para problematizar a aposta numa práxis do AT que propõe alargar a potência das redes e das possíveis conexões que a proposta da reforma psiquiátrica brasileira nos desafia a realizar. Aproximaremos o conceito de desinstitucionalização de vertentes clínicas como as clínicas “menor” e nômade de Deleuze e Guattari, a clínica do cotidiano (Mendonça, 2012) feita pelo AT, em que as noções de território e de desterritorialização ganham centralidade, partindo-se da premissa de que é no “fora” das instituições que tais clínicas se pulverizam e fazem acontecer algo para a existência das pessoas mais do que para suas doenças isoladamente. E, ainda, pensar numa ação política pautada pela amizade, no sentido nietzschiano do termo. Pretendo alargar com este trabalho a discussão sobre o AT como uma possível estratégia localizada taticamente na rede assistencial em saúde mental; um fazer periférico, *entre* clínicas, que coloque em contestação a hegemonia da clínica médico-científica e que provoque outros encontros e articulações que viabilizem sua incorporação tanto nas nossas políticas públicas brasileiras quanto na forma de tratar a loucura e seus contornos políticos, sociais, econômicos e culturais.

Considero importante demarcar aqui que, após trabalhar como técnico e AT em algumas redes de saúde mental, o trabalho desenvolvido pelos italianos em seu processo de reforma/ruptura no âmbito da assistência psiquiátrica convoca seus atores a tomarem como central a ação no território, avessas ao tecnicismo, possibilitando transcender o trabalho sanitário e capilarizando seus fazeres junto ao *socius* e com as demandas provenientes da vida das pessoas. Esse é, em minha opinião, o fundamento do processo de desinstitucionalização italiano. Seus atores, funcionando tal qual um at, como agentes conectores e construtores das

⁶ Cita Barretto (2005, p. 188): “A origem da palavra acompanhar vem do latim, *cum*: comer; e *panis*: pão. Ou seja, comer do mesmo pão. Assim, acompanhar implica comermos do mesmo pão, compartilharmos experiências com nossos acompanhados, o que ao longo do tempo, pode levar à constituição de um vínculo bastante intenso”.

redes complexas do território, protagonizam junto aos assistidos, familiares e sociedade civil novos modos de produzir vidas. Uma clínica que exercita a todo tempo uma desterritorialização de saberes para a criação de novos campos de atuação, de novas formas de lidar com o que a objetificação proveniente do sistema social provoca nos ditos loucos. Os italianos convocam a sociedade à discussão e provocam o saber científico hegemônico em suas cristalizadas formulações para a reterritorialização da cidadania de todos os atores sociais envolvidos.

Por me interessar pelo exercício do AT no campo da saúde mental brasileira, torna-se relevante indicar alguns aspectos da nossa Reforma Psiquiátrica, mesmo não sendo este o objeto desta pesquisa. Essas indicações fazem parte do meu rizoma enquanto trabalhador e pesquisador do campo da saúde mental. Com a proposta desta via de pesquisa, indico minha forma metodológica de trabalho proposta pela seguinte questão: *Metas para caminhar ou caminhos para se experimentar como meta?* Opto por compartilhar aqui neste estudo meus caminhos, obstáculos e possibilidades, que, tal como a *Klinamen* proposta por Barembliitt (2010), podem favorecer novas rotas de saberes a partir de desvios, capturas e transformações, induzindo deslocamentos das trajetórias tanto de quem faz clínica quanto de quem dela se utiliza.

A pesquisa em tela propõe uma reflexão que envolva as clínicas da desinstitucionalização no campo da assistência em saúde mental e o trabalho do AT como uma práxis dessas clínicas, dentre outras tantas, que forja novos modos de conexão entre as redes associadas à loucura e à sociedade. Dessa forma, serão desenvolvidas contextualizações sobre algumas questões que considero importantes para este trabalho, quais sejam: o histórico, a gênese e a pluralidade da prática do AT; o método rizoma e suas possibilidades de intervenção e criação transversais aos modelos presentes no campo da saúde mental; algumas clínicas identificadas com o processo de desinstitucionalização da loucura; a amizade como recurso clínico-político do AT; e, finalmente, a imersão deste pesquisador em seu processo prático e teórico na lida com a saúde mental e as cartografias estruturadas a partir de capturas e intervenções feitas nesse percurso.

O encadeamento de contextualizações será pautado como um texto-rizoma, que pode ser lido sem qualquer hierarquia ou sequência, tomando as partes como independentes. O que faz a união dos textos é a forma de descrever a captura de afetos e sensibilidades que me atravessaram ao longo da prática e o interesse pelo tema da saúde mental. A proposta de um

texto-rizoma calcada nos ensinamentos de Deleuze e Guattari (2007) abre outros campos de crítica e reflexão sobre a clínica em saúde mental, que deve ser sempre ressignificada e também acompanhar as demandas dos atores sociais envolvidos. A teorização, realizada simultaneamente com as práticas, vem dar suporte aos novos experimentos e desvios que surgiram em meu percurso. À medida que me apropriei de certos conceitos e pensamentos, pude fazer outras conexões e praticar outras formas de agir e de caminhar nesta estrada. Minha produção parte de reflexões, implicações e práticas que se fizeram em caminhos que, especialmente sob o andar do AT, me indicaram pistas e modos de fazer-saber ligados à desinstitucionalização como uma ação sempre em construção e nômade em seu processo, “menor” em seu ato *entre* clínicas e sempre aberta, como um rizoma, para pensar e inventar múltiplas saídas diante do inesperado.

A pesquisa toma contornos de um mapa: uma cartografia dos processos e dos caminhos que percorri para possibilitar um fazer que possa ser útil aos coletivos que atuam neste campo⁷. Pautado pelo método do rizoma de Deleuze e Guattari (2007) que será trabalhado neste texto, acompanho diversos autores que utilizam da cartografia para desenvolver suas pesquisas (Romagnoli, 2009; Passos, Kastrup & Escóssia, 2010; Zambenedetti & Silva, 2011; Rolnik, 2007). Seguindo Rolnik (2007) “A prática de um cartógrafo diz respeito, fundamentalmente, às estratégias das *formações do desejo no campo social*. E pouco importa que setores da vida social ele toma como objeto.” (p.65). A autora nos indica que a teoria é sempre cartografia, compondo movimentos do desejo e criando matéria de expressão e sentidos para a vida das pessoas.

De acordo com Passos, Kastrup e Escóssia (2010), a cartografia, em sua essência, não pode ser formulada por meio de regras ou protocolos. Tal como apontam Deleuze e Guattari (2007), cartografar é ultrapassar os sistemas modulados, estriados, que propõem conceitos arborizados e duros. A experimentação é a sua pragmática, que não se faz por decalques, mas por mapas móveis. Assim, é proposta uma vertente invertida da metodologia de pesquisa. Ao invés de ser definida como uma meta (*metá*) para se fazer um caminho (*hódos*),

⁷ É importante ressaltar aqui que mesmo a pesquisa em tela sendo teórico-conceitual, alguns autores que trabalham com o método cartográfico exerceram grande influência em meu texto, por isso esse rizoma com a cartografia.

a cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá*. Essa reversão consiste numa aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Com isso não se abre mão do rigor, mas esse é ressignificado. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida ou da normatividade do vivo, de que fala Canguilhem. A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção (Passos, Kastrup & Escóssia, 2010, p. 10-11).

Os autores indicam, então, pistas para guiarem o trabalho cartográfico, mantendo sempre aberturas ao que vai se produzindo e calibrando o caminho/experimentação. A ideia é acompanhar um processo, produzir e transformá-lo, opondo-se ao ato da representação de um objeto. Para Zambenedetti e Silva (2011), um dos princípios do método rizomático é o de eliciar novos modos de produzir conhecimento, posicionando-se como uma crítica aos métodos convencionais do saber no campo de pesquisa, quebrando hierarquias e resistências. É o fazer *entre* os processos, levando a rupturas dos equilíbrios estabelecidos e indicando novas leituras da realidade, novas conectividades e movimentos. Os autores afirmam ainda que uma das maiores forças de atuação da cartografia consiste na problematização da posição do pesquisador e no ato de pesquisar. O encontro do pesquisador com o campo e suas concepções conceituais leva tanto à transformação do pesquisador quanto à produção de caminhos possíveis de se constituírem. Para Kastrup (2010), a cartografia é um método *ad hoc*, opondo-se à etapa inicial do que se postula fazer ao se iniciar uma pesquisa. Kastrup (2010) indica que

do ponto de vista dos recentes estudos acerca da cognição numa perspectiva construtivista, não há coleta de dados, mas, desde o início, uma produção dos dados da pesquisa. A formulação paradoxal de uma “produção de dados” visa ressaltar que há uma real produção, mas do que, em alguma medida, já estava lá de modo virtual (p.33).

Dessa maneira, atualizar o virtual significa executar processos de criação e de diferenciação, em oposição aos postulados de semelhança e de limitação. Seria transcender o ato executor de tarefas e criar campos de atuação, incluindo novas práticas e produções, “múltiplas possibilidades de entrada/passagem/saída” (Zambenedetti & Silva, 2011, p. 457).

Para Romagnoli (2009), a cartografia se coloca, tal como exposto, numa rede que articula um conjunto de saberes, incluindo os não científicos, quebrando as convenções

hegemônicas e dicotômicas. Em relação ao pesquisador, a autora indica que seu papel é destacado na produção de conhecimento, pois esta é desencadeada “a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências e, tampouco, é centrado nos significados atribuídos por ele” (p. 169). Efetivam-se, assim, um processo de desterritorialização da subjetividade e uma conexão com o coletivo e a heterogeneidade, bases para a construção de outros territórios existenciais, outras invenções, agenciamentos e multiplicidades.

São as circunstâncias, os elementos que se estabelecem entre os encontros que podem ou não trazer outras marcas, romper com sentidos conhecidos e fundar outros impensáveis. Logo, são essas relações que devem ser mapeadas no método cartográfico, para se conhecer a realidade em sua complexidade (Romagnoli, 2009, p. 171).

Para mapear meu percurso enquanto pesquisador irei reterritorializar este texto, fazendo uma rede entre o AT, o método rizomático, as clínicas da desinstitucionalização e as possibilidades de uma clínica pautada pela amizade, além da minha experimentação enquanto estagiário, trabalhador e pesquisador do campo da saúde mental. Indico algumas práticas observadas em Barcelona (Espanha) e Trieste (Itália) vivenciadas ao longo do meu trajeto de pesquisa. No capítulo 2, faço um breve histórico das mudanças que ocorreram no contexto mundial, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, que deram origem às práticas inovadoras do AT. Os Movimentos de Reforma Psiquiátrica que aconteceram logo após o período de guerra indicam que as formas diversas de amenizar a violência e a ineficácia do asilamento surgiram em vários países e evoluíram de maneiras diferenciadas, sendo o AT um destes meios praticados. No capítulo 3, abordo os conceitos de território, de desterritorialização e de rizoma, para agregar à discussão do AT modos e antimétodos de se pensar o percurso das clínicas desinstitucionalizantes, em uma perspectiva inventiva e provocadora de caminhar *entre* estas clínicas. No capítulo 4, faço uma exposição do percurso da desinstitucionalização italiana, inaugurada por Basaglia ainda nos anos de 1960, e repercuto essa práxis em território brasileiro. Procedo à exploração conceitual de algumas “clínicas nacionais não convencionais”, como a Antimanicomial, a Peripatética, a Ampliada e a Nômade, que se encaixam na temática da desinstitucionalização, e uma breve reflexão sobre a amizade como ética para caminhar nos fazeres do AT. No capítulo 5, relato as experiências que tive em Barcelona/Espanha e Trieste/Itália e, como um at, faço a exploração destes

territórios com minhas impressões e reflexões. Dessa maneira, sigo minhas trilhas em um processo contínuo de desreterritorialização e cada vez mais certo de que o devir-nômade (não tecnicista, mas culturalmente antropofágico) é um modo potente para agir nas multiplicidades que almejam/merecem viver a plena cidadania. No capítulo 6, formulo as conclusões.

2 BREVE HISTÓRICO, INFLUÊNCIAS E VERSÕES DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

2.1 Antecedentes históricos do Acompanhamento Terapêutico: os movimentos reformistas em saúde mental

O surgimento da prática do AT deve ser entendido como um processo embrionário baseado em práticas que tinham o propósito de desconstruir o tratamento psiquiátrico hospitalar e promover uma reação ao modelo rígido de asilamento da loucura. Para localizar cronologicamente o início do AT, é fundamental percorrer o processo de transformação ocorrido na assistência à saúde nos países ocidentais, partindo das modificações em escala global experimentadas no período pós-Segunda Guerra Mundial. Esses cenários serão descritos de forma sucinta, com a pretensão apenas de localizar esses períodos de mudanças históricas e estruturais que orientaram as reformas⁸ no âmbito psiquiátrico. Tal exposição se faz importante porque indica o surgimento da prática do AT como uma das inúmeras possibilidades de assistência em saúde mental surgidas desde então para promover a ruptura com o modelo alienista de isolamento asilar. Não será feita neste trabalho uma discussão sobre o percurso das mudanças no tratamento da loucura ao longo da história da psiquiatria. A discussão aqui proposta será iniciada no período que compreende a Segunda Guerra Mundial e as contingências que este momento histórico proporcionou no âmbito da saúde mental e, especialmente, nas novas lidas relativas à loucura.

⁸ Faço a ressalva, concordando com Amarante (1996; 2007), de que usamos indiscriminadamente o termo *Reforma Psiquiátrica*. Todavia, o autor faz uma importante divisão entre os movimentos que “reformaram” o sistema de assistência psiquiátrica em seu país (e influenciaram outros países) e os movimentos que “romperam” com o paradigma vigente, hospitalocêntrico. De forma breve, comentaremos esses modelos, destacando que os modelos de ruptura são o de tradição basagliana e o antipsiquiátrico.

A violência generalizada e o padecimento de extensos contingentes humanos ocasionados pela Segunda Grande Guerra produziram, dentre tantos fatores, um efeito positivo na reconstrução dos países após seu encerramento. Numa tentativa de reduzir as consequências devastadoras da guerra, a reorganização dos serviços assistenciais psiquiátricos teve alguns focos de tratamento pautados pela humanização dos tratamentos voltados aos pacientes psiquiátricos como alternativa ao enclausuramento, tido até então como a única forma a ser seguida. Segundo Silva (2005), surgiu em 1946, em Montreal, Canadá, uma possibilidade concreta de transformar o modelo assistencial da época: o Hospital-Dia. Este dispositivo, que oferecia serviços nas áreas de psicologia, enfermagem, medicina, terapia ocupacional e serviço social, além de um número significativo de praxiterapias (oficinas diversas em artes, cultura e esporte, entre outras), fez com que a internação perdesse sua preponderância absoluta nas intervenções psiquiátricas. Outros modos de lidar com a loucura começaram a ser vislumbrados de forma ampliada. Pouco tempo depois, a descoberta de substâncias que estabilizavam os quadros de agitação de alguns pacientes, tais como, os testes promissores com o carbonato de lítio e a clorpromazina, fez com que se precipitassem tratamentos que não precisavam necessariamente “trancar” os pacientes em uma instituição. Inaugura-se, a partir da psicofarmacologia e do momento histórico em questão, um novo rumo ao tratamento de pessoas com transtornos mentais (Silva, 2005). Mesmo considerando o importante recurso do uso de medicamentos no tratamento de esquizofrenias, Izabel Passos (2009) alerta que posteriormente essa “pseudorrevolução” demonstrará suas limitações, como os efeitos secundários, pelo uso prolongado de medicamentos e por sua ineficácia no que se refere à dimensão preventiva. Entretanto, na efetivação do Hospital-Dia como um novo dispositivo de tratamento alternativo às internações, fez-se naquele momento um percurso que apoiaria a dissidência da hegemonia hospitalocêntrica na lida com pacientes psicóticos. Mesmo que “controlados”, os pacientes psiquiátricos passaram a figurar mais nos espaços urbanos e os acompanhantes deles (atendentes ou auxiliares psiquiátricos) foram, neste cenário, peças fundamentais.

Os Hospitais-Dia, especialmente na década de 1950, contando com o respaldo das drogas psiquiátricas recém-descobertas, ganharam força nos cuidados em saúde mental e proporcionaram um fazer que incentivou a circulação dos pacientes em seu meio social como algo inovador e eficaz no tratamento de muitos deles.

A partir daqui, podem-se indicar os movimentos reformistas que, orientados por esses primeiros passos dos Hospitais-Dia, puderam radicalizar as transformações da assistência aos

transtornos mentais e quebrar paradigmas quanto aos cuidados e ao olhar na lida com a loucura. Certamente, os Hospitais-Dia não foram, sozinhos, os responsáveis pelo cambiamento desse contexto de âmbito mundial, mas sua influência é considerável. Os movimentos aludidos se contrapõem ao modelo único e hegemônico do hospital psiquiátrico, orientados por um importante enfoque comunitário e pela luta em favor dos direitos humanos e civis de uma população violentada há mais de dois séculos. Mesmo com as diferenças entre remodelar o hospital e suas atividades até a sua negação e destruição completa, um elo comum foi determinante: o paradigma pineliano estava sendo contestado amplamente.

2.1.1 As comunidades terapêuticas

Um dos movimentos com maior reconhecimento e influência nas reformas psiquiátricas de diversos países foi o das comunidades terapêuticas. Tal prática surgiu na Inglaterra como uma tentativa não só de reparar os estragos econômicos produzidos pela Segunda Guerra Mundial, mas também de amenizar a situação de violência percebida nas instituições psiquiátricas. Com recursos escassos tanto no corpo clínico quanto nas finanças, os serviços passaram a aproveitar ao máximo o que tinha disponível: médicos, enfermeiros, técnicos administrativos, pacientes e a livre participação de pessoas da sociedade civil, o que proporcionou a formação de equipes de trabalho eminentemente interdisciplinares. Eram feitas reuniões diárias entre esses membros, priorizando a horizontalização das relações institucionais e diluindo a dependência do assistido em relação ao *staff* clínico e suas determinações. David Cooper e Maxwell Jones foram os grandes propulsores desta prática, incentivando os referidos grupos de discussão a participarem do andamento dos serviços por crerem que tal processo tinha uma importante função terapêutica, apoiada em uma estrutura democrática e igualitária para combater a custódia e a segregação, assim como o poder do profissional sobre os assistidos no hospital, era experimentada. Para Amarante (1995), o “termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar” (p. 28).

A democratização das relações foi um grande passo dado pelas comunidades terapêuticas. A intensa relação com a comunidade e as novas referências em redes sociais na assistência a pacientes psiquiátricos davam pistas de que um rompimento com o saber médico-científico começava a se impor (Amarante, 1995, 2007; Hermann, 2010). Vários estudos foram desenvolvidos nesta época diante da precarização social e subjetiva a que estavam submetidas as pessoas institucionalizadas, indicando que os tratamentos de longa duração, além de serem extremamente prejudiciais ao psiquismo humano, impediam e cerceavam as pessoas no que diz respeito a seus direitos civis, que no pós-guerra ganhavam destaque no cenário internacional (Barton, 1959; Basaglia, 1985; Goffman, 1974). O modelo das comunidades terapêuticas fomentou em diversos países a criação de práticas que questionavam a dependência e a impermeabilidade das estruturas hospitalares e incentivavam a circulação dos assistidos na cidade (no fora) e com laços sociais e familiares mais fortalecidos (Bueno, 2011).

2.1.2 A antipsiquiatria

Ainda na Inglaterra, a antipsiquiatria surge pouco tempo depois das comunidades terapêuticas como um movimento de contestação da ordem médica, que radicaliza tanto na prática como na teoria ao propor a negação do saber psiquiátrico. Mesmo tendo um curto período de atuação, como a emblemática experiência “metanoica”, do Kingsley Hall, em Londres, o legado da antipsiquiatria foi, muito mais do que o de formular as vivências e a análise dos discursos produzidos pelos delírios dos assistidos (metanoia), o de provocar, tanto no campo científico quanto no social, questionamentos essenciais para as mudanças que alcançaram os movimentos reformistas na lida com a loucura (Amarante, 1995). A essência do movimento antipsiquiátrico consistia em denunciar enfaticamente a violência do tratamento psiquiátrico, assim como a imposição não menos violenta da sua veracidade por meio do saber científico. Szasz (1976) entendia a doença mental como uma fabricação do saber psiquiátrico e justificava a violência da internação involuntária e dos tratamentos a partir deste conceito. Assim como na Idade Média, acreditava-se na feitiçaria, e por isso era necessária a perseguição às feiticeiras. Para Szasz, a crença na doença mental pela sociedade moderna pressupunha a perseguição dos doentes mentais.

A antipsiquiatria formulava duras críticas ao vínculo estabelecido entre a medicina e as indústrias farmacêuticas, o que, de fato, ainda repercute fortemente no campo da saúde mental nos dias atuais. Tratava-se de uma mudança radical na concepção sociopolítica de uma sociedade excludente e interessada no consumo exacerbado tanto de produtos como de tendências neoliberalistas. A contracultura estava então em ação nos contornos da antipsiquiatria. Abria-se um campo de discussão entre a razão e a loucura, de forma que a nosografia, o asilamento e as questões mercadológicas eram contestados. Amarante (1995) relata que, na concepção de Laing

a salvação da humanidade reside num empreendimento de desalienação universal – uma revolução interior, uma transformação do homem isoladamente. Temos, portanto, mudanças significativas quanto ao conceito de loucura – vista não só como doença mental -, bem como uma incorporação das críticas oriundas das ciências sociais a respeito das normas sociais (p. 44).

2.1.3 A psicoterapia institucional

Na França, a psicoterapia institucional surgiu como uma prática destacada que propunha alternativas para as agruras do pós-guerra. Sob a inspiração de François Tosquelles, desenvolveu inovações na lida com o coletivo dos pacientes e técnicos da assistência psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban. Sem desconsiderar a função do hospital, Tosquelles trabalhou o processo de humanização na lida com os pacientes e propôs a amenização da dependência institucional deles. Promoveu atividades recreativas e incentivou a criação de oficinas diversificadas aos pacientes, assim como sua inserção e circulação destes na cidade; enfim, espaços heterogêneos que ofereciam mais mobilidade e possibilidades de encontro, onde era favorecido o “acolhimento do singular” (Hermann, 2010).

A clínica La Borde, localizada em um castelo na região central da França e fundada por Jean Oury e Félix Guattari, em 1953, é um ícone diferenciado da psicoterapia institucional. Com suas portas abertas até hoje, é uma clínica privada que representa um movimento com marcas referenciadas à prática inicial postulada por Tosquelles e, num segundo momento, à perspectiva crítico-institucionalista evocada por Guattari, antes de se converter à psicanálise de inspiração lacaniana (I. Passos, 2009). Se antes o termo

ressocialização era caro a Tosquelles, hoje é algo rechaçado pelos labordeanos, que entendem essa conceituação como adaptacionista. A sugestão de uma aproximação com o mundo social efetuada pelos idealizadores das políticas públicas francesas, ainda na década de 1960, afastou a psicoterapia institucional daquilo que se tornaria a prática difundida em território nacional: o “setor” francês (I. Passos, 2009).

2.1.4 A psiquiatria de setor

Para Amarante (2007), com as limitações percebidas na psicoterapia institucional no que diz respeito à expansão das atividades e estruturas de tratamento na comunidade, adotou-se na França o modelo da psiquiatria de setor, entendido como uma prática que capaz de favorecer a continuidade do tratamento dos pacientes após sua alta hospitalar, evitando nova internação. Para I. Passos (2009), a doutrina do setor se compõe da seguinte maneira:

Uma equipe única se responsabiliza por uma zona populacional específica, referente a uma determinada região geográfica, onde se disporia de um sistema completo de estruturas que cobririam da prevenção à pós-cura e seriam criadas de acordo com as necessidades reais da população, e não em função de imperativos administrativos ou gerenciais (p. 64).

Essas estruturas, de acordo com I. Passos (2009), caracterizam-se por uma gestão que deve ter uma equipe pluridisciplinar, com a criação de uma rede extra-hospitalar para prevenção e pós-cura próximas da população, havendo uma conexão com serviços médicos e sociais além dos leitos em hospitais gerais e psiquiátricos.

Nas palavras de Desviat (1999), o movimento de reforma iniciado na França pela doutrina do setor “buscou formas terapêuticas de institucionalização: reinvenção, revolução permanente do estabelecimento psiquiátrico e criação de novas instituições intermediárias, extra-hospitalares, setorizando o território” (p. 28).

Trata-se, pela primeira vez no campo de assistência em saúde mental, da divisão do trabalho em ações territoriais. Os técnicos da área/região têm a função de acompanhar os pacientes tanto no hospital quanto em seu território ou residência após a alta médica. Apesar do avanço da assistência em saúde mental proposto por tal política, o caráter profissionalista e eminentemente inspirado na especialidade médica como gestora e promotora das ações fez

com que a psiquiatria de setor perdesse seu viés crítico inspirado no Movimento de Maio de 1968. Esclarece I. Passos (2009):

Os protagonistas dessa luta nunca quiseram fazer política no sentido forte do termo, isto é, nunca se aliaram a outras forças da sociedade para questionar politicamente e em profundidade sua prática e seu saber. Pela simples razão de que continuaram a querer preservar o espaço institucional de seu poder: o hospital psiquiátrico (p. 57)

Amarante (2007) aponta para uma importante singularidade neste movimento, qual seja, a de indicar a proximidade do tratamento com a comunidade e experimentar outros fazeres que incluíssem, além do hospital psiquiátrico, outros dispositivos de tratamento para além do aparato médico e a descentralização do hospital como referência absoluta na área da saúde mental.

2.1.5 A psiquiatria preventiva comunitária

A psiquiatria preventiva comunitária surgiu nos Estados Unidos na década de 1960, tendo como seu principal mentor o psiquiatra Gerald Caplan. A ideia central de Caplan era a de que a prevenção à doença mental seria possível por meio da detecção precoce de pessoas acometidas por algum transtorno psicopatológico. Identificados, esses “suspeitos” eram encaminhados aos serviços psiquiátricos, para receberem tratamento. Poderiam, desde que tratados antes da eclosão de surtos ou do agravamento da doença, ter um bom prognóstico em seu quadro psíquico. A atuação inicial se dava essencialmente no âmbito comunitário e tinha como conceito fundamental as noções de “adaptação e desadaptação social”, que tinham influência da sociologia (Amarante, 2007). Neste sentido, havia uma ênfase importante na questão do comportamento desadaptado à norma social, que, na visão de Amarante (2007), lançou as ações da psiquiatria para além das questões de saúde mental. Isso significa que deflagrou-se com este movimento uma forte medicalização da ordem social, em que a psiquiatria era conclamada a responder por questões muito além da sua lida.

Com a captação e a indicação de tratamentos para a ampla clientela diagnosticada como possíveis pacientes com algum tipo de doença mental, a rede extra-hospitalar criada

para reduzir as internações psiquiátricas e tornar o hospital secundário neste processo tornou-se insuficiente para dar conta de um número cada vez maior de assistidos. O hospital, todavia, não deixou de acolher enorme parcela da população, permanecendo como receptor final da “triagem” que a rede comunitária passou a fazer.

Pode-se afirmar, com respaldo em Amarante (1995; 2007), que a psiquiatria preventiva norte-americana tentou, ao mesmo tempo, esvaziar os hospitais psiquiátricos e diminuir as possibilidades de evolução das doenças mentais na população como um todo por meio de ações comunitárias. No entanto, o que se viu foi o contrário do que planejava a política progressista de saúde mental naquele país. O termo *desinstitucionalização* foi criado neste contexto, mas reduziu-se simplesmente à tentativa de esvaziamento da instituição hospitalar, que deu mostras claras de reduzir custos do tesouro norte-americano no tocante à assistência psiquiátrica do país.

2.1.6 A psiquiatria democrática italiana

Na Itália, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana⁹ ganha força nos anos de 1970, com a literal destruição do hospital psiquiátrico de Trieste. Franco Basaglia, líder do movimento italiano, inspirou-se nas Comunidades Terapêuticas inglesas, na Psicoterapia Institucional e no Setor francês para ir além, criticando sempre a necessidade destas práticas de recorrer ao hospital quando não sobravam mais opções aos serviços psiquiátricos (Amarante, 2007; Bueno, 2011). Basaglia (1979 e 1985) denunciava enfaticamente as “instituições de violência”, já em sua passagem por Gorizia, que se iniciou em 1961. Porém, foi em Trieste, na década seguinte, que, de forma contundente, eliminou tais instituições, para que fossem criadas outras formas de assistência sem o recurso do hospital psiquiátrico. Elaborou com sua equipe um complexo sistema de acolhimento de demandas nos departamentos de saúde mental, em que o território passou a ser o local privilegiado de

⁹ Optamos por manter o movimento italiano com a denominação “Psiquiatria Democrática Italiana”, por se tratar, neste trabalho, de um breve histórico das reformas precursoras do AT. Entretanto, como ressalva Amarante (1995), o movimento sugerido foi oficializado em 1973, em Bruxelas, numa convenção que teve repercussão em vários países europeus que compartilhavam os ideais da luta contra o sistema hegemônico do saber-poder psiquiátrico. O autor usa o termo *tradição basagliana*, que utilizaremos em algumas ocasiões neste texto, para se referir às ações dos italianos, liderados por Franco Basaglia desde Gorizia, a partir de 1961.

cuidados. Estes iam além da rede assistencial em saúde. Foram estruturados os CSM em alguns territórios, os quais tratavam dos pacientes em crise, assim como plantões psiquiátricos no hospital geral. Ambas as estruturas trabalhavam 24 horas diárias. O antigo hospital psiquiátrico, chamado de “Compensorio San Giovanni”, passou a contar com diversas células do circuito assistencial triestino, aglomerando desde setores administrativos a cooperativas sociais inventadas para acolher demandas da clientela psiquiátrica que iam da necessidade de moradia à formação/capacitação para o trabalho (Bueno, 2011). Uma marca fundamental dos triestinos foi a luta contra o estigma da doença mental, sobre o qual Basaglia e seus apoiadores produziram extenso material, apoiados nas ideias de Erving Goffman e Michel Foucault, bem como e também na crítica sistemática que a Escola de Frankfurt, por intermédio de grandes autores, como Adorno e Horkheimer, impunha contra o sistema de dominação da razão burguesa.

Ao colocar a doença entre parênteses para se pensar na existência-sofrimento das pessoas, os italianos não só colocaram em xeque o saber e a violência psiquiátricos como também vislumbraram uma clínica em saúde mental calcada na política e no exercício da cidadania dos loucos.

2.1.7 As interseções dos movimentos de Reforma do pós-guerra

A abordagem esquemática dos modelos de reforma psiquiátrica de maior relevância no Ocidente aponta para confluências importantes na efetivação da mudança paradigmática acerca da assistência neste campo. Pode-se destacar o questionamento do hospital psiquiátrico como ponto central do modelo de tratamento destinado aos loucos. A violência e a submissão dos internos, o caráter asilar e a perda de identidade do paciente, além do alto custo dos procedimentos executados em um hospital, fizeram com que o momento histórico do pós-guerra e a demanda das populações atingidas viabilizassem outros caminhos, que permitiram os movimentos reformistas, conforme exposto acima.

Outro item convergente importante é o caráter pluridisciplinar das equipes profissionais envolvidas nos referidos movimentos reformistas, as quais estimulavam os moldes de discussão e reflexão assembleares, havendo em alguns casos a realização de reuniões com a participação de pacientes, familiares e sociedade civil (Amarante, 2007). A

horizontalidade hierárquica era objetivada em vários desses modelos de reforma. Com uma proposta pautada pelo movimento político-cultural que desaguou no maio de 1968, as propostas reformistas puseram em prática críticas e efetivas mudanças no campo de atuação da saúde mental. Produção de outros olhares, outras teorizações e outras experimentações foram possíveis.

O trabalho no território, a criação de estruturas extra-hospitalares comunitárias e a aproximação com a justiça e os direitos civis proporcionaram aos trabalhadores e aos pacientes e familiares possibilidades de tratamento inovadoras e em constante formação. A inclusão social, contemplando a circulação pela cidade e nas casas dos pacientes, formalizou em quase todos os modelos um fazer mais humanizado e favorável ao exercício da cidadania para as pessoas acometidas por transtornos mentais.

Neste caminho, o AT aparece como um simplificado acompanhamento a ser realizado fora do hospital, em um primeiro momento, para depois questionar os fazeres e se impor como uma prática potente e capaz de amenizar o ciclo internação-reinternação, muito evidente no momento posterior ao fechamento de muitos hospitais (desospitalização). A função do AT passou a ser discutida no seio das equipes, e o processo de profissionalização, mesmo que polêmico entre seus praticantes, veio à tona rapidamente. Mediante o intercâmbio das clínicas e a ampliação das demandas profissionais, Pulice (2012b) indica que a mudança de paradigma proporcionou uma nova significação da loucura e a revigoração de expectativas para seu tratamento e o de outras áreas clínicas, agora encampadas pela saúde mental:

O *saber* da psiquiatria deixa de ser a ferramenta exclusiva para o tratamento das enfermidades mentais, passando a compartilhar esse terreno com *outros saberes* que começavam a dar mostras de oferecer aportes importantes –às vezes decisivos – no desenvolvimento de novas estratégias clínicas que essa mesma busca levava a implementar¹⁰ (p. 340, tradução livre).

¹⁰ “El *saber* de la psiquiatría deja de ser entonces la herramienta exclusiva para el tratamiento de las enfermedades mentales, pasando a compartir ese terreno con aquellos *otros saberes* que empezaban a dar muestras de ofrecer aportes importantes – a veces decisivos – en el desarrollo de las nuevas estrategias clínicas que esa misma búsqueda llevaba a implementar” (Pulice, 2012b, p. 340).

2.2 Versões sobre o surgimento do Acompanhamento Terapêutico

2.2.1 *As práticas embrionárias contra o modelo asilar*

Os movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos no mundo Ocidental, que colocavam em questão a função do hospital psiquiátrico como o ponto central do tratamento médico da loucura, proporcionaram outros fazeres no campo da saúde mental em diversas partes do mundo. A atenção passou a ser dada em conexões da rede socio sanitária com outras áreas: a cultura, o lazer, a moradia, a família e o trabalho, todas entendidas como centrais na construção da cidadania do louco. Atores múltiplos, trabalhos em rede e trabalhadores com funções híbridas e diversificadas entraram em cena na construção dessa nova direção. Com foco na temática do AT e nas ações territoriais em diversos países, vislumbra-se o surgimento de um agente de intervenção na assistência psiquiátrica que funcionou como suporte e, ao mesmo tempo, como atuante conector nas ações dos serviços de saúde mental. Contemplava trabalhadores que não tinham atuação estática, de gabinete ou consultório, mas que se encontravam em constante movimentação, conectados com a equipe e em contato com o lado de lá dos muros psiquiátricos. Silva (2005) via assim o AT:

Uma estratégia que divulgaria a falência das estruturas manicomiais e mostraria que o espaço urbano, a vida cotidiana tem efeitos importantes na produção subjetiva de outras realidades. Aqui estaria o “embrião” da *clínica* do AT: a “rua” como *dispositivo* produtor da diferença, de vida, de subjetivações várias. (p. 41)

Pode-se citar algumas experiências alternativas e singulares ao modelo hegemônico de tratamento psiquiátrico como movimentos que anteviam as ações do AT. E, por que não, considerá-las como ancestrais desta prática. Carvalho (2004) relata que o psiquiatra francês Eugene Minkowsky no início do século XX, esteve durante dois meses ininterruptamente na casa de um de seus pacientes. Ele deixou de ter “atitude profissional” durante todo o tempo, para observar intensivamente seu paciente assim como a si mesmo. Tal experiência indica que o psiquiatra objetivava verificar de forma ativa acontecimentos que iriam além da classificação e do exercício da clínica formal e reconhecida. Noutra passagem citada pela autora, a terapeuta suíça Sechehaye, nos anos de 1930, acolheu em sua casa, como membro de

sua própria família, uma paciente que necessitava de cuidados extremos. Contava com uma enfermeira, que ela mesma instruiu, para os momentos que precisava se ausentar. Ou seja, um acompanhamento intensivo a alguém que não se adaptava nem mesmo razoavelmente ao estilo de tratamento convencional e que, pela aposta da terapeuta, poderia alcançar algo mais interessante em relação ao processo clínico. Cita-se ainda a indicação de Methol (2015) e Silva (2005) de que nos Estados Unidos, logo após o final da Segunda Guerra, equipes de acompanhamento a pacientes que sofreram com as mazelas da guerra, especialmente por severos transtornos mentais, assistiam tais pessoas, sendo muito positiva sua prática, por conter o acompanhamento a estes pacientes técnicas não intrusivas nem invasivas, julgadas essenciais para a evolução no tratamento dos referidos pacientes.

Estes exemplos esparsos, mesmo não tendo como referência os movimentos reformistas citados oriundos no pós-guerra, especialmente a partir da década de 1960, indicam ações de contraposição e também de prática alternativa ao modelo hegemônico da psiquiatria, que está em sintonia com a fundamentação da prática do AT.

Sobre a origem da prática do que se denomina hoje AT, há evidências de práticas simultâneas de acompanhamentos que faziam da rua e do domicílio dos pacientes seu *setting* de trabalho. Mesmo não tendo ainda um extenso material sobre pesquisas no campo de atuação do AT, verifica-se que na maioria das pesquisas a experiência argentina é destacada, mesmo que de forma breve, como pioneira. Silva (2005) e Reis Neto (1995) indicam que os movimentos reformistas citados neste texto, são a base do processo de evolução da prática do AT tanto na Argentina como no Brasil, especialmente as experiências das comunidades terapêuticas, da antipsiquiatria e a influência da psicanálise. De fato, a difusão dos trabalhos realizados pelas Comunidades Terapêuticas teve grande repercussão na Europa e nas Américas, influenciando práticas similares e alternativas em saúde mental no âmbito tanto público quanto privado.

Pulice (2012b) aborda as primeiras experiências argentinas surgidas na década de 1950 que indicam formas diferenciadas de atendimento em hospitais gerais e psiquiátricos priorizando a integração dos trabalhadores de várias áreas vinculadas ao serviço psiquiátrico: uma assistência pública com alcance comunitário e com o claro intuito de quebrar a posição hospitalocêntrica de então. O modelo de Hospital-Dia foi adotado, colocando ainda mais em evidência as práticas coletivas vislumbradas pelas comunidades terapêuticas. O autor enfatiza a experiência de Lanús, em 1956, para acentuar a transformação da abordagem naquele país,

pondo em evidência o trabalho de direção do psiquiatra Mauricio Goldenberg. Destaca-se neste trabalho a articulação do hospital geral com a comunidade, lançando seus “braços” no território por meio da “patrulla”, comandada por Valentín Barenblit, que fazia consultas domiciliares, realizava ações em zonas vulneráveis de bairros marginais da cidade e capacitava moradores para atuarem como promotores de saúde. Caracterizava-se como um movimento ao mesmo tempo criativo e desordenado, descentralizado e estruturado a partir de movimentos-acontecimentos e demandas sociais. Pode-se inferir a partir das considerações de Pulice que desta prática inventiva agenciada pelas equipes de Goldenberg foi concebida a forma itinerante de se fazer clínica, onde estão de fato os problemas a serem enfrentados. Enfim, uma transformação paradigmática do modelo de assistir os casos que não chegam às instituições ou que são complexos demais para o aparato clínico convencional estático e seletivo. Um dos desdobramentos dessa práxis, certamente, foi a consolidação do AT, com formas e nomes diversificados, como alternativa à composição das equipes de assistência psiquiátrica em contraposição ao modelo anterior. Isso não significa que em outros lugares, sob a mesma influência da comunidade terapêutica inglesa ou da psiquiatria preventiva comunitária norte-americana não eram encontrados tipos originais de clínicas ou que todas as outras práxis descenderam do que se está considerando aqui como a origem do AT. Seria uma afirmação apressada, conforme indica Silva (2005). O que é certo afirmar é que o AT derivou deste modelo em movimento, flexível, que contestava o isolamento e a violência institucional como algo a ser eliminado ou, no mínimo, repensado enquanto prática.

2.2.2 O Acompanhamento Terapêutico e suas clínicas na Argentina e no Brasil

O surgimento da clínica do AT, geralmente, é considerado em diversas pesquisas sobre o tema, citadas aqui como de procedência Argentina, em função dos fatores históricos citados anteriormente. Reis Neto (1995) considera esta hipótese do “fator argentino” em sua pesquisa, destacando que ela foi transposta do âmbito público ao privado naquele país e proliferou nacionalmente, com inspiração na psicanálise. O autor indica, ainda, que houve uma migração dessa prática ao Brasil ainda em 1960. Pulice acrescenta que o motivo de o AT na Argentina ter passado do público ao privado foi em função da crise que se instaurou no país, especialmente no período da ditadura militar. Neste processo de origem do AT, percebe-

se que esta nova figura na assistência psiquiátrica permaneceu algum tempo sem nome ou com muitas denominações (Pulice, 2012b):

Isso permite entender a multiplicidade de versões que se podem escutar sobre sua criação e surgimento, assim como a dificuldade com que nos encontramos no início de nossa experiência para estabelecer um marco conceitual próprio e distinto¹¹ (p. 343, tradução livre).

De outro lado, Silva (2005) indica que em Porto Alegre, em 1960, o psiquiatra Marcelo Blaya implantou um modelo de trabalho inovador no campo psiquiátrico. Faz-se necessário ressaltar que Blaya teve sua formação nos Estados Unidos e que seu trabalho era pautado por reuniões com a comunidade, grupos operativos e trabalho em equipe, dentre outros procedimentos que determinam uma influência dos modelos ingleses e norte-americanos de então, e não da prática argentina diretamente, pelo menos até onde indicam as referências encontradas sobre seu trabalho. Blaya trabalhava com a figura do “atendente grude”, um tipo de agente que ficava com os pacientes nas ruas em situação de alto risco, como autoextermínio ou estados agressivos de comportamento. O “atendente grude” seria uma aposta na conduta clínica que evitaria internações hospitalares e proporcionaria aos pacientes outros modos de assistência (Silva, 2005; Cabral, 2005). Para Silva (2005) a questão de apontar onde “nasceu” de fato o AT é uma questão secundária, pois o que se concebe hoje como at advém da formação de um profissional híbrido, que passou por várias composições e momentos históricos singulares.

Acompanhando Pulice (2012a), pode-se dizer que a década de 1960 consolida a prática do AT no Brasil e na Argentina, por meio de intercâmbios de psiquiatras e psicanalistas entre Buenos Aires e Porto Alegre (RS) e, posteriormente, Rio de Janeiro e São Paulo. Foram desenvolvidos fazeres similares e sempre em mutação com os atendentes psiquiátricos, que, com nomes e práticas híbridas, compuseram este importante ator nos movimentos de Reforma citados.

¹¹ “Esto permite entender la multiplicidad de versiones que pueden escucharse sobre su creación y surgimiento, así como la dificultad con que nos encontramos en el inicio de nuestra experiencia para establecer un marco conceptual propio y distintivo” (Pulice, 2012b, p. 343).

A Clínica Pinel de Porto Alegre, de cunho privado, foi a pioneira no Brasil em que os atendentes, sem formação prévia na academia, desenvolviam seu trabalho por meio da circulação pela cidade e do estabelecimento de vínculos com os pacientes acompanhados. Menos conhecimento e mais disponibilidade para o convívio, de certa maneira informal, embora com regras definidas pela equipe interdisciplinar, era a palavra de ordem. O atendente psiquiátrico não fazia parte da equipe institucional, mas representava um elo potente e promissor no caminho do tratamento psiquiátrico de então. Sem *status* profissional, personificava o emblema fundamental da contracultura presente nas comunidades terapêuticas, qual seja o de questionar as identidades profissionais e, conseqüentemente, as estruturas sociais existentes no manicômio. Se, de um lado, este fato se colocava como positivo no processo de mudança paradigmática da reforma psiquiátrica, de outro, indicava a indeterminação do acompanhante como um problema profissional, que mais tarde ganhou fervorosas discussões sobre o fazer do at (Cabral, 2005; Reis Neto, 1995). Entretanto, esta discussão mais aprofundada não será desenvolvida aqui, tendo em vista nosso breve enfoque no histórico originário do AT.¹²

No Rio de Janeiro, no final dos anos de 1960, na da clínica privada de Villa Pinheiros, verificou-se uma experiência singular, moldada pelos referenciais das comunidades terapêuticas. Partindo da influência das experiências de Buenos Aires e Porto Alegre, a Villa Pinheiros evidenciou uma clara mudança nas funções do atendente, agora denominado auxiliar psiquiátrico, em relação ao referencial clínico e teórico. Com forte inclinação ao modelo psicanalítico, os auxiliares deveriam estar em análise pessoal, e a participação em supervisões era obrigatória. Estes profissionais passaram a lutar pela autonomia do seu exercício profissional, reivindicando estatuto clínico próprio e o reconhecimento de suas atividades pela equipe de trabalho (Reis Neto, 1995). Segundo Cabral (2005) houve um avanço significativo na função do auxiliar psiquiátrico quando a função de ouvir foi incorporada a suas atividades. Segundo a autora, a fundadora da clínica carioca Carmem Dametto, formada pela Pinel de Porto Alegre, propôs uma nova forma de olhar o sujeito, em que o ato de ouvir induz à necessidade de ater-se à pessoa que ali está, e com seu sofrimento,

¹² Reis Neto (1995), Silva (2005) e Chauí-Berlinck (2012) fazem uma discussão detalhada sobre a questão da indeterminação profissional do AT. Os autores indicam que, do momento originário ao que é feito hoje como prática do AT, diversos ingredientes foram adicionados ao fazer do at, e hoje temos uma clínica independente da estrutura institucional e que abre portas para uma prática clínica inovadora e em constante formação.

demandou a inversão do falar do sintoma pelo profissional (geralmente, o médico) para ser ouvida em seu padecimento (agora, pelo at). A proposta indicada era

transformadora, pois assegura que o doente é um sujeito que tem algo a dizer sobre si, a respeito de histórias que viveu, até mesmo sobre suas alucinações e sua doença, o que precisa ser ouvido pelo profissional que se dispõe a trabalhar com ele, bem como pelo mundo que o cerca (Cabral, 2005, p. 28).

Ibrahim (1991) relata que os auxiliares psiquiátricos transcenderam a proposta inicial baseada no tripé proteção-vigilância-contenção para atividades mais complexas e que impactavam diretamente na reintegração do indivíduo nas atividades sociais.

A equipe de Auxiliares Psiquiátricos participava plenamente de todo o cotidiano dos pacientes. Encarregavam-se os auxiliares de coordenar, junto com os praxi-terapeutas, comissões de pacientes para a realização de festas, atividades esportivas, jogos diversos, teatro, jornal, etc. Esse dinamismo das atividades diárias era altamente estimulado para restabelecer a iniciativa e a capacidade de realização que se mostravam embotadas pelo adoecimento (Ibrahim, 1991, p. 44).

Com o fechamento da Villa Pinheiros, em 1976, e a deflagração da crise denominada por Ibrahim como “retrocesso do no tratamento psiquiátrico institucionalizado no Brasil” (Ibrahim, 1991, p.45), os auxiliares psiquiátricos, agora com trabalhos “particulares”, passaram a fazer parte do cotidiano dos pacientes e para além dos muros institucionais. Eles são agora, sozinhos, a própria instituição. Houve a necessidade de uma gradual qualificação do auxiliar, para responder às demandas que se impunham, com grande influência de Ronald Laing e do movimento de terapia familiar norte-americano (Ibrahim, 1991). A família como um todo se configurava como o cenário de atuação desse profissional, e este, um articulador de suas tramas. Mais ainda, o auxiliar passou a integrar a “família terapêutica” com a “família paciente” e adquiriu um status profissional e formação consistente e diferenciada. Dessa forma, e em definitivo, passou a pensar e aperfeiçoar seu trabalho com influência de muitas áreas, todavia como uma prática que conquistou efetivamente seu lugar no âmbito da saúde mental (Ibrahim, 1991) e que, mais tarde, ampliaria ainda mais seu espaço de atuação, com outros nomes e fazeres.

Para Pulice (2012a), o surgimento do AT tal como é hoje conhecido também aconteceu na Argentina, como uma forma de “subverter os lineamentos então imperantes” do modelo manicomial. Desde o pós-guerra, algumas experiências inovadoras em hospitais psiquiátricos foram realizadas em terras portenhas e ganharam fôlego na década de 1960, sob influência da psiquiatria social inglesa, da antipsiquiatria e da psicanálise. Pulice (2012a) indica que existem registros de âmbito regulatório datados do final dos anos de 1970 que tentam delimitar as ações de acompanhantes com pacientes psicóticos em hospitais psiquiátricos argentinos. Todavia, é a experiência do Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria (CETAMP) que abordou de forma sistemática a ação dos acompanhantes na equipe da referida clínica.

Segundo Reis Neto (1995), o CETAMP foi idealizado pelo psiquiatra Eduardo Kalina, ainda no final dos anos de 1960, e tomou grande impulso nos primeiros anos da década seguinte. Com orientação psicanalítica e de caráter privado, o grupo interdisciplinar de Kalina tinha como proposta ajustar a própria prática psicanalítica aos casos de pacientes não adaptados ou resistentes aos tratamentos convencionais. O psiquiatra partia do pressuposto de que, mesmo sendo alguns pacientes acompanhados fora do âmbito clínico psiquiátrico, as práticas psicanalíticas realizadas pelas equipes ainda eram insuficientes para dar conta de casos mais delicados.

O CETAMP, que não mantinha rigorosamente um elo com as instituições públicas psiquiátricas, tinha como proposta primordial acompanhar pacientes em seu cotidiano, auxiliar em ações práticas de sua vida e dar suporte aos aspectos sociofamiliares vividos pelos pacientes. Em síntese, o grande objetivo era criar “novos ambientes terapêuticos” e, não obstante, fornecer dados favoráveis à equipe para dinamizar as ações em torno do tratamento. A figura do acompanhante ganhou destaque neste trabalho em função de o acompanhamento fora da instituição se fazer como uma ferramenta inovadora e capaz de trazer novos ingredientes para o cuidado de pacientes psicóticos. Concorde-se aqui com a afirmativa de que este acompanhante seria um “pesquisador de campo” (Mauer & Resnizky, 1987; Reis Neto, 1995).

Inicialmente, os acompanhantes receberam o nome de “amigo qualificado”. Como indica Reis Neto (1995), esta era uma forma de questionar os moldes tradicionais hierarquizados da psiquiatria. Em sintonia com as comunidades terapêuticas, deveria haver uma mudança no status tanto do paciente quanto dos envolvidos no tratamento. Ou seja,

pensar mais nos efeitos do cuidado e numa dimensão tanto social quanto política. A técnica terapêutica era colocada como menor em relação ao campo de intervenção do acompanhante. Reis Neto (1995) indica ainda a inexistência de relatos nos textos da psiquiatria social inglesa e das comunidades terapêuticas acerca de delineamentos da função do acompanhante em tais experiências. Da mesma forma, a psiquiatria democrática italiana não aborda essa função aqui discutida, embora tenha na figura do voluntário/estagiário dos serviços e dos operadores sociais um trabalho condizente com o desempenhado pelo AT (Bueno, 2011). O at, dessa maneira, não faz parte do *staff* clínico ao qual pertence o paciente, mas está envolvido nos trabalhos da equipe, sendo uma espécie de extensão da instituição que pretende se estruturar enquanto rede.

Mauer e Resnizky (1987) escreveram o primeiro livro que aborda o trabalho e as funções do AT. Neste texto pioneiro, as autoras discorrem sobre a origem do trabalho feito no CETAMP e as instâncias normativas dos acompanhantes de pacientes psicóticos. Indicam ainda, a mudança do nome de “amigo qualificado” para “acompanhante terapêutico”. Como prática, esses profissionais passaram a receber a denominação de amigo qualificado porque estavam estritamente ligados aos pacientes. Assim, o trabalho desse acompanhante remete a um período em que as atividades fora dos hospitais estavam mais numerosas, respaldando o momento de eminente reforma por que passavam diversos países. Os profissionais eram considerados amigos pela companhia e qualificado pela importância da ação que lhes era conferida. Todavia, Mauer e Resnizky (1987) caracterizam o termo *amigo* como inapropriado, por atribuir um caráter amistoso e informal ao trabalho em questão. Para as argentinas, era preciso aprofundar a discussão e a prática do amigo qualificado, o que levou à mudança para o termo AT. Baremlitt (1997) atenta para o fato de que talvez essa mudança tenha descaracterizado o fazer de uma prática que tinha como inovação exatamente a não especialidade do acompanhante, criticando o discurso científico ensejado pela nova modalidade com novo nome. Araújo (2006) e Barretto (2005) convergem nesse ponto, incluindo a amizade como um importante e fundamental quesito na arte dos acompanhantes, aspecto sobre o qual as precursoras argentinas não se detêm. Os autores ponderam que, por ser o primeiro registro formal da prática com a exigência de uma forte teorização e/ou pela influência da clínica psicanalítica, o AT, mesmo ocorrendo em um *setting* aberto, acontecendo na rua, passou a fazer parte de um dispositivo clínico muito próximo da prática freudiana. Na opinião dos autores, este fato fez com que o AT perdesse seu potencial de acontecimento inovador. Ele agora é parte integrante da equipe interdisciplinar, o que indica um processo de

profissionalização do AT, pelo menos no que se refere a sua atuação na Argentina e, mais recentemente, em outros países, o que será abordado a seguir.

Reis Neto (1995) considera que os escritos de Mauer e Resnizky remetem a instruções sobre a função do AT, mas sem conseguir delinear de forma clara a técnica ou o modo de ação do at. Mesmo indicando que não cabe uma crítica sistematizada à proposta das argentinas, especialmente pelo pioneirismo da obra, o autor sugere que a tentativa das autoras se mostra ambígua em vários pontos e complexa em sua articulação com a prática. Questiona Reis Neto (1995):

Até que ponto esta articulação do que fazem os acompanhantes à teoria psicanalítica não estaria entrando numa linha de choque com o contexto em que surgiu a prática do acompanhamento; isto não estaria servindo a um retorno, sutil, do “tecnicismo”, em detrimento do enfoque centrado nos aspectos políticos e sociais na etiologia da “doença mental”? (p. 133).

O autor, ainda, sugere que essa nova identidade do at poderia levar a equipe a grandes desavenças na condução dos casos, pois agora o at atua clinicamente e tem um “saber” e um repertório técnico próprio. O que antes era reforçado por um “não-saber” do acompanhante, um estar com o paciente em seu cotidiano, agora adquire contornos clínicos pinçados na psicanálise que, muitas vezes, podem chocar-se com a demanda do próprio psiquiatra ou psicanalista quando solicitam um trabalho de AT. Entra-se assim na polêmica levantada por alguns autores sobre o “saber menor” do AT. Ou, ainda, se o estatuto profissional daria mais potência e mais resultados ao trabalho do at. Mas tal polêmica fica como reflexão, que poderá ser repensada ou desdobrada com as discussões acerca das clínicas da desinstitucionalização.

Cabe ressaltar aqui que as transformações sofridas pela prática antes desenvolvida pelos atendentes ou auxiliares psiquiátricos acabam por ganhar outros nomes (AT) e ampliar sua atividade. Como at, o profissional está “entre lugares” e se diferencia dos demais atores das equipes pelo fato de exercer uma função e não uma técnica específica. Para Chauí-Berlinck (2012), “o AT ganha, hoje, uma determinação: é uma determinada função que certas pessoas praticam. A questão é que essa função é indeterminada e, portanto, indetermina-se o AT no momento em que ele parece estar sendo determinado” (p. 153).

Desde os primórdios do AT, o *vínculo* com o acompanhado passou a ser uma importante característica do trabalho dos acompanhantes (Araújo, 2005; Barretto, 2005;

Chaui-Berlinck, 2012; Mendelstein, 2012; Mendonça, 2012). Nesta clínica do cotidiano (Mendonça, 2012) nada mais necessário e salutar que o estabelecimento de vínculos e o perambular, por intermédio dele, pelas ruas da clínica a céu aberto (Palombini, 2007).

2.3 A profissionalização do acompanhamento terapêutico

Pulice (2012a) afirma que no momento em que a expansão das atividades do AT era evidente, a instabilidade política e a mudança de rumos após o início da ditadura militar na Argentina fez com que o trabalho até então articulado dos serviços psiquiátricos se desfizesse, impondo a fuga e o exílio de muitos expoentes da mudança no campo da saúde mental que ocorria naquele país. As práticas inovadoras feitas pela rede assistencial pública e privada argentina passaram a ser consideradas como “subversivas”. Restaram serviços fragmentados e com evidências de retrocesso na assistência em saúde mental no país. Os pacientes voltaram maciçamente aos manicômios e os trabalhos realizados no exterior das instituições praticamente se resumiam a ações no âmbito privado. Os trabalhadores que antes estavam engajados em trabalhos interdisciplinares e com a participação efetiva do AT nos planos de ações das equipes, passaram a atuar em países diversos, especialmente na América Latina, como Brasil, Peru, México, Chile, Colômbia, Uruguai e Venezuela. A Espanha também recebeu um contingente importante de pessoas que trabalhavam com AT. Ali, assim como nos países citados, começou um processo de difusão da referida prática.

Somente após a queda do regime militar é que os argentinos puderam retomar a prática e sua expansão nos meios acadêmicos e de assistência em saúde mental. Para Pulice (2012a), havia chegado o momento de reverter o estrago que a ditadura argentina havia provocado:

seria necessário avançar, em primeiro lugar, na produção de uma articulação teórico-clínica que tornasse possível estabelecer, de algum modo, as coordenadas desse trabalho dos acompanhantes terapêuticos, que, apesar de tudo, demonstrava ter uma potencialidade e uma eficácia muito forte no tratamento de uma grande quantidade de pacientes, incluindo aqueles que arrastavam, por anos, o rótulo de *inabordáveis* ou *irrecuperáveis*. (p. 26).

Em diversos congressos nacionais e internacionais, a discussão sobre a prática e a técnica do AT foram novamente expandidas e os profissionais ligados a elas puderam alargar e discutir suas experiências e dificuldades coletivamente. Havia a clara intenção de articular a prática do AT aos pares que trabalhavam nas universidades e nas coordenações dos serviços públicos e privados. Pulice (2012b) aborda a expansão da formação profissional em diversos países da América Latina, incluindo cursos técnicos oferecidos em universidades e diversas capacitações relacionadas ao tema. O autor afirma que em 2001 várias destas iniciativas foram reveladas em um congresso na Argentina. Os cursos oferecidos neste país tem o reconhecimento legal e o profissional formado tem como legalizada sua prática. O AT sai do nível informal ou pré-profissional para exercer de fato a função profissional. No âmbito educacional, disciplinas sobre o AT foram incluídas nas matrizes curriculares de alguns cursos de psicologia argentinos, incluindo estágios e supervisões. Por fim, além da criação da Associação de Acompanhantes Terapêuticos da República Argentina (AATRA), em 2003, foram abertas vagas para trabalhos na especialidade de AT tanto em instâncias da saúde mental quanto no campo jurídico. Isso quer dizer que o profissional com formação em AT é reconhecido na Argentina em termos laborais, tendo vagas de trabalho demandadas pelas instâncias públicas da saúde e do âmbito jurídico. Muitos profissionais atuam de forma regular em programas de saúde públicos (saúde mental e hospital dia, hospital de oncologia, hospital infante-juvenil), de assistência jurídica a crianças e adolescentes subordinadas ao Poder Judiciário e, ainda, em programas da área de Promoção Social argentina, que lida com menores de idade em situação de rua e outras vulnerabilidades.

Sobre a equivalência desses cursos oferecidos em universidades, eles parecem corresponder ao que se tem no Brasil como tecnólogo, com a formação mínima de dois anos e meio no ensino superior. Ao que indica Pulice (2012a, 2012b) e Hermann (2012), alguns países, como México, Espanha e Uruguai, pautados no modelo argentino, iniciaram seu processo de profissionalização do AT, por meio de eventos profissionais e universitários, formação de associações de AT e discussões envolvendo o Judiciário para inserir o trabalho do at em diversos serviços públicos, como os já citados que ocorrem na Argentina.

Na Espanha, a prática do AT tem suas origens ainda na década de 1980, com práticas isoladas de alguns argentinos na rede privada de algumas cidades, como Barcelona e Madri. Em Barcelona, nesta década, foi criada a primeira equipe de acompanhantes terapêuticos, a *Camins*, que se tornou a primeira referência da área em território espanhol (Mendelstein, 2012). Na década seguinte, surgiram outras associações de acompanhantes terapêuticos em

Zaragoza, Madri e Barcelona, calcadas em práticas de argentinos e brasileiros, além de espanhóis que se inspiravam na prática do AT trazida pelos representantes desses países e que há décadas trabalhavam em instituições públicas e privadas como at.

Como aconteceu no Brasil e na Argentina, muitos congressos e discussões foram realizados na década de 1990 com o intuito de expandir a atividade do AT na Espanha, além da aproximação com a universidade e entidades públicas e privadas do campo da saúde mental e serviço social. Em 2004, a Agência Antidroga criou o primeiro serviço de AT, tendo reconhecimento formal e institucional deste trabalho em todo o país. Em 2005, a mesma agência patrocinou os primeiros cursos oficiais sobre o tema, em que a equipe de at de Mendelstein consolidou importantes acordos com entes da saúde pública e serviço social de Madri para que acompanhamentos fossem realizados com usuários tanto dos serviços de saúde mental quanto da assistência aos dependentes de substâncias psicoativas (Mendelstein, 2012).

É possível verificar na Espanha um processo de transformação e evolução das atividades do AT muito próximo ao que aconteceu na Argentina, porém muito recente e, ao mesmo tempo, com rápida expansão. Mendelstein (2012) destaca que as intervenções reconhecidas feitas pelo AT, de modo geral, estão nos hospitais, no setor educativo (colégios, institutos e centros de educação especial), no âmbito judicial (pessoas tuteladas, menores com causas judiciais, etc.) e no sistema penitenciário.

Portela (2012) afirma que no Uruguai a prática do AT é bastante recente. Como dito, sob a influência do modelo argentino, foi formada uma associação de acompanhantes terapêuticos em 2011, assim como um movimento de inserção da prática deste profissional tanto no sistema público quanto no privado.

Desde 2008 é ofertado em universidades uruguaias um curso técnico em AT reconhecido pelo Ministério de Educação e Cultura. Junto ao curso de psicologia, o técnico em AT tem supervisões e estágios que compõem a formação das turmas. Em 2011, incluiu-se no Sistema Nacional Integrado de Saúde uruguaio a inclusão da saúde mental no campo de assistência à saúde e, com ela, o AT como recurso terapêutico adicional. Após grande esforço dos profissionais que praticavam o AT para diferenciarem-se dos “acompanhantes de enfermos”, para os quais não se exigia nenhuma formação ou prática em saúde mental, o AT passou a desempenhar importante recurso legal alternativo na área da saúde mental, incluindo internações domiciliares que prescindem de instituições psiquiátricas e

reduzem o custo deste processo. O at passou a ser reconhecido como um agente de saúde legitimado pelo Ministério de Saúde Pública uruguaio (Methol, 2015; Portela, 2012).

Em relação às atividades do AT no México, Terríquez (2013) indica que a prática neste país pode ser verificada no âmbito privado em alguns hospitais psiquiátricos já há algum tempo, sem especificar quando. Entretanto, recentemente o AT vem sendo difundido nos meios acadêmicos, como na Faculdade de Psicologia da Universidade Autônoma de Querétaro e em congressos nacionais sobre a prática e o alcance do trabalho dos ats na lida com pacientes que tenham severos transtornos psíquicos. Os artigos e as experiências que abordam o AT em terras mexicanas têm orientação psicanalítica, o que demonstra a influência majoritária dos argentinos por lá.

Nos outros países citados, como Chile, Peru, Colômbia e Venezuela, a prática do AT parece ainda ser de cunho mais informal, com experiências mais isoladas, pouco difundidas no sistema assistencial sanitário. Em nenhum livro ou artigo sobre AT pesquisados que tratam de experiências do AT em diversos âmbitos foram localizadas referências da prática nestes países. Entretanto, pessoas interessadas neste modo de abordagem da loucura demonstram interesse cada vez mais acentuado. Pode-se, por isso, supor a expansão e o conhecimento acerca do AT nos países citados tendo em vista a participação de seus trabalhadores e estudantes em congressos internacionais da área. Em pesquisa informal nos mecanismos de busca na internet, verificam-se ofertas de cursos de formação em AT em algumas universidades, mas não como técnico. Eles apresentam o formato de capacitação e/ou curso “livre”, ou seja, cursos sem o reconhecimento de entes nacionais de educação. De qualquer modo, essa difusão indica a expansão das atividades do AT nestes países sul-americanos, diferentemente do que ocorre na Europa, por exemplo, em que a atividade não tem qualquer reconhecimento legal, excetuando a Espanha, como indicado.

Em relação à prática do AT no Brasil atualmente, têm-se posições diversas. Alguns at apresentam argumentações favoráveis à profissionalização do AT e a sua entrada definitiva e oficializada no sistema público. Outros defendem a pluralidade do at para uma composição mais ampla, flexível, pensando “o AT como uma função que circula entre os profissionais da saúde” (Hermann, 2012, p. 32).

Enfim, reitera-se que não se pretende aprofundar nesta pesquisa a função e o enquadre que o AT em si pode ter, onde tem sido praticado e qual a maior ou menor complexidade de trabalho exercida pelos at no Brasil. Deixam-se as referências como pistas, mas essas questões

não serão aprofundadas nesta tese. Será preciso caminhar muito ainda para concluirmos esse debate, se é que isso se conclui! Por ora, debruça-se aqui exatamente sobre a desterritorialização no AT e os resultados ou (novos) caminhos que este processo pode causar nas práticas desinstitucionalizantes. Meu percurso indica literalmente essa desterritorialização no AT, uma *dessubjetivação* propriamente dita deste técnico ou profissional, para o exercício nômade de uma prática sempre em movimento e pautada pela ética da desinstitucionalização. Um *devoir-nômade no AT* que nunca cessa, pois se isso ocorrer sua itinerância-potência perde o sentido e ele se torna novamente operador técnico de um saber especializado, estático, esvaziado e incapaz de percorrer outros caminhos além daqueles já demasiadamente pisoteados pela clínica especializada. As metamorfoses clínicas ensejadas pela prática do AT nos indicam possibilidades de expansão de vidas para além da institucionalização tão comum em diversas realidades de assistência aos despadronizados da razão, conforme veremos a seguir.

3 TERRITÓRIO E DESTERRITORIALIZAÇÃO: UM DEVIR NÔMADE NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

3.1 A desterritorialização no acompanhamento terapêutico

Tratar da contingência do trabalho feito pelo AT exige algumas elucidações sobre o conceito de território. O AT tem como campo de atuação a cidade, os lugares reais e imaginários do acompanhado, pessoas, símbolos e redes. Neste fazer do at, há o cuidado praticado em um movimento territorial, com ações que indicam uma confluência interessante com a lógica da política de assistência comunitária em saúde. Ou seja, uma prática ativa no território existencial das pessoas. Faz-se necessário aqui expor que, antes de pensarmos nesta prática transversal do at ou em uma ampliação do fazer do at aos “operadores” envolvidos nas transformações sociais, o território deve ser um ponto significativo desta reflexão.

Dessa forma, torna-se essencial ultrapassar o conceito comum de território, aquele ligado ao espaço físico, à geografia, à terra e às relações socioeconômicas. Acompanhando Palombini (2007), o território “é o lugar de vida, possuindo caráter processual, de construção

e reconstrução” (p. 120), onde as tensões e permanentes negociações acontecem entre os múltiplos atores sociais. Construo, então, uma linha de pensamento que procura demonstrar que o conceito de desterritorialização deve atuar em duplo sentido: o de superar a noção de território geográfico e também o de desterritorialização do AT, para a composição de um novo agir que ultrapasse o entendimento específico desse agente. Um Acompanhamento que se faça *Terapêutico*, sendo operado por coletivos que estão implicados com as transformações sociais partindo do cuidado em saúde feito nos territórios ou “lugares de vida” da população.

Mendes (1992) indica em seu texto *A descentralização como processo social*, importantes avanços em nossa política de saúde, a partir da consideração fundamental da municipalização distritalizada colocada em voga sob os auspícios do SUS. O autor ressalta que é necessária a mudança de concepção banalizada que se tem dos territórios distritais, concebidos como formas administrativas ou entendidos como um sistema topográfico-burocrático. Dito de outra forma, é preciso que a concepção de distrito sanitário no país seja pensada e praticada “como um processo social de transformação radical das práticas sanitárias que imigram de um modelo hegemônico pela clínica para um modelo hegemônico pela epidemiologia” (Mendes, 1992, p.67). Essa transformação social operada pela concepção de distrito sanitário deve reorientar as instituições de saúde públicas e privadas a atuarem no sentido de democratizar os fazeres do campo sanitário e agir segundo as necessidades locais dos grupos sociais, representadas pela delimitação do seu território.

Entre as diversas conceituações que Mendes (1992) sugere aos territórios, limita-se neste texto a reflexão sobre o território-área, que é subdividido estrategicamente em territórios-microárea. A conceituação de território-microárea será o foco aqui por tratar justamente das “assimetrias” que a assistência em saúde encontra em seus fazeres. Isso faz com que haja a obrigatoriedade de estruturar ações específicas para lidar com as necessidades e os problemas que indicam riscos das mais diversas ordens. Esses riscos vão de temas como a mortalidade infantil à violência urbana. Portanto, as pessoas que lidam com determinada microárea não deverão uniformizar suas ações e sim atuar onde existam problemas específicos naquele local. Desta forma há, segundo Mendes (1992), uma quebra de paradigma pela forma de atuar dos profissionais, que considerarão outros pontos menos generalizantes e globais preconizados pelas políticas públicas instituídas. Ao invés de, por exemplo, simplesmente distribuírem medicações e orientarem as pessoas sobre vacinas, os agentes de “transformações sociais” vão tratar dos problemas que acontecem “naquele pedaço”, ou das barreiras homogênicas relativas às questões “sócio-econômico-sanitárias” de determinada

microárea. É marcada esta interessante discussão de Mendes para iniciar-se a reflexão sobre desterritorialização. Será retomada a discussão de microárea quando for abordada a experiência triestina no capítulo 5, que indica este tipo de trabalho.

Por ora, é ressaltado que a construção do significado de desterritorialização nesta pesquisa é fundamental, e que ela irá operar em vários sentidos: do território geográfico ao território existencial, passando pela desterritorialização *do AT para* um devir nômade nas clínicas da desinstitucionalização.

Deleuze e Guattari demonstram a partir de suas teorizações em *O Anti-Édipo* (2010) e *Mil Platôs* (1997, 2007) um sistema complexo e profundo destinado a combater as noções cristalizadas de pensar, remetendo este ato à experimentação. A conceituação de rizoma e de desterritorialização ilustram de forma clara estas ideias, as quais serão debatidas a seguir. Pensar nessas propostas de Deleuze e Guattari é um importante feito para ampliar a atuação no campo da saúde mental e criar possibilidades desviantes dos modelos estabelecidos e hegemônicos do saber médico-científico que ainda predomina nas ações assistenciais de saúde mental e as restringem.

Haesbaert (2011) indica em seu livro *O Mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*, importantes aspectos sobre o tema do território e da espacialização. O autor lembra que a palavra *território* origina-se de *terra*. Todavia, na definição etimológica de alguns dicionários consultados por Haesbaert com referências ao termo desde a Antiguidade a ideia de território tem a ver tanto com *terra* como também com *terror*. A terra é demarcada, tem uma jurisdição político-administrativa. O terror, nesse mesmo campo, vem indicar que aquela terra é dominada por alguém e que terceiros são advertidos para não entrar nela. Há o “direito de aterrorizar” aos não pertencentes àquela área. Interessante conectar essa discussão com a questão da exclusão social e da desterritorialização literal que nossa sociedade submete o louco há alguns séculos. Haesbaert indica, ainda, as extensões do significado de território para a relação natureza/homem, e também para o homem em suas relações sociais. O território é um construtor de identidades, e não pertencer ou perder seu território significa desaparecer. Ao mesmo tempo, o território implica sentimentos relativos ao medo para quem é excluído dele “e de satisfação para aqueles que dele usufruem ou com ele se identificam” (Haesbaert, 2011, p. 44).

Em um sentido mais pautado pela a geografia, Sack (2013) caracteriza o conceito de territorialidade, que passa a incluir a noção de território, como “a tentativa, por indivíduo ou

grupo, de afetar, influenciar, ou controlar pessoas, fenômenos e relações, ao delimitar e assegurar seu controle sobre certa área geográfica (...) que será chamada de território” (p. 76). Nesta versão, o território é uma área que não só contém e restringe como também exclui as pessoas. Pode-se afirmar, segundo o autor, que a territorialidade é uma forma de classificação por área, com algum tipo de comunicação que determina um limite no espaço, podendo indicar, física ou simbolicamente, posse ou exclusão e, ainda, a imposição do “controle sobre o acesso à área e às coisas dentro dela” (Sack, 2013, p. 80). Não há neste referencial uma diferenciação importante entre território e espacialização para além da geografia, ainda que sejam reconhecidas as relações espaciais humanas e sua mobilidade pressuposta nos territórios. O autor também evidencia o sentido de territorialidade nas relações de poder entre os grupos sociais. Explica Sack (2013)

Pessoas não apenas interagem no espaço e se movem como bolas de bilhas: interação humana, movimento e contato são também casos de transmissão de energia e informação, para afetar, influenciar e controlar as ideias e ações de outros e o acesso deles a recursos. Relações espaciais humanas são os resultados de influência e poder. Territorialidade é a forma espacial primária que o poder assume (p. 88).

Como aponta Haesbaert, Deleuze e Guattari são, indubitavelmente, os principais teóricos da discussão sobre o conceito de desterritorialização, embora não esteja certo se são, de fato, os “pais” deste conceito. É destacado por Haesbaert o desenvolvimento do conceito pelo constante fazer-se do território, num trânsito ininterrupto de des-reterritorialização que procura desestabilizar por completo a marca régia do Estado (e também da ciência hegemônica), que interioriza o *socius* em suas leis e preestabelece as condicionalidades que devem ser reproduzidas pelo sistema.¹³ Uma das características que revelam a potência deste conceito e o “reterritorializa” em inúmeros outros saberes é o rompimento que a desterritorialização provoca nos campos ético, estético e político, contrapondo invariavelmente o Estado e suas formas de controle para propor novos arranjos em espaços de liberdade. Pode-se dizer que este é o papel fundamental do conceito.

¹³ Abordarei este tópico sobre a hegemonia do Estado e da ciência no capítulo 4, ao expor de forma mais aprofundada o pensamento de Deleuze e Guattari sobre os conceitos de máquinas de guerra e clínica nômade.

Na discussão desenvolvida por Haesbaert são ponderadas interessantes concepções sobre o território, que são tecidas fundamentalmente pela tradição do pensamento geográfico e sociológico. São elencadas as seguintes perspectivas no trabalho: as materialistas, subdivididas em naturalistas, de base econômica e de tradição jurídico-política de território; as idealistas; as integradoras; e as relacionais. As reflexões são feitas a partir de pontos que o autor considera básicos para o entendimento da desterritorialização: a) o território como algo “dado”, implícito e referido a um espaço absoluto ou no sentido negativo, partindo daquilo que ele não é; b) o território considerado a partir do dualismo desterritorialização-reterritorialização, que nem sempre são intrinsecamente vinculados entre si (este dualismo se liga a dissociações como tempo e espaço, espaço e sociedade, material e imaterial, fixação e mobilidade); e c) a desterritorialização sendo demarcada pelo “fim dos territórios” em função da predominância e consolidação das redes na atualidade, “como se crescente globalização e mobilidade fossem sempre sinônimos de desterritorialização” (Haesbaert, 2011, p.31).

Em um sentido mais voltado para este estudo, pode-se contextualizar o território como o conjunto de relações sociais e culturais atravessado pelo processo histórico e suas implicações. Haesbaert (2011) afirma que na “experiência integrada” do espaço este não pode ser mais concebido como a conjugação íntima entre os espaços econômicos, político e cultural de forma contínua e bem delimitada. Existem elementos conectores das relações sociais que determinam três aspectos singulares do território: o território de relações de poder, controlador do acesso a determinada área; os territórios-rede, sempre em movimento e em conexões; e o território híbrido, que contempla diversas esferas entre natureza e sociedade, forjando assim uma concepção não exclusivista de multiterritorialidade. Tais constatações sugerem que é possível ter essa noção integrada de território se

estivermos articulados (em rede) através de múltiplas escalas, que muitas vezes se estendem do local ao global. Não há território sem uma estruturação em rede que conecta diferentes pontos ou áreas. (...) antes vivíamos sob o domínio da lógica dos “territórios-zona”, que mais dificilmente admitiam sobreposições, enquanto hoje temos o domínio dos “territórios-rede”, espacialmente descontínuos mas intensamente conectados e articulados entre si. (...) Fica evidente neste ponto a necessidade de uma visão de território a partir da concepção de espaço como um híbrido – híbrido entre sociedade e natureza, entre política, economia e cultura, e entre materialidade e “idealidade”, numa complexa interação tempo-espaço (Haesbaert, 2011, p. 79).

Cabe aqui salientar que neste texto é construída uma rede reflexiva para pensar numa clínica como a do AT que atue num espaço híbrido, como sugerem alguns autores (Haesbaert, 2011; Palombini, 2007; Lancetti, 2008; Ceccim, 2004; Ferla, 2004; Rolnik, 1997). Uma clínica no território capaz de conectar fazeres que respondam à lógica da “viagem do esquizo”, uma clínica que esteja atenta ao alerta do possível retorno a uma terra nova, reformista, assim delineado por Deleuze e Guattari (2010):

Como seria possível a viagem do esquizo independentemente de certos circuitos, como poderia ela dispensar uma terra? Porém, inversamente, como estar seguro de que esses circuitos não voltam a formar as terras demasiado conhecidas do asilo, do artifício ou da família? Voltamos sempre à mesma questão: do que sofre o esquizo, cujos sofrimentos são indizíveis? (...) como evitar que a instituição volte a formar uma estrutura asilar, ou que constitua sociedades artificiais perversas e reformistas, ou pseudofamílias residuais, maternais ou paternalistas. (...) Então, e a cidade inteira, o bairro? Que unidade molar formará um circuito suficientemente nômade? (p. 423).

Haesbaert (2011) considera importante alargar a reflexão sobre desterritorialização viabilizando possibilidades de “construção de territórios no e pelo movimento, territórios-rede descontínuos e sobrepostos, superando em parte a lógica político-territorial zonal mais exclusivista do mundo moderno” (p. 98).

Para Zourabichvili (2009), o conceito de território para Deleuze e Guattari contém a designação de espaço, mas não com a intenção de demarcar um lugar geográfico. Diz o autor:

O valor do território é existencial: ele circunscreve, para cada um, o campo do familiar e do vinculante, marca as distâncias em relação a outrem e protege do caos. (...) O traçado territorial distribui um fora e um dentro, ora passivamente percebido como o contorno intocável da experiência (pontos de angústia, de vergonha, de inibição), ora perseguindo ativamente como sua linha de fuga, portanto como zona de experiência (p. 46).

Nas palavras de Romagnoli (2014, p.128) o território é, sem dúvida, algo vivo e dinâmico, que se faz pelas “conexões estabelecidas entre as subjetividades, espaços relacionais, de vida, de permutas, de sustentação e ruptura de vínculos cotidianos que constroem sentidos e significados para os que lá vivem e transitam”.

Uma clínica do território, desinstitucionalizante e que não percorra a via “arborizada” e referenciada da ciência que vigora na atualidade. Outros processos e outros acontecimentos são necessários para que o desvio aconteça em nossas rotas clínicas. O rizoma é, certamente, um método potente para se pensar em um processo de “vizinhança com a esquizofrenia”, como sugere Pelbart (2007):

Talvez o rizoma seja a expressão mais extrema e acabada de uma tal vizinhança, posto que é uma radiografia do pensamento do fora na sua lógica mais íntima, isto é, a mais voltada para o exterior, desvinculando de uma ontologia da linguagem, da obsessão com os limites, da promessa de uma margem redentora... Afinal, nele reencontramos a abertura de um deserto, uma movência esquecida, a conectividade errante, a proliferação multidirecional, a ausência de centro, de sujeito e objeto, uma topologia e cronologia inteiramente alucinatórias... Em suma, não o mapa de um outro mundo, mas a cartografia do outro de todo mundo – aquilo que faz deste mundo um outro, liberando-nos, como queria Kafka, das “cadeias da existência cotidiana” (p.252).

O território surge então como um ator, que também produz processos de subjetivação através dos agenciamentos.

Agenciar é unir estados, juntar situações, ligar coisas, associar subjetividades, pedaços diferentes de territórios distintos. Desse modo, o agenciamento produz alianças e passagens entre territórios estratificados e linhas de fuga, e nos atira na expansão da vida, embora possa ser capturado por classificações e reduções, quando se fixa a um modelo. Essas alianças fazem-se nas formas, nos estratos, e desestabilizando o território que as deu origem, o desterritorializam (Romagnoli, 2014, p.130).

Partindo do conceito de rizoma, abordam-se agora algumas considerações deste método, com o intuito de compor uma articulação neste trabalho a partir de outras formas de lidar com a loucura. Isso pode ser viabilizado pela prática do AT diretamente ou, de forma mais abrangente, com as clínicas da desinstitucionalização, que inclui o AT e pressupõe um fazer no fora como trabalham os at.

3.2 O *entre* do método rizoma

No primeiro volume da série *Mil Platôs* (Deleuze & Guattari, 2007a) é abordado o conceito de rizoma. Trata-se de um tipo de planta que cresce horizontalmente, tanto na superfície como no subterrâneo, contrapondo o formato arbóreo das maiores espécies de árvores. Se nas grandes árvores há uma definição estrutural clara quanto às funções de seus componentes, no rizoma é possível a ramificação em qualquer parte, assim como transformar-se em raiz ou bulbo. Para os autores, a ideia de rizoma pressupõe multiplicidades, conexões de pontos indefinidos com outros quaisquer, onde não importa o início ou o final de um processo, as raízes ou o nascimento existenciais, e sim onde se cresce e se transborda e onde outras dimensões são possíveis de acontecer. “O rizoma funciona através de encontros e agenciamentos, de uma verdadeira cartografia das multiplicidades” (Haesbaert, 2011, p. 113). É importante reconhecer os signos que nos induzem a pensar novas necessidades e criar ações para as vias que ainda não pensamos. Caminhar no *entre*, produzir nos meios para vários fins (Deleuze & Guattari, 2007a). Para Zourabichvili (2009), o rizoma é

um antimétodo que parece tudo autorizar – e de fato o autoriza, pois este é o seu rigor, do qual seus autores, sob o termo “sobriedade”, enfatizam de bom grado, pensando nos alunos apressados, o caráter ascético. Não julgar previamente qual caminho é bom para o pensamento, recorrer à experimentação, erigir a benevolência como princípio, considerar enfim o método uma muralha insuficiente contra o preconceito, uma vez que ele conserva pelo menos sua forma (verdades primeiras): uma nova definição do sério em filosofia, contra o burocratismo puritano do espírito acadêmico e seu “profissionalismo” frívolo (p. 99).

Para Deleuze e Guattari (2007), entender a proposta do rizoma requer também o entendimento do princípio de multiplicidade. Os autores nos apontam que

as multiplicidades são rizomáticas e denunciam as pseudomultiplicidades arborescentes. Inexistência pois, de unidade que sirva de pivô no objeto ou que se divida no sujeito. Inexistência de unidade ainda que fosse para abortar no objeto e para “voltar” no sujeito. Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que se mude de natureza (as leis de combinação crescem então com a multiplicidade) (Deleuze & Guattari, 2007, p. 16).

As linhas, não mais pontos ou posições, se configuram em agenciamentos que ampliam as dimensões e fazem crescer as multiplicidades e suas conexões. Quanto mais

conexões, maior será a proliferação do conjunto. No rizoma, o sistema deixa de ter relação com o Uno, com uma realidade biunívoca e vista como *uma* unidade de medida, para ter “multiplicidades ou variedades de medida” (*Id. Ibid*, p. 17). As multiplicidades transcendem o sistema interiorizado e acontecem no fora, que pelas linhas abstratas, de fuga ou de desterritorialização, mudam de natureza ao se conectarem com outras dimensões e planos. Elas formam a sua própria realidade, sem sujeito e sem totalidades.

Para os filósofos franceses, a multiplicidade é uma organização do múltiplo por si só, que não necessita de unidades para a formação de um sistema. A multiplicidade reconhece a diferença pelas singularidades e, dessa forma, rompe com as proposições e os códigos do poder de Estado para espalhar-se em territórios do fora, onde o ordenamento e a fixidade dos corpos/pensamentos é excluída, compondo conexões novas e diferentes do que é estabelecido. Pode-se dizer que nesta forma-rizoma são formadas novas multiplicidades acentuadas pelas suas diferenças, ou seja, novos coletivos de singularidades. Isso só é possível nos territórios do fora, onde os pensamentos se desterritorializam para formar fluxos criativos e sem regência exterior. O rizoma incita bifurcações, os encontros imprevisíveis, a definição dos caminhos por ângulos inéditos e criativos. Tem como pretensão superar as dicotomias, os maniqueísmos próprios não só do senso comum, mas também da ciência. Linhas de fuga são usadas para quebrar o que é previsível, apenas “decalcável”. Averso às cópias, imitações ou pressupostos definidos – os decalques, como indicam os autores –, o método rizomático captura códigos, aumenta valências e provoca o devir. Os devires partem das desterritorializações de um plano para a reterritorialização de outro, suscitando modificações permanentes e contra os sistemas centrados de comunicação hierárquica e ligações preestabelecidas, sendo definidos por uma circulação de estados (Deleuze & Guattari, 2007a). É como fazer um mapa:

é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como uma obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação. Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas (Deleuze & Guattari, 2007a, p. 22).

Deleuze (2004) indica que “pensar, nas coisas, entre as coisas, é justamente fazer rizoma, e não raiz, traçar a linha, e não o ponto. Fazer população num deserto, e não espécies e gêneros numa floresta. Povoar sem nunca especificar” (Deleuze & Parnet, 2004, p. 38).

A desterritorialização, então, é o movimento de abandono do território, daquilo que era definido por um lugar, situação, pensamentos, conceitos. Nestes termos, Deleuze e Guattari indicam que a desterritorialização absoluta refere-se ao pensamento. “Pensar é desterritorializar. Isso quer dizer que o pensamento só é possível na criação, e para se criar algo é necessário romper com o território existente, criando outro” (Haesbaert, 2011, p. 130). Em sequência, esse rompimento, o desvio provocado e que forja a criação de algo, de um novo conceito, de um novo afeto, enfim, de um novo território, a isso se denomina “reterritorialização”. Em uma palavra: abandonar um território, desterritorializando-se, para logo em seguida criar outro, reterritorializar através das linhas de fuga. Para Haesbaert (2011), a lógica do movimento da “des-re-territorialização” em Deleuze e Guattari é constante: “estamos sempre passando de um território para outro, abandonando territórios, fundando novos” (p. 138).

O rizoma proporciona ao território múltiplos encontros a qualquer instante. Propõe alianças, interseções, vizinhanças, criatividade, sendo a abertura a força maior desta partilha (Lins, 2010). O método rizomático se estrutura

como espaço de novas expressões individuais, [e] não se trata de ignorar as questões problemáticas do indivíduo, mas de investir ali onde o devir aponta, onde a criação pede passagem, onde a experimentação da diferença ganha novos estatutos. (Dias, Winter, Costa & Hadler, 2014, p. 13).

Para Guattari e Rolnik (1986) a subjetividade capitalística opõe-se a todos os modos de ultrapassagem de um território para outro no processo de desterritorialização-reterritorialização. Os autores indicam que é essencial construirmos outra lógica de existência para desviar dos muros destruidores das imensas “máquinas estatais que controlam tudo”, desenvolvendo agenciamentos e territórios que tragam outras formas de produção de subjetividade: um devir diferencial que “faça fugir” da lógica régia do Estado e transforme as subjetividades em outras formas de viver, um “devir-molecular” ou um “devir-todo-mundo” que se edifica pela “recusa da confusão sentido-significação e da distribuição sedentária das propriedades” (Zourabichvili, 2009, p. 50).

No livro *Diálogos* (Deleuze & Parnet, 2004), é exposta a explicação de devir:

Devir nunca é imitar, nem fazer como, nem uma sujeição a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade. Não há um termo de que se parte, nem um ao qual se chegue ou ao qual se deva chegar. Também não há dois termos intermutáveis. A questão “o que é que tu devéns” é particularmente estúpida. Porque à medida que alguém devém, aquilo que devém muda tanto quanto ele próprio. Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não-paralela, de núpcias entre dois reinos (p. 12).

Sobre seus ensaios acerca as “pulsões políticas do desejo”, Guattari (1985) nos remete à contestação das formas de subjetivação dadas pelo sistema e propõe uma experimentação da micropolítica do desejo, formas de vida moleculares, singulares, que evocam outros vieses de pensamento e de vida contrários ao que é instituído socialmente. O autor propõe a transversalização de saberes¹⁴, trocas, práticas, devendo-se exercer menos a inclusão de algo do que a multiplicidade de devir-outro.

A ciência perfaz uma estrutura de modelização da realidade que propõe explicações para um mundo regrado e com uma ordem indelével. Este fato dá conta de uma reduzida parcela da realidade, havendo o imperativo da produção de uma realidade metamorfoseada, que é o devir. Devir como mudança, transformação, acontecimento: produção de vidas, de multiplicidades que façam coexistir as singularidades em múltiplos coletivos, uma expressão genuína da realidade, sem decodificações ou adequações próprias do plano estriado.

¹⁴ Guattari introduz o conceito de *transversalidade* em 1964, quando discutia ações de intervenção em sistemas terapêuticos institucionais. Ainda influenciado pela psicanálise e trabalhando em La Borde, junto com Jean Oury, propõe a transversalidade para opor-se a “uma verticalidade que se encontra por exemplo nas descrições feitas pelo organograma de uma estrutura piramidal (chefes, subchefes, etc.) [e para] uma horizontalidade como aquela que se pode realizar no pátio do hospital, na ala dos agitados, ou melhor, a dos cretinos, isto é, certo estado de fato em que as coisas e as pessoas se arranjam como podem à situação na qual se encontram” (Guattari, 2004, p. 110). E finaliza sua conceituação: “A transversalidade tende a se realizar quando ocorre uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos” (*Id. Ibid* 2004, p. 111). Guattari parte das associações produzidas com o sentido psicológico lacaniano de “territorialização”, construindo uma linha de raciocínio fortemente combativa à tendência do capitalismo de decodificar e desterritorializar outros sistemas e forças que lhe fazem frente. A partir da década de 1970, em produção “a quatro mãos” com Deleuze, amplia a crítica compondo os conceitos de máquina de produção desejante do capitalismo para, na sequência, deflagrar na concepção de território e do embate Estado *versus* máquinas de guerra em *Mil Platôs*. Cabe assinalar que Deleuze atribui a Guattari a “invenção” das palavras *territorialização* e *desterritorialização* (Haesbaert, 2011).

Para Deleuze e Guattari (2007), o plano molar seria o polo dos estratos dos agenciamentos, daquilo que está em concordância com os códigos sociais em vigor (espaço estriado). O molecular é o resultado daquilo que o indivíduo se recusa a aceitar no plano social e que está disponível, para decodificar ou “fazer fugir” (Zourabichvili, 2009) do agenciamento estratificado, causando um desequilíbrio em sua existência pela bifurcação que a nova rota induz (espaço liso). Balizado pelo desejo, o agenciamento transforma e faz circular: “*Estado de coisas*, estado de corpos (os corpos penetram-se, misturam-se, transmitem afectos); mas também enunciados, regimes de enunciados: os signos organizam-se de uma nova forma, aparecem novas formulações, um novo estilo para novos gestos” (Deleuze & Parnet, 2004, p. 90).

Os agenciamentos indicam que somos afetados simultaneamente pela reação dos corpos uns sobre outros (conteúdo) e as transformações que ocorrem nesses corpos (expressão). Isso significa que somos envolvidos em processos relacionais que vão desde o contato com as coisas materiais até as codificações que construímos através dos signos correspondentes a elas. Uma pressuposição recíproca entre ambos: agenciamento maquínico e agenciamento de enunciação. Para Deleuze e Guattari (1997), entre estes dois agenciamentos

se estabelece uma nova relação que ainda não aparecia nos estratos: os enunciados ou as expressões exprimem transformações incorporais que “se atribuem” como tais (propriedades) aos corpos ou aos conteúdos. (...) desde que a distinção conteúdo-expressão toma nova figura, encontramos-nos já, em sentido estrito, num outro elemento que não o dos estratos (p. 218).

Segundo Haesbaert e Bruce (2002), os agenciamentos maquínicos de corpos se referem às máquinas sociais, às quais Deleuze e Guattari determinam como as misturas corporais que acontecem no *socius*. Os agenciamentos coletivos de enunciação são entendidos como um regime de compartilhamento de signos, como a linguagem, os símbolos: são máquinas de expressões. Essas duas formas de agenciamento sempre acontecem reciprocamente, intervêm uma na outra, movimentam-se simultaneamente. Dessa forma, constitui-se o território, numa articulação entre pensamento e desejo através da vibração mútua de agenciamentos.

É o contexto da natureza, das instituições, da vida coletiva que nos afeta e que provoca reações tanto na pessoa (corpo) quanto no coletivo em que, invariavelmente, estamos

envolvidos. A via molecular, dos desejos, seria a oposição ao molar, conceito este que se refere ao que está posto, “duro” e estratificado. O molecular desvia-se dos modos cristalizados de vida, sendo uma opção para novos meios de expressões coletivas e não universais, forjando outras realidades e campos plenos de desejos (Guattari, 1985).

Um segundo eixo que diz respeito ao agenciamento é o das *linhas de desterritorialização* (Deleuze & Guattari, 1997). Para os autores, essas linhas

abrem o agenciamento territorial a outros agenciamentos, e o fazem passar nesses outros. (...) Assim como a territorialidade do agenciamento tinha origem numa certa descodificação dos meios, também se prolonga necessariamente nestas linhas de desterritorialização. O território é tão inseparável da desterritorialização quanto o era o código em relação à decodificação. Segundo essas linhas, o agenciamento já não apresenta expressão nem conteúdo distintos, porém apenas matérias não formadas, forças e funções desestratificadas (Deleuze & Guattari, 1997, p. 219).

Zourabichvili (2009) esclarece que a proposta do conceito de agenciamento de Deleuze e Guattari está fundamentada em um plano que não está predeterminado. A exterioridade do desejo se faz a partir de encontros, nos quais acontecem agenciamentos e a conseqüente construção do sentir e do pensar do indivíduo, em um processo constante de des-territorialização. Nós só nos constituímos enquanto indivíduos a partir dos agenciamentos que se fazem de ideias e valores preconcebidos e do devir que este processo deflagra a partir das nossas ações, do sentir e do pensar, como modo de individuação. O poder da afecção a todo instante na vida das pessoas.

Para Deleuze (1992), o pensamento *a priori* se localiza em um estado estático, imóvel, que está em sintonia com a moral e o universalmente aceito. Dessa maneira, a proposta deleuziana é a de romper com as forças que se apoderam do pensamento, provocando encontros e coincidências (Vasconcellos, 2005). A partir de encontros com situações problemáticas, o pensamento é forçado a entrar em outra atividade, outro campo de ação, para que sejam indicadas novas conexões e agenciamentos. Deixar o território estável para imiscuir-se num novo plano, numa nova composição: o Fora (Deleuze, 1992). Criar critérios para a forma de pensar, onde o critério é a grande diferença para que cada um produza seu estilo de pensamento. A efetivação desta criação, que foi possível pelo deslocamento do pensamento, só ocorre pelo desvio provocado pelas linhas de fuga.

Neste contexto sobre pensar outras formas para além da inércia do pensamento, tanto moral quanto crítico, Deleuze (1992) aborda o conceito de *intercessores*:

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores (p. 156).

Deleuze afirma que a “fabricação” de *intercessores* (neologismo criado por ele e esclarecido adiante) é fundamental para nos vermos livres dos discursos preestabelecidos. É importante a inclusão desses acontecimentos intercessores para que a expressão surja, para que haja um movimento criador, ao invés da manutenção do discurso colonizador. Para o filósofo, os intercessores nos fazem sair da imobilidade das imagens/signos e instiga a criação de outros caminhos, outras possibilidades.

Apesar de Deleuze não tratar especificamente do conceito de intercessores, salvo em um parágrafo do livro *Conversações* (Deleuze, 1992), pode-se verificar que em grande parte da obra do filósofo existe uma captura de ideias de outros autores e a geração de novos conceitos para sua filosofia “menor”. Vale dizer que nem todos os autores/intercessores de Deleuze são filósofos, compreendendo também escritores, artistas e poetas, entre tantos outros (Brito, 2013; Vasconcellos, 2005).

O movimento de sair das estruturas padronizadas, muitas vezes, causadoras de inércia deve favorecer o pensar e o agir como um sistema próprio de orientação, de fabricação de caminhos e possibilidades. Vasconcellos (2005) advoga que o termo *intercessores*, sempre no plural, força o pensamento a sair de seu estado imóvel, onde “pensar é fazer o novo, é tornar novamente o pensamento possível. Pensar é produzir ideias” (p. 1225). Segundo Haesbaert (2011), Deleuze e Guattari consideram que

o pensamento se faz no processo de desterritorialização. Pensar é desterritorializar. Isto quer dizer que o pensamento só é possível na criação, e para se criar algo novo é necessário romper com o território existente, criando outro. Da mesma forma, da mesma maneira que os agenciamentos funcionavam como elementos constitutivos do território, eles também vão operar uma desterritorialização. Novos agenciamentos são necessários. Novos encontros, novas funções, novos arranjos (p. 130-1).

Para Brito (2013), a ideia de intercessores e de uma filosofia “menor” se manifesta por componentes, variações, heterogeneidade e multiplicidade. Isso sugere uma filosofia do acontecimento, menor, que passa *entre* as linguagens majoritárias e dogmáticas, sendo este o motivo de se aquilatar seu valor como menor. Um pensamento ativo, político e inventivo, que é “capaz de rasgar ou fissurar aquilo que se mostra como dado, fixo, regular, para, então, produzir variações, desmoronamentos, que não deseja mais o centro, o lugar, mas que invente novas forças” (Brito, 2013, p. 4). Seria como permitir ao pensamento um atravessamento pela máscara da duplicação sem semelhança, sem representações. É a experimentação do pensamento/conceito, “novas linguagens, para fazer o pensamento variar e dançar, retirando-o de sua imobilidade” (*Id. Ibid*, p. 12). Para Deleuze e Guattari (1997), as minorias não passam pela centralização estatal. Não tem encaixe ali, onde prevalece o poder dos dominadores. Elas fazem valer sua potência do não-numerável, como figura universal, representando o devir de todo mundo, das próprias minorias. “É a fórmula das multiplicidades” (p. 174).

Retomando a discussão do território, pode-se afirmar que há certa harmonia, homogeneidade de pensamentos e de ações quando se trata de definir um contexto estabilizado. Deleuze e Guattari nos convidam a pensar um mundo oposto a este, segundo outros pontos de vista, menos estáveis e que evidenciem outras situações. Este mundo é o pensamento do *fora*, onde as forças se constituem neste espaço e se relacionam por sua diferença e intensidade, e não pela aproximação e hierarquização. O pensamento do *fora* é a exterioridade do pensamento e sua relação imediata com as forças do fora, entendendo o pensamento como uma máquina de guerra. Ou seja, uma força que “destrói a imagem e suas cópias, o modelo e suas reproduções, toda a possibilidade de subordinar o pensamento a um modelo do Verdadeiro, do Justo ou do Direito” (Deleuze & Guattari, 1997, p. 47).

Em seu texto sobre clínica nômade e AT, Rolnik (1997) aborda a dificuldade que seu personagem at se defronta ao não conseguir territorializar com a loucura os padrões aprendidos na academia. O fora se aproxima com contornos invisíveis daquilo que é objetivo e subjetivo em relação ao at. Ao explorar o novo território com o *outro* da loucura, é preciso traçar novos caminhos em composições inéditas, híbridas, onde tudo o que é familiar ao at é desestabilizado e novos modos de existência se compõem: “Nesse processo que nunca para, somos levados para fora de nós mesmos e nos tornamos ‘um sempre outro’. A subjetividade, então, é esse dentro-e-fora indissociáveis, mas, também, inconciliáveis: ‘um si e não-si’,

concomitantemente” (Rolnik, 1997, p. 87). Um jogo que tem dois componentes: o *nós* nietzschiano, em que o fora do padrão, que é o louco neste caso, não busca e nem recebe diretrizes do outro sobre o que deve fazer. Deve-se então jogar, adentrar o fora, reterritorializar os espaços pelos caminhos do porvir. Pensar outras rotas e outras formas onde a loucura possa transitar e se tornar um dentro-fora cabível na cultura.

Para Deleuze (1992), os conceitos se formam a partir de encontros e problemas e esses fazem com que o pensamento entre em atividade, em trânsito, para que sejam indicadas novas conexões e agenciamentos. De acordo com Brito (2013), a ideia de Deleuze de uma “Filosofia menor”, não oficial, é a de uma filosofia do acontecimento:

um pensamento que se passe entre as linguagens majoritárias, operando alianças, menoridade, seguindo linhas de transformação e deformação, que saltem para fora, assim como a ideia de teatro menor. Uma Filosofia menor que produz um pensamento ativo, político, inventivo, uma língua menor, capaz de rasgar ou fissurar aquilo que se mostra como dado, fixo, regular, para então, produzir variações, desmoronamentos, que não deseja mais o centro, o lugar, mas que invente novas forças. Não mais um pensamento esgotado, sem vida, sem força, resignado à lei, mas um pensamento que ouse transformar (Brito, 2013, p. 4).

É importante tal ideia na concepção da prática do AT. O movimento de sair das estruturas padronizadas, muitas vezes, causadoras de inércia, orientando-se pelo pensar e pelo agir que favorece um sistema próprio de orientação, de fabricação de caminhos e possibilidades. A conexão estabelecida neste texto entre o trabalho dos italianos na desinstitucionalização com a política da amizade pressupõe uma nova forma de conceber a atividade do AT e da assistência no campo da saúde mental. A introdução de elementos vindos da comunidade, junto aos familiares, usuários e sociedade civil, pode ser capaz de inserir em nossas ações dispositivos de saúde mental para a construção de espaços onde seja possível criar, entrar em relação a partir da diferença, quebrando as identidades rígidas e representativas da ciência médica. Enfim, descontinuar o padrão e agenciar modos singulares de fazer e de pensar a realidade do louco, organizar coletivos e caminhar com as divergências concebendo novos conceitos e novas formas de pensar a loucura.

Dias et al. (2014) relacionam a referida *klinica* do desvio, nômade, à (des)ordem da amizade nietzschiana, sendo premissa fundamental descaracterizar as práticas normalizadoras para dar lugar a espaços novos de criação e experimentação. Em concordância com a

conceituação de amizade em Nietzsche, os autores afirmam que neste contexto é favorecida a relação entre dois indivíduos autolegislares, espíritos livres, em que podem ser gerados reciprocamente processos de diferenciação capazes de deslocar ambos da zona de conforto.¹⁵

Na sequência, trata-se desses caminhos de experimentação que são as clínicas da desinstitucionalização. Traça-se um breve desvio ao início do processo localizado na Itália para chegar às práticas mestiças dessa rota em terras brasileiras.

4 OS CAMINHOS DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

4.1 Retomando o conceito basagliano de desinstitucionalização

O processo de reforma psiquiátrica italiano, ou de ruptura com o modelo assistencial vigente até a década de 1960, como aponta Amarante (2007), pode ser compreendido como uma tentativa inicial de desmontagem do sistema hegemônico psiquiátrico, que tinha o hospital como ponto central. A influência dos movimentos internacionais de reforma psiquiátrica, mais especificamente o das comunidades terapêuticas, o da psicoterapia institucional e o da antipsiquiatria, proporcionou aos italianos a apropriação de algumas práticas, como a horizontalidade das relações institucionais, a expansão do tratamento para além dos muros manicomial e a crítica ao paradigma médico-científico. Mesmo considerando o fracasso da experiência de Gorizia (Bueno, 2011; Goulart, 2007), os basaglianos já tentavam desmontar a “instituição de violência”, pois, segundo eles, isso seria fundamental para o progresso de uma ação de enfrentamento às mazelas sofridas pelos loucos institucionalizados e abriria outros campos de ação na rede de assistência em saúde mental e na comunidade. Em relação ao termo *institucionalização*, Basaglia alia-se aos postulados de Goffman (1974) e Barton (1959), que apontam, respectivamente para as “carreiras institucionais” e as “neuroses institucionais” para deflagrar um combate à “objetivação” que

¹⁵ No capítulo 4, na discussão sobre clínica nômade e a amizade, farei essa conexão referida pelos autores, contextualizando-a com a práxis do AT e, em um contexto mais geral, com a discussão das clínicas da desinstitucionalização no Brasil que desenvolvo nesta pesquisa.

uma instituição fechada provoca em quem ali é, supostamente, tratado (Amarante, 1996; Basaglia, 2005; Bueno, 2011). Há uma evidente contraposição ao ato terapêutico (Basaglia & Gallio, 1991), que, conforme os basaglianos era a própria vertente da violência científica posta em prática. Almeja-se ainda, a destruição do manicômio, por ser o local principal e mais requisitado para assistir os pacientes com transtornos mentais. Tal proposição seria condição *sine qua non* para a transformação da assistência italiana em saúde mental, uma intervenção no *fora*, muito além de uma reforma na instituição, conforme se verificou nas comunidades terapêuticas e na psicoterapia institucional, como criticava Basaglia.

“Revolucionar” a instituição significava na experiência goriziana o ponto pacífico do movimento que tomava corpo na Itália. Combater a “institucionalização” e as sequelas que suas práticas induzem nos pacientes, a anulação da subjetividade, o “esvaziamento emocional”, a perda da liberdade e de perspectivas em relação ao futuro, com a consequente dependência e submissão a terceiros (Basaglia, 1985), tudo isso era a ordem do dia para a equipe do hospital psiquiátrico de Gorizia.

Mesmo com a interrupção da experiência goriziana ocasionada pelas demissões da equipe (provocada pelo próprio grupo), incluindo as passagens pelos Estados Unidos e Parma, Basaglia retomou seu projeto de revolucionar as relações na assistência psiquiátrica aos loucos e transcende o que ele denominava de “tensão recíproca dos técnicos e pacientes” provocadas dentro do manicômio para uma “tensão da loucura com a cidade”. Isto é, ocorreu uma mudança estrutural da luta: do hospital para a cidade. Ou, ainda, dos manicômios institucionais para os manicômios mentais.¹⁶ Segundo F.O. Basaglia (2008), a luta contra a institucionalização partiu do questionamento de um naturalismo implícito na pesquisa científica que separa corpo e psique. Ou seja, um saber que se origina da investigação anátomo-patológica de um corpo morto, que é “desprovido de necessidades, de exigências e de reações subjetivas.” (p. 18). Para Franca¹⁷, a separação entre assistência sanitária e

¹⁶ Esta expressão é usada por Pelbart (1989) quando discute sobre a desmontagem do estigma da loucura e será comentada adiante.

¹⁷ Franca Ongaro Basaglia (1928-2005) foi, junto com seu marido, Franco Basaglia, um dos principais expoentes da luta pela democracia na Itália até o final dos anos de 1990. Militante da *Psichiatria Democratica Italiana*, Franca foi senadora da República, tendo trabalhado amplamente na luta pelos direitos civis na sociedade italiana, ao lado de vários movimentos, como o de reforma psiquiátrica, o feminista e o dos imigrantes, combatendo as diversas formas de exclusão que as desigualdades sociais provocam na sociedade em geral. Idealizou, com grupos aliados à Lei Basaglia, um projeto que foi aprovado e que determinava o

assistência social incorre no erro primário de tratar a doença do paciente em um órgão que funciona mal, desresponsabilizando a medicina e, especificamente, a psiquiatria de debruçarem sobre questões fundamentais, como a complexidade das variáveis que envolvem o adoecimento psíquico de alguém (Basaglia, Ongaro F., 2008).

Se antes era pretendida uma desinstitucionalização, na acepção simplificada do termo, em relação às estruturas assistenciais em psiquiatria, em Trieste os basaglianos ressignificaram o termo enfrentando a lógica manicomial no território, nas comunidades, quebrando o circuito hospitalocêntrico por completo. Ao invés de um circuito pautado no hospital psiquiátrico como serviço central no processo de tratamento em saúde mental, foi organizada uma complexa rede alternativa a ele em diversos pontos da cidade. CSM com funcionamento 24 horas em zonas que compreendiam em torno de 50.000 habitantes; equipe de saúde mental permanente no hospital geral da cidade, assim como no presídio; residências terapêuticas coordenadas por pessoas ligadas ao Departamento de Saúde Mental e às cooperativas sociais; postos de trabalho e formação/capacitação dos assistidos para inserção laboral; redes de apoio aos familiares e à comunidade; e diversas ações culturais e de lazer envolvendo a cidade como um todo, para indicar apenas algumas das intervenções após o fechamento do hospital psiquiátrico (ASS nº 1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010). Os basaglianos estruturaram a proposta inicial de desinstitucionalização em Trieste, que mais tarde, em 1978, se estenderia a todo o território nacional, sob a forma de lei. As lutas e conquistas iniciadas pelo grupo desde Gorizia e sua posterior capilarização por diferentes cidades, com membros e seguidores do grupo inicial (Goulart, 2007), se fortaleceram por todo o território italiano. Trieste não foi apenas uma inspiração, mas também um laboratório para as muitas pessoas que queriam ver de perto as conquistas do movimento revolucionário liderado por Basaglia. Essa luta que aspirava estratégias novas, com atores novos, especialmente por mirar na transformação social e na ação política, desconstruindo conceitos que evocavam o desvio e provocavam a exclusão social que a assistência aos loucos até então preconizava (Amarante, 1996).

Neste percurso, tomando emprestado o termo *desinstitucionalização* proposto na reforma norte-americana, os italianos promoveram ações que vão muito além de um esvaziamento hospitalar e do conseqüente abandono dos pacientes à própria sorte em

estruturas deficitárias da rede de saúde mental, nas famílias ou, mesmo, nas ruas. Para Rotelli et al. (1990), o modelo da psiquiatria preventiva comunitária dos Estados Unidos tem um intento muito mais econômico do que propriamente resolutivo em relação aos problemas postos à violência institucional. Não houve, na prática, a extinção do manicômio, e sim a diminuição considerável dos gastos públicos hospitalares, além de uma conversão dos subsídios ao setor privado (Basaglia, 2005; Desviat, 1999; I. Passos, 2009).

Para Bueno (2011), a passagem de Basaglia pelos Estados Unidos permitiu ao italiano perceber uma forma de ampliação da dominação do sistema capitalista, pungente na nação mais rica do mundo, em relação aos “desadaptados” sociais, que, agora, deverão ser recuperados e integrados à engrenagem produtiva da sociedade. Dito de outra forma, o sistema governamental tentava adaptar sutilmente os *outsiders* sob o “verniz” de uma instituição acolhedora e tolerante, mas evidenciava com tal política a intenção clara de eliminar a pobreza, que gerava preocupações às elites, incluindo a loucura neste rol de inadaptados sociais, obviamente indesejados e ainda excluídos. Bueno (2011) indica que a experiência nos Estados Unidos provocou importante inflexão na concepção e na forma que Basaglia passaria a adotar posteriormente em Trieste. Para além da negação da instituição e do poder médico exercido sobre os doentes, novas questões passaram a ser evocadas pelo italiano, tais como: trabalho, renda, habitação e direitos civis. Entraram na pauta do revolucionamento basagliano questões sociológicas, antropológicas e econômicas, antes tratadas de forma tangencial e sem a força que foi gerada na experiência de Trieste.

Basaglia (2005) é enfático ao criticar o modelo norte-americano de “prevenção e cura” das doenças mentais, afirmando que a nova forma de tratar ali, vista por ele *in loco*, refletia a produção de doenças e contextos artificiais. Para o italiano é artificial importar modelos de países avançados, pois a realidade é *sui generis* e a transposição da prática para outros locais torna-se inviável. E, igualmente, afirma que existe o caráter de artificialidade em uma instituição que propõe curar uma doença que é muito mais social (ou da pretensão do que a sociedade almeja ser o “ideal”) do que orgânica ou somática. Não há tratamento, mas readaptação e adestramento de pessoas para uma realidade desejada pelo Estado. Neste sentido, a ciência é utilizada para respaldar práticas de dominação e de fortalecimento do controle social dos sujeitos. Em síntese, o que era para ser um aprendizado novo para Basaglia partindo das recém inauguradas tecnologias de ponta norte-americanas e o conhecimento de novas ferramentas para lidar de forma global e integral com a loucura acabavam por produzir novos conceitos e novas formas de criticar e de atuar em relação ao sentido da doença no

socius, na perspectiva do saber-poder científico. Um genuíno “desvio” da clínica ocorre a partir de novas vivências e agenciamentos a que se viu enredado Basaglia, provocando a abertura de outros territórios e outros embates no seu percurso.

Tendo como base esse novo empenho dos basaglianos, o processo de desinstitucionalização passou a ser o de cuidar das pessoas em “existência sofrimento” em detrimento da cura da doença em si (Rotelli et al., 1990). A expressão *presa in carico*, que pode ser traduzida livremente por “tomada de responsabilidade”¹⁸, reivindica a organização dos serviços para o campo territorial; ou seja, a desterritorialização dos saberes e das técnicas em uso, para dar lugar a uma reterritorialização criativa e baseada na cidadania do paciente, forjando novas estruturas, novos experimentos e novas competências. I. Passos (2009) indica que “uma característica importante da experiência italiana é o fato de ter sido construída e expandida a partir da desmontagem interna da instituição, e não a partir do estabelecimento de uma política geral idealizada por administradores ou ideólogos profissionais” (p. 135). Uma mudança de atitude, antes de tudo, no âmbito cultural. O lema “A liberdade é terapêutica” passa a ser fundamentado nas práticas de assistência à loucura e contra a exclusão social, para os italianos. Argumentam Rotelli et al. (1990)

Se se trata de pensar que “a liberdade é terapêutica”, cada ato em liberdade pode ser terapêutico. Se se trata de desinstituir a doença como experiência que não é separável da existência, trata-se de valorizar, mais que o sintoma (sobre o qual se constrói a instituição), o conjunto de recursos positivos do serviço e da demanda (p. 46, grifo dos autores).

A Lei 180¹⁹, conhecida como “Lei Basaglia”, prevê, além de proibir da construção de novos hospitais psiquiátricos e de efetivar o tratamento de saúde mental nos dispositivos territoriais, previa o direito ao paciente de recusar o tratamento e, ao mesmo tempo, a obrigação do Serviço Sanitário de não abandonar o paciente a si mesmo (Rotelli et al., 1990).

¹⁸ Adoto a expressão *tomada de responsabilidade* por ser a mais traduzida do italiano para o português nas obras aqui trabalhadas. Entretanto, pode-se indicar também que a expressão tem o mesmo sentido de “fazer-se responsável” ou “encarregar-se”.

¹⁹ Publicada na íntegra e em português em Delgado, J. (1991). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha; e também em Amarante, P. (org.). (2008) *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps.

Essa designação legal, ponto de destaque na discussão da desinstitucionalização italiana, colocava em constante conflito a rede assistencial de saúde mental, uma vez que os responsáveis pelo território não poderiam simplesmente deixar de acompanhar o paciente a partir da recusa deste ao tratamento. É a execução literal da liberdade do paciente e, ao mesmo tempo, a convocação de uma resposta efetiva e de enorme responsabilidade legada aos serviços da rede de saúde. Esse tópico exige dos serviços a quebra de modelos preestabelecidos e uma transformação incessante em seu corpo institucional; uma inovação clínica constante, antimodelista e aberto aos espaços entre as estruturas das instituições e da sociedade; um constante processo de construção e reconstrução de saberes coletivos; uma produção rizomática de periferia (fora do eixo central científico) e horizontalizada, “menor”, ensejando novas práticas e novos campos de atuação para além do campo sanitário. Para Basaglia (1985), esta seria a práxis de uma afirmação dialética das contradições do real.

Em termos práticos, logo poder-se-ia indagar: E então? Como fazer com a recusa do paciente, mesmo constatando-se um quadro clínico de crise? Os basaglianos certamente responderiam: “Sem hospital psiquiátrico, com CSM disponível e também equipe de saúde mental em hospital geral, mas subtraída a possibilidade de coação ou internação involuntária”. Como lidamos com isso em nossas atuações na área da saúde mental? Não é preciso pensar muito: “À falta de conexão de nossas redes, podemos lançar mão da reconfortante figura do hospital psiquiátrico!”. Por outro lado, a proposta desta lei desinstitucionalizante ou, mesmo, desterritorializante seria, em primeiro plano, tornar obrigatória a criação e experimentação de um quadro diversificado de estratégias, variáveis para cada região e em diferentes contextos das cidades. Sem hospital psiquiátrico e com a responsabilidade de apresentar propostas viáveis e singulares, os italianos foram convocados a construir incessantemente outros modos de intervenção com seus pacientes em crise e após a suspensão dos sintomas “graves”. Redes em conexões ativas que visavam à “promoção da saúde mental” (ASS n.1 Triestina. Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010) e dos direitos civis do paciente, não apenas nas crises.

O Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO) é uma ferramenta legal que pressupõe acompanhamento integral da pessoa em crise, em um período de uma semana, podendo ser prorrogável, com a anuência de dois psiquiatras e a ciência de um juiz tutelar (que garante os direitos da pessoa) e do prefeito. Pode ser feito em qualquer dispositivo do território, assim como na casa da própria pessoa (ASS n°1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010). É de se supor que, pelo grau de exigência e de concordância em todas as

instâncias envolvidas, o TSO era pouquíssimo utilizado na Itália desde os seus primórdios.²⁰ Mesmo porque tendo apenas uma semana para produzir uma estratégia eficiente e dar uma resposta ao caso em questão, prorrogá-lo seria procrastinar ações que em nada ajudariam. Deve-se levar em conta a questão da responsabilização da equipe do território no que se refere ao cuidado dos seus pacientes. Esse processo induz uma ação profícua dos operadores da rede e serviços “fortes” (Rotelli et al., 1990; Saraceno, 2001) que deve produzir resultados e mudanças na vida das pessoas.

Segundo demonstram Rotelli et al. (1990), indicadores de pesquisas realizadas nos serviços italianos apontavam para um balanço positivo no que se refere à implantação da Lei 180. Para os autores, o investimento nas estruturas territoriais de reabilitação e em cooperativas sociais, assim como nos serviços abertos 24 horas por dia proporcionavam uma dinâmica produtiva e rica em renegociações, transformações e inovações na rede assistencial do país. A desinstitucionalização alcança, dessa forma, seu objetivo: não se adequa a um modelo fixo, enraizado, normativo; ao contrário, busca modificar as relações sociais e dar respostas institucionais de acordo com as necessidades das pessoas e da sociedade. Trata-se de uma intervenção *ad hoc*, rizomática, fazendo aqui uma aproximação da desinstitucionalização com o método rizoma de Deleuze e Guattari.

Diante de uma resposta burocrática e ineficaz às demandas da saúde mental ou, ainda, da possibilidade de reutilização do hospital psiquiátrico para fazer frente aos caos mais difíceis e à justificativa dos técnicos dos serviços que não viam outras possibilidades de atuação, tornava-se possível a tessitura de uma fonte de recursos inovadora e transformadora de uma realidade estratificada e inflexível. Quer dizer, é por meio da construção coletiva que visa à autonomia institucional e individual que se agencia algo como uma resposta sempre incompleta e em mutação aos modelos instituídos e cristalizados presentes no campo real de nossas vidas. Nas palavras de Rotelli et al. (1990), a desinstitucionalização é

²⁰ Segundo os dados oficiais do Departamento de Saúde Mental de Trieste, que constam no Guia, a média de TSO realizado na cidade nos últimos vinte anos foi de 7-8 por ano. Em 2008, foram 17 casos. Já as internações involuntárias na década de 1970, antes da efetivação da Lei 180, eram de 150 pessoas por ano, em média. Outros dados, como a redução de suicídios (de 50 em 1971 para 34 em 2009) e a internação em hospital psiquiátrico judiciário (média de 20 internações nos anos 1970, sendo que depois da efetivação da lei e o do trabalho feito no cárcere da cidade, o último caso registrado é de 2006) constam no Guia dos Serviços de Saúde Mental de Trieste (ASS n.1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010).

um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) *para transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. (...) [A] desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (p. 29, grifos dos autores).

Os autores sugerem que a transformação institucional é uma produção que advém de dentro da instituição, devendo-se trabalhar com os recursos existentes, incluindo aí os problemas, e decompor as estruturas para recompor parte por parte no exterior, tecendo uma rede territorial balizada na multiplicidade das trocas sociais e na construção de novas políticas de saúde mental que considere o estatuto jurídico dos pacientes. Este último ponto muda radicalmente a relação dos serviços de saúde mental e seu contrato com as pessoas que recorrem a ele. Entende-se que a intenção de promover a questão dos direitos e, conseqüentemente, o exercício da cidadania seja um dos pontos fundamentais e diferenciados do processo de reforma italiano. A execução do trabalho transcende as redes sanitárias (sem excluí-las) e invoca um redimensionamento dos técnicos, antes que da área da saúde, para fazer “intercessores” (Deleuze, 1992, Mehry, 2014) em diversas áreas, da ordem da economia, da cultura, da assistência social, da habitação, dos afetos, dos laços comunitários. Enfim, uma relação terapêutica na *polis* com profissionais e pessoas comuns, numa atuação direta com o território de vida; um estilo de vida que se faça com direitos, sem a *despersonalização* do louco em prol de um tratamento que se diz curativo (Basaglia, 1985), sem a dependência totalizante que um asilo induz nesta forma extremista de se fazer clínica. A inversão da lógica manicomial, calcada em sua desterritorialização, propõe um reordenamento de atendimento às necessidades do usuário, e não uma adaptação dele ao que a instituição oferece. Em síntese, um serviço que vá ao encontro das pessoas, móvel, deambulante, integrado à comunidade e criando com o usuário formas de atendimento e de ofertas de recursos.

A insistência de Basaglia em negar a instituição e, por conseguinte, em destruir o manicômio pode parecer simplificada. Todavia, tendo sido este objetivo alcançado – o de destruir o manicômio–, a eliminação da internação provoca um enorme redimensionamento de ações, “um percurso social complexo que suscita conflitos, crise e transformações dentro da rede mais ampla das estruturas institucionais (e suas normas, poderes e competências) nas

quais o sistema psiquiátrico está envolvido” (Rotelli et al., 1990, p. 53), um desvio clínico, indutor de incertezas, de embates, de soluções micropolíticas pontuais, mas que bifurca da ótica medicalizante e hegemônica do saber médico-científico. Enfim, caminhos novos, não guiados pelo eixo “arbóreo”, a que se referem Deleuze e Guattari (2007), mas produtores de novos desejos e novas multiplicidades, um rizoma transformado pelo húmus da negação de uma lógica violenta e excludente, florescente em territórios novos e produzidos pelo “otimismo da prática” (Basaglia, 1979). Os caminhos, denominados por Rotelli (1990) como uma complexidade de múltiplos planos de existência, não devem reduzir o sujeito a uma doença, com comunicação perturbada, ou, simplesmente, a alguém “pobre”, no sentido duplo da palavra. Eles têm como ensejo maior reinscrever este sujeito no corpo social, determinando o trabalho feito pela desinstitucionalização como aquele que é capaz de “fazer, inventar, representar, reconstruir relações entre esferas que tendem a autonomizar-se, na esquizofrenia do indivíduo, assim como na geral. Nós não podemos senão fazer isto: representar para agir” (Rotelli, 1990, p. 99), numa alusão ao imperativo de conectar-se com as multiplicidades e com as práticas diversas que possam fazer emergir as singularidades. Ou seja, um tratamento terapêutico com marcas de inventividade constantes que dão sentido às mudanças cotidianas de cada usuário, sua identidade e seus valores individuais, com uma preocupação maior para a não cronificação tanto dele quanto das instituições (Bueno, 2011). Rotelli (1990)

A produção de vida e a reprodução social²¹ que são o objetivo e a prática da “instituição inventada” devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro (p. 93).

Uma crítica bastante oportuna é destacada por De Leonardis, Mauri e Rotelli (1990) no período posterior à promulgação da Lei 180. Os autores discorrem sobre a necessidade primeira de “prevenir a prevenção”, pois a estrutura contagiante do manicômio invariavelmente reverbera na sociedade como um todo e, em muitas ocasiões, nos deparamos

²¹ O termo *reprodução social* tem para Rotelli e os italianos um significado de fazer com que as pessoas tenham seus laços sociais e suas necessidades pessoais ressoantes no tecido social, um papel ativo e ressingularizado no sentido correlato ao exercício pleno de sua cidadania, e não um mero repetidor de ações no social, como pode parecer num primeiro momento essa expressão.

com atos e soluções genuinamente autoritários e institucionalizantes. A “cultura manicomial” preconiza um fazer no âmbito fechado, provocador de dependência, etiquetamento e expropriação das identidades. Não basta fechar essas instituições ou apenas romper seus muros físicos. É fundamental o exercício de uma crítica constante das ações no campo da assistência em saúde mental para combater sempre a “doença-instituição”, os pequenos “manicômios itinerantes” (Delgado, 1991) que nos habitam para evitar o que Basaglia (1985) indicava como um “manicômio com uma casaca nova”, moderno e humanizado, mas ainda centralizador das e nas ações referentes ao tratamento dos loucos. A negação é agora dirigida à instituição da loucura. Atuar no exterior das instituições requer novos códigos, novas relações com as famílias, com a questão da habitação, do consumo e do poder contratual dos pacientes. Ao invés da privação no interior do manicômio, a ênfase no trabalho territorial deve ser na prevenção da dependência material, que evoca novas redes de enfrentamento da miséria e do combate persistente ao modelo normalizador, que dá respostas técnicas aos problemas institucionais (nas salas de aula, nas empresas, nos equipamentos de saúde e no ordenamento jurídico) e torna o cotidiano simplificado e banal. A desinstitucionalização enfatiza o desmascaramento dos códigos normativos do saber-poder científico e induz uma nova lógica voltada ao exterior, ao território: cuidar das pessoas “fora” e da existência global delas no cotidiano. Não seria tão simples o ato de fechar manicômios, como indica Basaglia.

Pelbart (1990) afirma que é necessário deixar os loucos potencializarem sua desterritorialização. Isso significa que se faz necessário embaralhar os códigos, subverter as regras do jogo e deslocar os limites, sempre de outros modos. Em uma explanação que incita à reflexão do que realmente se deseja com a abolição dos manicômios e com a nova lida relativa à loucura no fora, Pelbart tece interessante questão sobre esse debate: o louco, reconhecido como alguém marginalizado, excluído e recluso, é o portador maior da desrazão (mas não só ele o é). Para fins conceituais, Pelbart (1990) diferencia o louco da loucura (desrazão), indicando esta como uma dimensão essencial da nossa cultura, portadora de estranheza, ameaça e alteridade radical, “tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (p. 133). Mais do que acabar com os manicômios ou relativizar a loucura por meio de intervenções sociopolíticas que aboliriam o distúrbio e o sintoma social, Pelbart alerta para a perturbadora manutenção dos nossos “manicômios mentais”, ali onde confinamos a desrazão. Declara o autor:

Libertar o pensamento dessa realidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto liberar nossas sociedades dos manicômios. Isso significa que no plano de nossa geografia cultural e política é preciso recusar o Império da Razão. (...) A nossa razão, a forma hegemônica de racionalidade vigente é carcerária, mesmo quando ela é edulcorada pelos burocratas do desejo com uma terminologia inefável. É preciso desmontar essa racionalidade, é preciso deixar nosso pensamento ser invadido pela desrazão – o que não significa optar pela irracionalidade (...) -, mas de praticar um trânsito com tudo aquilo que os loucos nos sugerem, embora eles mesmos, por estarem imersos nesse funcionamento exclusivo, tenham sido reduzidos a corpos passivos e impotentes (Pelbart, 1990, p. 135).

O desafio é prevenir constantemente o retorno aos processos cristalizados de institucionalização, de perda da subjetividade, e incentivar a autonomia e o poder contratual das pessoas. Enfim, exercer a cidadania plena, o que talvez seja ainda mais complexo do que lutar contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos. De Leonardis, Mauri e Rotelli (1990) consideram que a cronicidade deve ser combatida invariavelmente e que isso já é por si só um trabalho árduo e incondicional a ser realizado na desinstitucionalização. O cotidiano controlado, normalizado e com regras de comportamento designadas deve ser, ele sim, o “suspeito” que demanda inúmeras técnicas de intervenção, e não a pretensa normalidade social. Cabe-nos suspeitar desse cotidiano indeterminado e banal, “que recorre à existência na sua espontaneidade, assim como a vivemos, no momento em que, vivida, se subtrai a cada organização especulativa, talvez a toda coerência e regularidade...” (De Leonardis, Mauri & Rotelli, 1990, p. 82). Pelbart (1990) convida a um relacionamento com o “Acaso”, que faz parte do cotidiano “suspeito”, citado pelos autores acima, em que a imprevisibilidade e o desconhecido devem ser tomados como linhas de fuga micropolíticas pautadas por uma “nova relação entre corpo e linguagem, entre a subjetividade e a exterioridade, entre os devires e o social, entre o humano e o inumano, entre a percepção e o invisível, entre o desejo e o pensar” (p. 136). Indica-se uma congruência nas afirmativas dos autores pelo fato de eles sugerirem uma fuga à armadilha da normalização e do preventivismo racionalista que a nossa sociedade se acostumou a seguir e idealizou como a forma desejada de se viver em sociedade. Como aponta I. Passos (2009), a desinstitucionalização deve romper com a lógica “problema-solução”, que é manicomial, assim como a moderna lógica “especialística”, que se baseia no ideal higiênico da plena normalidade ou da saúde mental controlada. O direito à desrazão! Isso significa pensar loucamente, delirar em plena praça pública e se descolar da razão: eis o que propõe Pelbart (1990) para que a desrazão tenha eco em nossos processos de desinstitucionalização.

Toda essa reflexão acima sugere que a clínica não está banida dos processos de desinstitucionalização e que se há uma clínica a ser posta entre parêntesis, como sugere Amarante (2003), é aquela baseada, única ou prioritariamente, num saber-fazer especialístico, seja ele de tipo psicopatológico, psicológico ou psicanalítico, que se orienta, fundamentalmente, pela estratégia do psicodiagnóstico. As próprias práticas desinstitucionalizantes devem estar muito atentas a uma permanente autocrítica, uma vez que a medicação psiquiátrica maciça, portanto baseada no saber psicofarmacológico, ainda é uma realidade dos serviços de saúde mental, mesmo daqueles mais afinados com as reformas e independentemente do contexto nacional em questão (I. F. Passos, Comunicação Pessoal, junho de 2016). Os saberes acerca da psicopatologia e “psi”, de modo geral, são saberes muito caros a nossa cultura ocidental acadêmica e profissional, especialmente no Brasil. Nossos profissionais, certamente, resistiriam à uma ideia de simplesmente abandoná-los soaria como absurda. Uma proposta radical como esta teria um caráter tão violento quanto a violência exercida pelo saber médico racionalista hegemônico sobre outros tipos de saber-fazer terapêuticos baseados em outras tradições não racionalistas ou valorizados em outras culturas, como é o caso dos saberes indígenas ou religiosos.

Estamos propondo trabalhar no laboratório de pesquisa do qual faço parte²², com o desafio de pensarmos como compreender e formular esta nova clínica que se apresenta afinada com a desinstitucionalização. Perguntamo-nos qual seria o lugar na desinstitucionalização desses saberes “psi”. Temos optado por denominá-las no plural de “clínicas da desinstitucionalização”, como práticas terapêuticas das reformas, por serem muito variadas na maneira de serem exercidas ou fundamentadas conceitualmente, mas, ao mesmo tempo, por guardarem, em alguma medida, os princípios da desinstitucionalização. No Brasil, elas vêm adquirindo muitas formas de nomeação, que acabam sendo identificadas com os autores que as tematizam. Dando seqüência ao nosso mapa-rizoma, são escolhidas quatro dessas clínicas da desinstitucionalização que têm forte influência dos modelos de ruptura com a hegemonia médico-científica, especialmente pela referência à tradição basagliana, para abordá-las em particular. Foram escolhidas também pela proximidade com ou pela incorporação da prática do AT. Apontam-se pistas cartográficas da clínica antimanicomial, da clínica peripatética, da clínica ampliada e da clínica nômade, todas experimentadas em território brasileiro e ainda em processo contínuo de construção e transformação. E, ainda,

²² Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (L@GIR), da UFMG.

propõe-se uma reflexão sobre a amizade como a possibilidade de se fazer um estilo deste método que poder ser conectado às práticas desinstitucionalizantes.

Antes de abordar as clínicas da desinstitucionalização, é importante ressaltar, como lembra Mehry (2013), que foram atizados “inimigos poderosos” contra todos os que se enveredaram nesta luta antimanicomial, especialmente em relação aos trabalhadores da área. O autor indica, baseado no trabalho de Capozzolo²³, que o lugar desta luta pode ser definido como o “olho do furacão”, em que novas práticas e velhos “hábitos” se enfrentam cotidianamente. Com esses “interditores” de uma política plenamente antimanicomial no Brasil, pode-se emaranhar em várias discussões e em diversos campos de debate (ou embate). I. Passos (2009) afirma que a prática da nossa Reforma não é tão próxima da tradição basagliana como gostaríamos que fosse, ou que dizemos ser. São muitos esses atravessamentos que obstaculizam nossos fazeres na seara da saúde mental no Brasil. Mas não me aterei aqui a tais pontos. Considero que, mesmo com todas essas dificuldades que tivemos e temos ainda hoje, o Brasil é considerado uma referência importante no Movimento de Reforma Psiquiátrica no âmbito mundial. Derivamos das experiências europeias e norte-americanas e criamos movimentos inovadores e em constante mutação, com a participação de diversos atores sociais, incluindo os movimentos sociais, a sociedade civil e as políticas públicas de saúde e de outros campos. A produção de novos coletivos estruturados como dispositivos antimanicomiais, que lutam pela interdição do modelo de morte manicomial (Merhy, 2013) sugere que o viés territorial e a proliferação das redes de cuidado, incluindo os “cuidadores”, sejam uma aposta potente e inovadora na lida com o sofrimento causado pela exclusão da loucura na sociedade. Parece ser esse o caminho da nossa desinstitucionalização atualmente.

Faz-se a seguir uma breve descrição, a título de introdução, do processo de desinstitucionalização que vem sendo articulado no Brasil. Aponta-se diversos pontos complexos e de difícil resolução, com o intuito de lançar essas dúvidas e questionamentos para o enfrentamento coletivo de tais pontos.

²³ Capozzolo, A. (2003).

4.2 Clínicas da Desinstitucionalização no Brasil: territórios em construção

O contexto brasileiro de Reforma delinea-se em um campo significativo de grandes avanços permeados por retrocessos que se entrelaçam e consolidam sua história singular (Minas Gerais, 2006; Bueno, 2011). Arrebatados pelos movimentos europeus (França, Itália e Inglaterra, entre os principais) e dos Estados Unidos (Amarante, 1995), a história da saúde mental no País teve seu marco nas denúncias de maus-tratos aos internos dos manicômios e na articulação política dos trabalhadores de saúde mental, numa tentativa de discutir e organização das práticas realizadas. A partir dessas denúncias sobre violência, mortes e ausência de assistência adequada nos hospitais psiquiátricos no final da década de 1970, os estados brasileiros iniciaram suas próprias investidas, porém sem uma regulamentação nacional coesa e atualizada até a virada do século, consistindo na estruturação do funcionamento dos locais de assistência ao portador de sofrimento mental (Amarante, 1995). A luta por melhores condições de trabalho dos profissionais e especialmente por condições dignas de tratamento aos internos dos hospitais psiquiátricos nesta época culminou em mudanças importantes no referido contexto. Aliado a isso, as vindas ao Brasil de muitos estudiosos sobre o tema, como Basaglia, Goffman, Castel (1975), Foucault, Guattari e Szasz, dentre outros, ensejou reflexões e diretrizes fundamentais para que se desencadeassem fazeres até então ausentes por aqui. A presença deles em diversas capitais e cidades com centros psiquiátricos hospitalares complexos estimulou tanto os profissionais brasileiros como os usuários e suas famílias e a sociedade civil a reivindicarem novas formas de tratamento acerca da loucura.

Os encontros nacionais que discutiam o processo de Reforma e as diretrizes para as políticas públicas tiveram grande importância na transformação da trajetória da assistência em saúde mental em nosso País. De um campo restrito, predominantemente técnico-assistencial, as proposições alcançaram uma dimensão mais complexa, que, segundo Amarante (1995), articulava, simultaneamente, os campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural. Impulsionados pelo *slogan* “Por uma sociedade sem manicômios”, instituído no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru (SP), a nova rota nacional teve em Santos (SP) o ícone da luta que era travada em várias partes do território nacional e influenciou diversos movimentos pelo Brasil (Amarante, 1995; Campos & Henriques, 1996; Lobosque, 1997). Para Amarante (1995) a força do Movimento dos

Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) provocou extensa mobilização não só da classe trabalhadora da área, como também da sociedade civil e de diversos movimentos populares. Foi possível com isso retomar a origem questionadora do MTSM, que denunciava a psiquiatrização e a institucionalização e englobava a estas questões o posicionamento da sociedade.

A nova etapa do movimento nacional de Reforma pode ser evidenciada, em termos práticos, com a montagem, em 1987, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e com a “tomada da Casa Anchieta”, em Santos, o que simultaneamente proporcionou a estruturação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) na cidade. Os dois processos, pautados pela tradição basagliana de cuidados no território e com ênfase na desinstitucionalização, tiveram enorme repercussão na mídia e na sociedade brasileira como um todo. Nesse contexto, foi apresentado o Projeto de Lei 3.657/89, do Deputado petista Paulo Delgado (Amarante, 1995). Mesmo com a demora de sua transformação em lei, conhecida como “Lei Paulo Delgado”, doze anos após sua apresentação na Câmara Federal, em 2001, alguns movimentos floresceram, com leis estaduais sancionadas no Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco e Rio Grande do Norte, entre outros, ainda na década de 1990. Neste ínterim, em que fervilham transformações na sociedade brasileira, torna-se essencial destacar a promulgação da Constituição de 1988, que impulsionou as reformas sanitárias pretendidas há mais de uma década por movimentos sociais, intelectuais, trabalhadores da área da saúde e sociedade civil, em sua grande maioria. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, da determinação constitucional de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado que novas perspectivas no setor da saúde começaram a se redesenhar. Os pilares principais desta nova vertente apoiavam-se na valorização de conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados e controle social, proporcionando ao País a formulação de políticas públicas transformadoras para a população brasileira em geral (Minas Gerais, 2006). Ferreira Neto (2011) indica que as políticas públicas são

resultantes de um processo de lutas, de relações de poder, envolvendo diferentes atores sociais, que podem ter início, inclusive, fora do Estado, visando construir um aparato jurídico institucional que oriente a resolução de conflitos em relação aos bens públicos. Esse processo de lutas não se encerra com a regulamentação legal, mas sofre inflexões ao se institucionalizar, podendo inclusive ter enfraquecida parte de sua potência inovadora (p.33).

O autor chama a atenção para uma questão de suma importância: tornar instituído o que antes era instituinte nas lutas sociais iniciadas no âmbito da saúde (mental) desde os anos de 1970. Esse parece ser um ponto vital para se pensar o momento em que nos localizamos em nosso processo de Reforma. Ferreira Neto (2011) prossegue em sua reflexão apontando que a passagem das reivindicações sociais para a regulamentação estatal traz ganhos, por possibilitar a ampliação dos avanços sociais, com garantias de aportes de recursos orçamentários. São favorecidas, ainda, as novas lutas sociais e políticas instituintes. De outro lado, afirma que há perdas neste processo no que toca à inventividade política e à expressão de novas dimensões da complexidade da vida coletiva, além do esmorecimento de parte da autonomia própria dos movimentos sociais (Ferreira Neto, 2011).

É válido, em qualquer momento, lembrar os entraves encontrados no processo de Reforma para dar sustentação à proposta das clínicas da desinstitucionalização, destacados neste texto. As leis não garantem o melhor caminho para uma sociedade mais justa e inclusiva. Segundo Merhy (2013), o trabalho em saúde mental

só vingará se estiver colado a “uma revolução” cultural do imaginário social, dos vários sujeitos e atores sociais, ou seja, se constituir-se, também, como gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e cidadanização (p. 216).

Dessa maneira, pensar a “inclusividade e a cidadanização” é uma questão que não deve ser despotencializada no processo de Reforma, para não se incorrer no risco de involução no percurso. Pensar clínica e política, como muito se debate no Brasil, mas muito mais que isso: pensar a clínica num território de extensas desigualdades sociais, como apontou Franca Basaglia (2008), para que se estruturarem meios mais eficazes de acesso à população em geral às diversas formas de tratamento e assistência, envolvendo “operadores” e comunidade conjuntamente nas lutas políticas que se interessam pela transformação de um país. Mas qual clínica é essa? Reconhece-se hoje um avanço indelével em termos de legislação no que se refere às políticas públicas no Brasil, que serão brevemente relatadas a seguir. Antes, porém, convém colocar outras perguntas aqui, já que se trata de clínicas da desinstitucionalização, para refletirmos sobre a pergunta formulada: Como estão nossas clínicas? Como fazê-las de forma potente e com resultados positivos a quem ela se endereça? Que tipo de clínica espera-se num contexto público de assistência? Enveredando pelo fazer

clínico, é fundamental, como alerta Eduardo Passos (2013), pensar que a clínica não se faz de “especialismos”; mas sim aceitar que ela se faz “caminhando”, sendo colocada em questão e transitando entre outras disciplinas. Sua especialidade está na experiência do saber-fazer, que extrapola qualquer *setting*. E. Passos (2013) infere

A clínica é mais um saber-fazer (*knowhow*) do que um saber-o-que-deve-ser-feito (*knowwhat*). Um saber-fazer que se faz na experiência, sem distância, saber imediato ao que acontece, isto é, um saber *da* experiência. Estranha afirmação que coloca para nós o problema do agente desse saber, o problema do suposto sujeito desse saber. O saber-fazer da experiência clínica é um saber para o qual o “quem sabe” é sempre problemático. Um saber *da* experiência, entendendo-se por essa expressão menos um saber sobre a experiência, do que um saber realizado a partir da experiência. (p.218)

Segundo E. Passos (2013), a clínica se faz *entre* os atores que se envolvem em uma situação específica, clínica, em que são acompanhados de processos, situações, movimentos e agenciamentos, como diriam Deleuze e Guattari (1997). A clínica em si acontece com o que se passa *entre* nós, pois se alguém acompanha clinicamente é imprescindível que o outro seja acompanhado, sendo que sem pelo menos esses dois sujeitos uma clínica não se faz. “É nesse entre-dois, neste interstício da relação, nesse ponto ilocalizável ou nesse não lugar (um *u-topos*) que a experiência clínica se situa” (E. Passos, 2013, p. 219). É com esta clínica feita nesse *não lugar* que pensamos em um desvio da maquinaria científica. Nas palavras de Deleuze e Parnet (2004), os encontros não se fazem entre domínios e especificidades, mas procedem por interseções, cruzamentos de linhas, *intermezzi*: são focos de criação e, portanto, de agenciamentos coletivos de enunciação. A clínica que estamos discutindo deve ser estruturada num lugar onde ela seja capaz de agir para transformar a vida das pessoas em um aspecto muito além da “boa saúde” funcional e arborizada. Para se efetivar, ela se faz em territórios, não em *settings* que priorizem o enquadramento exclusivamente físico.

Essas questões serão retomadas quando forem abordadas as clínicas da desinstitucionalização feitas em solo brasileiro, que pretendem, essencialmente, desinstitucionalizar nossos próprios saberes clínicos, mais do que as instituições físicas por si só (Basaglia, 1985; Rotelli et al., 1990).

Retoma-se agora algumas questões sobre as políticas públicas brasileiras para, depois, “forçar nosso pensamento”, como diria Deleuze (1992), a sair do estado estático e

movimentar-se pelos processos inovadores e criativos no que diz respeito a novas clínicas e novos espaços territoriais, incluindo aí uma ampla ação política.

Atualmente, há um novo cenário no que concerne à Política Nacional de Saúde Mental. São constatados avanços em termos jurídicos ou em práticas que envolvam o tratamento, a integridade do sujeito e a sua cidadania. Com a sanção da Lei 10.216 (Brasil, 2001), ficou proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos. Entrou em atividade o projeto de utilização de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com uma atuação também na vida social do usuário. Isso significa que uma rede assistencial é pensada para dar conta da clientela que anteriormente à Reforma era encaminhada, em sua grande maioria, ao hospital psiquiátrico. Estruturas extra-hospitalares em estreita relação com a Atenção Básica em Saúde, foram paulatinamente incorporadas neste processo, mediante designações legais e oriundas de discussões e encontros entre usuários e familiares, movimentos sociais, trabalhadores de saúde mental, gestores e sociedade civil. O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu na década de 1990 e, na década seguinte, mais estruturado e com uma capilarização importante nas redes de saúde na maioria dos municípios brasileiros, elevou-se ao plano de Estratégia de Saúde da Família (ESF), para consolidar as diretrizes preconizadas pelo SUS. A partir da década de 2000, mais recursos têm sido investidos em saúde mental pelo Ministério da Saúde (MS), tais como o Programa de Volta pra Casa, o fomento para a estruturação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a ampliação dos serviços que assistem pessoas usuárias de drogas e supervisões clínico-institucionais, dentre outros.

Diversas cidades já dispõem desses dispositivos de tratamento no Brasil. Todavia, não há uma distribuição equânime nessa estruturação das redes de saúde e tampouco uma conexão potente entre elas que favoreça a ampliação do cuidado aos usuários do País. Este ainda é um grande desafio da Reforma brasileira. Há um grande investimento do Ministério da Saúde, sustentado por subterfúgios legais, incentivos financeiros e formação e capacitação de técnicos dos serviços públicos para se alcançar regiões que apresentam problemas estruturais na área da saúde, incluindo, obviamente, a saúde mental (Campos, 2001; Campos et al., 2009; Mângia & Muramoto, 2009). Entretanto, e aqui se indica outro problema, nem sempre se observa resultados interessantes ou promissores, pois o entrelaçamento de momentos de crise nacional e mundial com as ingerências denunciadas regularmente em todos os entes governamentais brasileiros deixa o sistema impotente ante aquilo que, em décadas anteriores, era a esperança de mudança de todo um sistema público de assistência em saúde. Com isso,

também se barram as possibilidades de transformações almeçadas não só no campo da saúde mental, como também na constituição de um país mais cidadão e com plenitude de direitos – de acordo com a utopia basagliana – para a sua população. Insiste-se aqui que, apesar de não haver respostas prefixadas para o entrave exposto, é possível continuar pensando em transformações coletivas.

Em consonância com a política de saúde mental nacional, os serviços devem ser estruturados para propiciar formas de tratamento descentralizadas, sendo que somente em última instância deve-se recorrer à internação psiquiátrica. Foram pensados para tanto os CAPS como um dos dispositivos de desmantelamento da instituição da loucura, que tem como ícone central o hospital psiquiátrico. O modelo baseia-se na experiência italiana, que estruturou nos CSM o processo inicial do desmantelamento e destruição do “circuito psiquiátrico”, criticado por Basaglia desde os tempos de Gorizia, na década de 1960. Os CSM foram estruturados no território²⁴, sendo a cidade esquadrihada em zonas populacionais em torno de sessenta mil habitantes. Em um primeiro momento, a cidade de Trieste contou com sete CSM e mais uma equipe de saúde mental no hospital geral, todas 24 horas, para suportar a demanda relativa às pessoas com transtornos mentais, estrutura que substituiu totalmente o manicômio. Este também é um dado importante para se pensar o processo de Reforma brasileiro.

Tendo sido nossos CAPS inspirados nos CSM italianos, a sobrecarga nesses serviços aqui será premente (Lancetti, 2008), pois eles não devem ser uma estrutura isolada neste trabalho dito territorial, como se pode identificar em várias de nossas cidades brasileiras. Sem a ampliação das ações no território e o fortalecimento das redes socioassistenciais, os CAPS ficam enfraquecidos pelo excesso de demanda e pela escassez de recursos e outras possibilidades de enfrentamento das crises e vulnerabilidades que o sofrimento mental impõe às pessoas com tais transtornos. Ferreira Neto (2011) infere que em muitos casos os CAPS se vestem de um papel uniformizador e homogêneo em suas atuações e vai contra as conquistas alcançadas pelas lutas sociais, que, no caso, ilustram nosso movimento de Reforma. O financiamento dessas estruturas pelo Estado atrai muitos municípios, que vislumbram angariar fundos para seus cofres em detrimento da potencialidade criativa e inovadora que a desinstitucionalização preconiza. Ainda assim, para o autor a resistência aos programas e às

²⁴ Neste caso, refiro-me à estruturação da desinstitucionalização na cidade de Trieste na década de 1970. Para informações mais aprofundadas, verificar Barros (1994) e I. F. Passos (2009).

políticas instituídas seria uma forma de enfrentar a padronização e o controle dos modos de vida, o que denota uma luta política sempre inacabada e se reinventando a cada obstáculo ou conquista alcançados (Ferreira Neto, 2011).

De acordo com Lancetti (2008), as políticas nacionais de saúde mental deveriam ter começado o processo de implantação dos CAPS na modalidade CAPS III, que são as estruturas que funcionam vinte e quatro horas, para todos os serviços, ofertando hospitalidade diurna e noturna. Para o autor, os CAPS brasileiros, em pequeno número na modalidade CAPS III, não fazem uma interlocução efetiva com a cidade e seus problemas e tampouco se preocupam com a diminuição das internações psiquiátricas. Nesta conjuntura, são os pacientes que devem se enquadrar à estrutura dos serviços, o que gera contradições e asfixias para toda a sorte na rede socio sanitária. (Lancetti, 2008; Saraceno, 2001; Goldberg, 1994; Basaglia, 1985). Esclarece Lancetti (2008):

Tal linha de ação foi criando uma corrente tecnocrática e burocrática: os Caps envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo. Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes, como dantes, voltam a centralizar-se no psiquiatra. Retornam os ambientes sombrios e o odor de *halloperidol* que caracteriza, pelo cheiro, o hospício ou a clínica (p. 47-8).

De outro lado, Merhy (2013) nos indica que existem problemas significativos na formação dos nossos CAPS, não somente em relação à sua estruturação concernente ao tempo de funcionamento ou composição de equipe. Um deles é a exasperação da equipe para procurar métodos clínicos que sejam capazes de tornar o louco menos louco e crer que suas ações técnicas são suficientemente inclusivas. O autor indica que não conhece uma experiência definitiva que tenha solucionado esse déficit, nem em cidades com CAPS III. Pontos desarticulados na rede de assistência se esgotam em seus esforços para tentar dar conta da infinita demanda da população, além de comprometer também a produtividade dos técnicos dos equipamentos de saúde mental. Merhy (2013) é categórico ao afirmar que não se deve pautar por receitas ou modelos de redes que deram certo em outros lugares. Para o pesquisador,

cada coletivo deve problematizar, no seu fazer, a implicação com o agir antimanicomial e a construção de tempo real de trabalho, no interior da equipe, dirigindo-o, intencionalmente, para fabricar novos sentidos para o viver do louco e da loucura na sociedade, abrindo novas pistas, em cada lugar onde os Caps são construídos (p. 223).

Os modelos realizados em outros lugares devem funcionar “como pistas, como momentos e lugares para mirarmos, como alimentos para digerirmos e ressignificarmos com nossos fazeres, com nossos coletivos reais, nos nossos mundos concretos” (*Id. ibid*, p. 217).

É esta linha de fuga que se pretende imprimir à caminhada desta pesquisa: mirar em exemplos e delirar em espaços lisos com nossos loucos em novas trilhas. Para maior aprofundamento da temática específica das Reformas ou dos problemas enfrentados com elas, cita-se, brevemente, este início do nosso movimento de mudanças e indica-se a leitura de alguns autores que abordam detalhadamente este momento, seja no Brasil de forma ampla, ou em alguns estados, como Bezerra Jr e Amarante (1992), Amarante (1994; 1995), Lobosque (1997), Barreto (2005), Palombini (2007), Yasui (2010) e Ferreira Neto (2011).

Abordam-se, a seguir, alguns movimentos nacionais que demonstram claramente um viés não manicomial e que colocam o Brasil no rol de países com relevantes experiências no plano da Reforma Psiquiátrica. O destaque dessas práticas mais recentes, que partem da década de 1990, ilustra o intuito deste texto de cartografar algumas experiências que possam fazer bifurcar os caminhos dos interessados no tema e suscitar, alimentar outras formas de fazer e de cuidar no campo da saúde mental e nos espaços da vida em seus territórios. Uma trajetória brasileira com as marcas e influências da desinstitucionalização em seus caminhos traçados atualmente e com características peculiares de uma práxis, pode-se dizer, mestiça, acompanhando Ferla (2004) e Rolnik (2005), que se desenvolve de diversas maneiras e tendo como marca de destaque as singularidades da loucura no fazer comum de clínicas alcançáveis e acessíveis ao coletivo.

4.3 A clínica antimanicomial

O Movimento Antimanicomial ou Luta Antimanicomial, conforme definição de Lobosque (1997), é um marco fundamental no processo de Reforma Psiquiátrica nacional. Nesta experiência, é destacada a ênfase acentuada no “envolvimento da sociedade civil,

sobretudo através da organização de técnicos, familiares e usuários no movimento da luta antimanicomial” (Minas Gerais, 2006). A sociedade civil apresenta-se como um importante conector no cuidado e na assistência da loucura, sendo a participação social um veículo essencial para a tão ensejada conquista da cidadania. Para que isso possa ser alcançado, os militantes (como preferem ser denominados os atores, loucos ou não, da Luta Antimanicomial - LAMA) preconizam que é preciso construir um espaço social onde a loucura encontre algum cabimento (Lobosque, 1997). Esta é uma das diretrizes principais da LAMA, com destaque para o extermínio progressivo dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços alternativos (ou seja, tudo que não for manicomial, hospitalocêntrico) eficazes na assistência às pessoas com sofrimento mental. Em sintonia com a proposta basagliana da destruição total do manicômio pretendida ainda nos tempos da experiência de Gorizia (Basaglia, 1985), a clínica antimanicomial considera que a humanização, ou modernização, dos manicômios é incompatível com a proposta de viabilização da cidadania proposta pela LAMA.

Este segmento da pesquisa apoia-se mais no movimento da clínica antimanicomial ocorrido e teorizado em Minas Gerais por meio do Programa Saúde em Casa – Linha-Guia de Saúde Mental (Minas Gerais, 2006) e da produção da psiquiatra mineira Ana Marta Lobosque, em especial. Outras referências serão utilizadas para compor o texto.

A Luta Antimanicomial ou Movimento Antimanicomial, doravante designada de Clínica Antimanicomial, teve influência direta do MTSM e da mobilização social acerca de melhores formas de tratamento para os loucos. A cidadania foi colocada nas pautas de discussão da nossa Reforma. Para iniciar de forma contundente a ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado, a negação da exclusão deveria ser fortemente combatida, por meio da extinção dos hospitais psiquiátricos e da construção de redes de assistência na cidade que oferecessem às pessoas assistidas a efetivação de seus direitos civis. Portanto, pode-se afirmar que a Clínica Antimanicomial tem um viés de luta política, demonstrando claramente sua filiação à tradição basagliana (Amarante, 1995).

Em seu livro *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, Amarante (1995) desenvolve uma importante pesquisa sobre o histórico da assistência psiquiátrica no Brasil, suas lutas e transformações, desde a implantação do primeiro hospital psiquiátrico nacional, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro. Também, aborda a sequência de encontros, acontecimentos e guinadas ocorridas no Brasil no âmbito da RP e aponta as primeiras discussões e caminhos acerca do Movimento Antimanicomial brasileiro,

descendente direto do MTSM. Discute, de maneira muito interessante e precisa, a influência que o movimento italiano – a tradição basagliana, denominação que ele mesmo dá – exerceu no começo da Reforma brasileira. Neste trabalho, entretanto, não se pretende retomar as bases dessa discussão. Não de forma detalhada, pois Amarante já o fez de forma brilhante. Reiterando a proposta desta pesquisa, foram elaborados mapas das discussões e ideias que muitos autores ofertam e estruturou-se o território de pesquisa rizomático a partir dos agenciamentos vivenciados ao longo da estrada acadêmica e profissional do autor desta tese. Assim, percorre-se mais pelas terras de Minas nas linhas que se seguem, considerando ainda que neste estado importantes mudanças e reconfigurações aconteceram relativas ao que proponho estudar, a Clínica Antimanicomial.

Ferreira Neto (2011) indica em um estudo sobre o trabalho dos psicólogos no SUS que o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro apresenta momentos de conjunções e disjunções em relação à Reforma Sanitária. Se durante a década de 1970 a Reforma Sanitária apresentou significativos avanços em relação à Reforma Psiquiátrica, na segunda metade dos anos de 1980 houve uma equiparação no que se refere às conquistas no contexto nacional de ambas. O autor relata que a tática de ocupação dos dois movimentos se intensificou (o que mais tarde deflagraria a promulgação da Constituição de 1988 e logo em seguida o funcionamento do SUS) e provocou nova disjunção. Isso porque os trabalhadores que lutavam em prol da RP, impulsionados pelos movimentos que se basearam no lema “Por uma sociedade sem manicômios”, optaram por afastarem-se do Estado para garantir a autonomia do movimento, pautando-se em lutas sociais e construindo alianças com a sociedade civil, com os movimentos populares e com as associações de usuários e familiares. O norte da RP a partir daí foi ampliar o debate para a mídia e conquistar a opinião pública. Atualmente pode ser percebida uma nova aproximação do campo sanitário e do campo da saúde mental com as novas diretrizes do SUS em relação à ampliação do PSF, iniciada em meados dos anos de 1990 e implantada de fato nos anos 2000. Com essa nova organização oriunda do Governo Federal, a municipalização dos serviços de saúde tornou-se destacada e as experiências advindas daí têm, em diversos casos, percursos importantes e que merecem um olhar distinto. A discussão desta nova etapa de expansão do SUS será retomada quando for abordada a Clínica Ampliada, que contempla essa ação compartilhada entre as clínicas realizadas na saúde mental com as demais áreas clínicas da Atenção Primária em Saúde.

Voltando a Minas Gerais, que será o foco desta via, em que se aborda a estruturação da Clínica Antimanicomial, pode-se identificar na capital mineira (e, por extensão, em alguns

municípios mineiros) o contexto das mudanças em relação à RP em três momentos: o de “implantação”, nos anos de 1980; o “antimanicomial”, nos anos de 1990; e o de “apoio matricial”, nos anos 2000 (Ferreira Neto, 2011). Estas definições, propostas pelo Professor João Leite Ferreira Neto, que ilustram de forma precisa o percurso feito nesta parte da pesquisa, serão evidenciadas salientando que se dará importância maior nesta parte do trabalho ao momento “antimanicomial” mineiro.

De forma resumida, percorrem-se os três momentos propostos por Ferreira Neto (2011). O momento de “implantação” é caracterizado pela ação dispersa dos profissionais de saúde mental, com forte inclinação para o atendimento das demandas clínicas voltadas para as crianças. Havia notada ênfase na a integração da saúde mental no campo amplo da saúde, com apoio técnico ao nível primário. O momento “antimanicomial” aborda a mudança radical da experiência belo-horizontina a partir de uma ruptura com o modelo de assistência anterior, que dividia a atenção sanitária em “primária”, “secundária” e “terciária”, sendo o hospital psiquiátrico o ponto forte do período de “implantação”. Foram criados os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), inspirados nos CSM italianos, que, a partir de 2001, com a promulgação da Lei 10.216 (Brasil, 2001), tiveram, como todos os outros serviços de saúde mental brasileiros, seus nomes e funções atribuídas segundo normas (e financiamentos) do MS e denominados de CAPS. Aos pacientes graves, especialmente os psicóticos, pela primeira vez, foi destinada uma rede ampla de cuidados, que pretendia obscurecer o processo de internação psiquiátrica como ponto central do tratamento dessas pessoas. A psicanálise tem uma inserção significativa nessa nova composição de trabalho da rede de saúde mental, permanecendo ainda hoje com algum destaque entre os trabalhadores, gestores e supervisores de vários municípios de Minas Gerais. Entretanto, são visíveis alguns momentos de “separação” dos militantes da Clínica Antimanicomial com a ortodoxia de alguns seguidores da psicanálise, evidenciando certo afastamento do saber freudiano com a proposta de um trabalho territorial, aberto e avesso a técnicas e vocações terapêuticas predeterminadas (Ferreira Neto, 2011; Lobosque 2001, 2003).

A aproximação desta fase de estruturação “antimanicomial”, como será descrito abaixo, com movimentos sociais e grupos/associações de usuários e familiares constituiu também, uma característica forte desta fase. Finalizando essa divisão entre os momentos citados, o “apoio matricial” é, por força das diretrizes legais que ampliaram a rede de serviços sanitários encabeçadas pelo PSF, uma estratégia que visa fortalecer os sistemas municipais, possibilitando uma reorientação estrutural entre a Atenção Básica e a Saúde Mental.

Sinteticamente, as Equipes de Saúde Mental (ESM) devem ofertar um apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESF), o qual se traduz em orientações, supervisões, ações conjuntas e, especialmente, a corresponsabilização dos casos comuns pertencentes aos territórios de atuação das equipes. Ferreira Neto (2011) afirma que a partir dessas ações relativas ao apoio matricial fica evidente um “movimento de interação e diálogo” (p. 121), fundamental para um trabalho que pretende dar conta de uma assistência territorial em saúde. Ocorre neste ínterim o fortalecimento dos vínculos entre os usuários com transtornos mentais e a unidade de saúde onde ele está lotado, ficando os CAPS somente como uma possibilidade de acolhimento em momentos de crise (Ferreira Neto, 2011)

Belo Horizonte não foi um palco solitário no processo de mudanças relativo às experiências com a loucura no estado. O interior também teve importante participação neste contexto. Betim, Brumadinho, Itaúna e João Monlevade, para citar alguns exemplos, desenvolviam um trabalho no início da década de 1990 em que a atuação dos profissionais nos serviços de saúde mental estava voltada à construção da cidadania junto aos tecidos sociais e tensionava os impasses gerados pelo convívio do *socius* com a loucura no território (Minas Gerais, 2006; Lobosque, 1997). Muitos encontros com usuários, familiares, técnicos e sociedade civil eram realizados nos âmbitos municipal e estadual e consolidavam as bases que orientavam o Movimento Antimanicomial no estado de Minas Gerais. Sem dúvida, a influência do MTSM e do “Congresso de Bauru” teve papel preponderante nesse processo. As cidades mineiras articulavam encontros com usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental para trocar suas experiências e dificuldades. A abrangência do trabalho em saúde no país como um todo neste período dava-se por meio de estruturas precárias, especialmente no interior, com prioridade para os atendimentos emergenciais em hospitais gerais e pronto-socorro. Em função disso, merece destaque esta passagem que relata o ocorrido no interior mineiro no princípio dos anos de 1990.

Por ter trabalhado durante quase seis anos no CAPS de João Monlevade, tive acesso a um arquivo “caseiro²⁵”, que ainda se encontra em meio a documentos importantes do serviço,

²⁵ Trata-se de um grande livro, de fato, com 70 x 50cm, aproximadamente! Sua capa é artesanal, feita na oficina do serviço, que documenta diversos trabalhos artísticos, intervenções na cidade, debates com outros setores de assistência pública do município e eventos culturais com técnicos, usuários e familiares, além da comunidade. São encontradas reportagens de jornais da cidade e região, do CRP/MG, informando sobre eventos em saúde mental na região e na capital, com participação de técnicos de Belo Horizonte, Brumadinho, Itaúna e Betim, além de professores da Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG), atual Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG). Há o registro da visita do então deputado pelo PT Paulo Delgado, que discutia seu

indicando a mobilização do município para questões referentes à assistência em saúde mental por intermédio de um ambulatório psiquiátrico desde 1989. Ali estão registrados os primeiros trabalhos resultantes de oficinas que o “hospital-dia” produzia com seus usuários. Foram feitas excursões para Santos, ainda em 1989, para conhecer a experiência da “tomada da Casa de Saúde Anchieta” por trabalhadores de João Monlevade e Ipatinga. No ano seguinte, foi estruturada a Divisão de Saúde Mental de João Monlevade. Lobosque (1997) faz menção ao deslocamento de delegações representativas de trabalhadores da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) em 1991 a Santos, para “verificar com vagar e cuidado o processo daquele município; e esse contato veio apontar problemas e soluções até então inimagináveis para nós, mineiros” (p. 55).

Lobosque (1997) cita que três princípios são importantes para que uma prática da Clínica Antimanicomial seja efetivada: o da singularidade, o do limite e o da articulação.

a) Princípio da singularidade – o ideário individualista deve ser substituído pela produção de um coletivo de grande expressividade, com a articulação de diversas singularidades entre si. É preciso levar em consideração a “discordância fundamental”, sendo a clínica uma espécie de facilitadora do sujeito, para que ele sustente sua diferença sem excluir-se do social. “Daí o trabalho clínico, que se coloca, sim, caso a caso: conduzir o tratamento de forma tal que o sujeito siga o caminho que lhe é próprio – mantendo-o, ao mesmo tempo, cabível nos limites da cultura” (Lobosque, 1997, p. 23).

b) Princípio do limite – conecta-se ao primeiro para dar cabo a qualquer movimento que induza a exclusões em relação à diferença que a loucura provoca na cultura, pelo seu excesso ou desordenamento característico. Introduzir o louco na cidade é reinventar os

projeto de lei recém-encaminhado à Câmara dos Deputados em Brasília. No livro, uma espécie de informativo geral das ações do Serviço de Saúde Mental de João Monlevade (SESAMO), constam informações e fotos do trabalho realizado no serviço em sua fundação, em 1990. Há a informação de que uma equipe interdisciplinar, em 1989, iniciou as ações em saúde mental no município e, já no ano seguinte, o serviço ganhou sede própria. As atividades destacadas como metas em 1990 eram: o Jornal Abra-te SESAMO, criação da Associação dos Usuários, a ASSUME – JM, um Centro de Convivência e a aproximação com outros serviços da cidade e de serviços de saúde de municípios vizinhos, por meio de consórcio intermunicipal. Atualmente, existe o Centro de Convivência, chamado de “Espaço Convivência”, que funciona desde 2007. A ASSUME foi fundada em 1997 e até hoje está em atividade. O jornal foi editado durante os anos de 1990, mas há muito deixou de existir. O Espaço Convivência e a ASSUME sobrevivem, mas sem tanta conexão com o SESAMO, que a partir de 2001, foi credenciado no Ministério da Saúde como um CAPS II. Creio ser importante resgatar a história destes municípios citados e fazer um aprofundamento desse percurso genuinamente antimanicomial, o que, todavia, escapa do objetivo desta pesquisa.

próprios limites que a sociedade impõe às diferenças, sendo necessária uma clínica que faça a interlocução com outras práticas e pensamentos.

c) Princípio da articulação – provê uma clínica que faz interlocução com outras práticas e pensamentos. Entende-se que uma sociedade sem manicômios exige transformações sociais que englobam as áreas econômica, política e ideológica do *socius*. De forma autônoma em relação aos entes governamentais, a Clínica Antimanicomial deve articular-se com outros movimentos sociais com posição política incisiva e que vise ao exercício da cidadania. A Linha-Guia de Saúde Mental de Minas Gerais especifica e, ao mesmo tempo, aproxima as questões centrais dos movimentos sociais aos da Clínica Antimanicomial. Ela considera que os movimentos sociais objetivam “propiciar que indivíduos, grupos e coletividades se tornem protagonistas de sua história, capazes de reunir em sua ação as questões de interesse geral às particularidades da sua identidade pessoal e coletiva” (Minas Gerais, 2006, p. 90). Lüchmann e Rodrigues (2007) apontam que os movimentos sociais são “ações coletivas de caráter fragmentário e heterogêneo que destinam boa parte de suas energias e recursos para o gerenciamento de sua complexidade” (p. 400). Os autores continuam a reflexão:

Além do que, os movimentos sociais, nas sociedades complexas, são redes de ações que desenham uma estrutura submersa, um mosaico formado por indivíduos e grupos que, em estado de latência, gestionam, no cotidiano, as lutas, reflexões e os questionamentos acerca da realidade social. A visibilidade ocorre nas ocasiões de mobilizações coletivas que trazem à esfera pública, a partir de manifestações, protestos, encontros, eventos, a condensação, socialização, os conflitos e recriações deste mundo latente (p. 401)

Para que a Clínica Antimanicomial tenha êxito em suas proposições, Lobosque (2001) sugere que as “experiências com a loucura” devem ser entendidas como questão do sujeito. São considerados quatro pontos fundamentais para que tal experiência aconteça: a dimensão da subjetividade nas experiências da loucura (em particular) e na luta política (em geral); a extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por um modelo assistencial radicalmente diverso; a presença e produção das experiências da loucura no espaço da cultura; e um movimento social capaz de organizar o combate sobre as diferentes formas de exclusão da loucura. Ensina Lobosque (1997):

Uma clínica poderá dizer-se articulada quando levar em conta as configurações da ordem pública em que se inscreve, preocupando-se em modificá-las; quando, considerando a dimensão de seu trabalho para cada paciente, ocupar-se das questões públicas cuja abordagem se faz indispensável para garantir a possibilidade mesma desse trabalho (p. 24)

Com uma crítica acentuada ao tecnicismo exercido em diversos modelos reformistas, a Clínica Antimanicomial desconstrói os saberes prefixados da clínica hegemônica e propõe, tal como podemos identificar na clínica de La Borde, na França, e na tradição basagliana, a participação dos técnicos da saúde mental em ações não estritamente clínicas ao lado dos usuários. Dessa maneira, acontecem assembleias, passeios, festas, oficinas e atividades coletivas que favorecem “a ligação visceral deste trabalho com o mundo – ligação esta que marca, justamente, sua intrínseca diferença ante o hospital psiquiátrico” (Lobosque, 1997, p. 65).

Os serviços devem pensar seu funcionamento distanciando-se dos hospitais psiquiátricos e dos ambulatorios, para se reorganizarem em serviços territorializados e em franca sintonia com a saúde pública e outras instâncias assistenciais, como a educação, o serviço social, o sistema jurídico e os movimentos sociais. Para a Linha-Guia de Saúde Mental (Minas Gerais, 2006), a Reforma Psiquiátrica deve sedimentar-se em algumas perspectivas específicas para se consolidar de acordo com os ditames antimanicomiais. Objetivamente, tais perspectivas se dão: pela superação do modelo hospitalocêntrico (incluindo a superação total do hospital psiquiátrico), pelo respeito às singularidades dos usuários, pela crítica ao tecnicismo, pela coragem do pensamento (que conclama os militantes a tecerem suas práticas com formação teórica e crítica no campo da saúde mental e disciplinas afins), pela implantação de uma rede de serviços substitutivos (os CAPS, os centros de convivência, as moradias protegidas ou não, os núcleos de produção solidária, as unidades básicas de saúde, etc., priorizando o atendimento aos casos mais graves), pela presença na cultura, pela interlocução constante com os movimentos sociais, pela defesa do Sistema Único de Saúde, pela perspectiva da intersetorialidade e, pela transformação social.

A luta política é uma característica destacada do movimento antimanicomial. O espaço público, que demonstra a inspiração mineira do movimento italiano, deve ser um lugar onde as singularidades perpetuem, caracterizando uma “subjetividade política”, feita nas ruas e com muitas diferenças. É preciso executar, segundo os militantes do Movimento Antimanicomial, “a transformação da presença da loucura no espaço social” (Lobosque, 2001, p. 146), e não

permitir que os estilos da loucura sejam uniformizados como doenças e segregados aos ditames científicos normalizadores. Segundo Lobosque (1997), a exclusão da subjetividade e da condição de sujeitos

nos retira o direito de ser diferentes uns dos outros, de termos nossas próprias indagações, nossos próprios projetos, nossas próprias escolhas. As disciplinas psi se apegam a um ideal de normalidade: são tidos como portadores de problemas psíquicos todos os que não se ajustam a certas regras de viver consideradas válidas para todos (p. 67)

Lobosque (1997) sugere que, mesmo não sendo a rua um lugar ordenado para a circulação pública, é sempre nela o local possível para a errância e o extravio dos sujeitos, onde o que não cabe em cada um de nós tem lá o seu lugar. Nesta linha de raciocínio, a rua precisa ser vista como o próprio lugar de inserção social, de coletivos ou indivíduos singulares que têm nela seu lugar e seu território. A cidadania toma contornos irrefutáveis na Clínica Antimanicomial, pois sem o reconhecimento dos direitos civis das pessoas com transtornos mentais e a abertura de possibilidades para que elas tenham a dignidade de morar, trabalhar e de fazer laços sociais e pertencer/conquistar seu território (Saraceno, 2001), o processo de exclusão torna-se imperativo e a assistência volta-se para a saúde, para os indivíduos enfermos (Basaglia, 1985).

A Clínica Antimanicomial ultrapassa a dicotomia entre clínica e política penetrando no campo de batalha das transformações sociais e de resistência ao poder (Minas Gerais, 2006). Lobosque (2001) infere que a luta antimanicomial deve se posicionar no *front* de combate a qualquer tipo de exclusão que “dessubjetive” a loucura. Aspira-se a uma clínica que lute politicamente e que marque o pertencimento da loucura na cidade e em qualquer um de nós, como fizeram os italianos com a invasão de Trieste pelos loucos com seu Marco Cavallo. Enfim, uma clínica que tome partido e se posicione frente diante das relações de poder e que exerça “a experiência política da democracia” (*Id. Ibid* p. 176).

4.4 A clínica peripatética

A clínica peripatética²⁶ é um estilo clínico inovador criado por Antonio Lancetti, psicólogo argentino de orientação teórico-prática deleuziana e institucionalista, que vive no Brasil desde o final da década de 1970. Lancetti inspira-se em alguns nomes importantes da academia para denominar seu modo arrojado e criativo de fazer clínica. O termo peripatético significa “conversar caminhando”, “passear”, tal como fazia Aristóteles com seus alunos na Grécia antiga. É também inspirado na “terapia peripatética” de Freud, em que o psicanalista vienense, em alguns casos, passeava com seus pacientes realizando sessões analíticas. Sobre sua influência em Nietzsche, Lancetti afirma que o filósofo alemão acreditava que era por ocasião das caminhadas que as principais ideias surgiam. Sustenta ainda, que sua grande influência foi a clínica cartográfica desenvolvida por Deleuze (Lancetti, 2008).

A clínica peripatética foi idealizada com base em um fazer prático, que procura abarcar pessoas que fogem aos protocolos clínicos convencionais. Lancetti (2008 e 2006) pontua que os *borderlines*, os violentos, os esquizofrênicos, os jovens e os abusados sexualmente pelos parentes são pessoas que necessitam de uma clínica em movimento, “dentro-fora” dos consultórios, que demandam um corpo a corpo situacional que dê suporte à produção de vidas e subjetividades. Essa prática territorial, que abre caminhos, provoca aberturas e deslocamentos, articula o fora das subjetividades marginalizadas a outros territórios, abrindo ou atualizando o real com a liberdade das ações compartilhadas, indo “do exílio à cidadania” (Lancetti, 2008, p. 17). Transitar com os pacientes pela cidade, proporcionando uma interação com terceiros em locais diversos, além de ser uma inovação na conduta terapêutica com pacientes psicóticos ou “desadaptados”, é uma forma inventiva e transformadora de clinicar, com uma potência de mudança importante. Muitas vezes, é a única forma de possuir um comando no tratamento de crônicos ou pessoas longamente institucionalizadas. Essa possibilidade pode ter um alcance bem maior no devir do tratamento do que as clássicas sessões no *setting* de um consultório (Bueno, 2011).

Em sua participação na intervenção na Casa de Saúde Anchieta, de Santos (SP), Lancetti mostrou que houve um processo de três etapas, caracterizado por momentos intensos em que os cenários foram construídos, conturbados e demolidos. Ocorreu a apropriação do espaço-tempo da casa, assim como o reconhecimento de território e dos cuidados com as pessoas ali asiladas. Simultaneamente, deram-se diversos obstáculos e enfrentamentos com a

²⁶ Os escritos desta parte da pesquisa são baseados, em sua grande maioria, no livro *Clínica peripatética*, de Antonio Lancetti (2008), relacionado nas referências desta tese.

justiça e com os antigos dirigentes e no contato da loucura com a cidade. Depois, foi preciso demolir o que restava de manicomial naquele espaço, para a produção de novos territórios, novos coletivos, numa desconstrução manicomial reterritorializada em clínica antimanicomial para “pôr as pessoas de pé” (Lancetti, 2008, p. 22).

A experiência de Santos, com seu vivo processo de invenção e construção, foi uma demonstração incisiva do ato de desinstitucionalizar, em que a experimentação peripatética teve fértil cabimento. Um território repleto de *outsiders*, normalizado pela égide do tratamento psiquiátrico destinado a loucos, *borderlines* e doentes mentais de toda a sorte, começa a fabricar ferramentas de trabalho e modos de agir que reinventaram o universo desolado desses sujeitos. Da nulidade de intercâmbio que acontecia dentro da Casa Anchieta, os protagonistas da mudança inverteram as relações dobrando a instituição para fora. Ou seja, trouxeram a cidade para dentro do hospital, por meio de inúmeros eventos, e estenderam o hospital para fora, com outros eventos e conexões com as diversas redes do serviço público e da comunidade. O hospital passou a exercer a função de hospedaria para quem precisasse de cuidados específicos, tais como, procedimentos clínicos, encontros com familiares ou acolhimento de crises agudas. Mas também passou a figurar como uma espécie de terminal de encontros, conector de vias e territórios para que o “terror”²⁷ não fosse tomado como signo mais significativo na volta dos ex-asilados à sua comunidade (Kinoshita, 1996).

Em termos deleuzianos, pode-se inferir que houve uma produção inteiramente nova e criativa, que forjou territórios existenciais expressivos e deslocou o pensamento coletivo para ações novas, transversais e transdisciplinares. A ação dos técnicos e assistidos invadiu a cidade e provocou o agenciamento das multiplicidades que experimentaram na comunidade novos espaços de cuidado e de produção de vida que até então eram apenas virtualidades. A cidade foi invadida por processos e encontros de sociabilidade e cidadania que capturaram outros coletivos em outros lugares e cidades brasileiras.

Outra intervenção pensada da clínica peripatética é a “pedagogia da surpresa”. Neste caso, a estratégia consistiu em utilizar-se do fator surpresa para antecipar-se ao paciente ou à pessoa que se quer abordar. Dessa maneira, evitam-se os desvios ou as negativas de interpelação ou de intervenção agendada. Quando o encontro é favorecido pela surpresa,

²⁷ Retomo aqui o significado que Haesbaert (2011) atribui a território, para expandir a ideia de Deleuze e Guattari sobre a desterritorialização, abordada neste trabalho, no capítulo 2.

evita-se a força do poder de polícia médica e constrói-se a “ascendência afetiva”, uma espécie de poder conquistada pelo terapeuta quando ele se dispõe a afetar e ser afetado, colocando seu corpo no ato terapêutico e provocando a continuidade do processo de mudança em âmbito de franca liberdade.

A experiência de Lancetti com o projeto Qualis, em São Paulo, em 1998, trouxe uma forma de lidar com as populações assistidas pelo PSF bastante original e que tinha como fundamento a promoção da cidadania e da solidariedade entre a rede pública de saúde e as pessoas do território das equipes. As equipes volantes de saúde mental, baseadas na experiência do Programa de Agentes de Saúde (PAS) em algumas regiões do País na década de 1980, eram compostas por trabalhadores do PSF e, em sua maioria, por agentes comunitários de Saúde (ACS). Havia a determinação na equipe de que o saber deveria ser sempre compartilhado, sendo ele no âmbito técnico, científico, cultural ou popular. Uma grande articulação da rede sanitária com a comunidade era exercida principalmente pelo fato de os ACS serem membros da comunidade e integrantes do PSF (Lancetti, 2000). Certamente, esses dados da clínica peripatética não causam surpresa nem apontam para possíveis mudanças na atualidade, pois tal formato de trabalho está prescrito nas diretrizes da ESF pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada oficialmente pelo MS²⁸, ampliando as ações dos ACS (Brasil, 2012). Aliás, muito do que foi experimentado no projeto Qualis/PSF de São Paulo pode ser visto, com evoluções, nas políticas públicas nacionais da área da saúde.

Na implantação deste projeto, uma série de prerrogativas, discutidas no processo de formação e treinamento das equipes, tinha a intenção de diferenciar o programa da normalidade e trazer novidades, utilizando-se das bases do que o SUS definia como fundamental para o exercício pleno da cidadania. De forma sucinta, elencam-se as cinco propostas fundamentais:

- a) O usuário é procurado onde está, isto é, em sua casa ou na comunidade;
- b) As pessoas e seus grupos familiares são conhecidos pelos nomes e história de vida;

²⁸ O PSF iniciou suas atividades em 1994. Ao longo dos anos, tem expandida sua área de atuação. De 2006 em diante, já com a denominação de ESF, o MS ampliou ainda mais as ações na área da Atenção Básica, com forte entrelaçamento com a Saúde Mental. Veremos mais acerca deste tópico na discussão sobre clínica ampliada.

- c) A equipe deve resolver o máximo das demandas em sua região, evitando encaminhamentos desnecessários;
- d) Coletivização das ações em saúde;
- e) Centralização do trabalho na equipe, e não no médico (Lancetti, 2002).

A radicalidade do projeto descrito está no fato de que o “comum”²⁹, exaltado neste trabalho por Lancetti (2008), não abrange a extensão da comunidade em si, mas “é baseado na comunicação entre singularidades e se manifesta por meio de processos sociais de cooperação e produção. As singularidades não são tolhidas no comum” (p. 94). Os ACS atuam diretamente e com conhecimento de causa no contexto existencial das pessoas da comunidade, no comum e no comunitário. Sua potência está na produção de uma comunicação de singularidades manifestada nos processos sociais e colaborativos que expressam uma nova soberania democrática. “Inserir o conceito de comum na clínica é fundamental para elaborar projetos terapêuticos.” (*Id. ibid*, p.124).

Duas definições das práxis peripatéticas vinculam-se aos terapeutas que trabalham em movimento: a “função-bá” e o “amigo terapêutico”. Na primeira, Lancetti considera que, por terem os peripatéticos saído do consultório, eles exercem uma função que é considerada tão subalterna quanto à das babás; ou seja, executam trabalhos “menores”. Entretanto, é pontualmente esta função de cuidar e nunca desistir, de sustentar um tratamento, que diferencia esta equipe profissional. Mesmo com novas recaídas, outros problemas com o contexto familiar e outros surtos, o “cuidado funciona abrindo e fechando o processo terapêutico” (Lancetti, 2008, p. 106). A equipe com “função-bá” suporta as intempéries de um processo que, por vezes, se torna difícil e, ao mesmo tempo, conecta-se a outros trabalhadores e parceiros com territórios que se abrem e conduzem a novos fazeres produtores de vida.

O “amigo terapêutico”, para Lancetti (2006), carrega consigo a afeição e oferta a confiança, colocando-se como “um igual na relação”. Por meio da amizade, que é terapêutica, o autor afirma que tal relação transforma-se num aliado para a fuga da subjetividade escravizante que a pós-modernidade encerra nas pessoas. A conjunção amigo-terapeuta é

²⁹ Lancetti baseia-se na conceituação de Antonio Negri e Michael Hardt, autores dos livros *Império* e *Multidão*, abaixo referendados: Hardt, M. & Negri, A. (2001) *Império*. Rio de Janeiro: Editora Record; Negri, A.& Hardt, M. (2005) *Multidão: Guerra e democracia na era do Império*. (C. Marques, trad.). Rio de Janeiro: Record.

“uma relação de aliança: especialmente nas horas em que atravessa com o parceiro o limiar dentro-fora da instituição de internação. É o momento de felicidade do *setting* móvel, quando vêm à tona lembranças antigas, sonhos, projetos” (p. 116).

Para Lancetti, a amizade é um dos grandes acontecimentos da experiência humana. Ele cita o filósofo grego Cícero para reforçar a função da amizade na vida das pessoas, levando em conta a questão da afeição. Se numa relação entre parentes podemos ter acabada nossa afeição, na amizade a relação será extinta se isso acontecer. A afeição substanciada na amizade pode ser capaz de “furar o cerco das separações, das cisões que sustentam o muro e justificam o fracasso da psiquiatria, da psicanálise e da psicologia com certo tipo de pessoa aqui em pauta” (Lancetti, 2008, p. 24). A amizade pode ser compreendida aqui como uma das funções paradoxais empreendidas por Lancetti para contrapor a ordem clínica vigente e construir, por meio do vínculo e da afetação recíproca, territórios potentes para o cultivo da vida e da solidariedade entre as pessoas. Enfim, uma clínica artesanal, como o autor propõe, dentre as diversas maneiras de atuar e produzir da clínica peripatética.

A “complexidade invertida” é outro conceito paradoxal inventado pela práxis peripatética de Lancetti para dar conta da burocracia e do afastamento em que, muitas vezes, a clínica hegemônica e tecnicista se vê enredada. Para o autor, a hierarquização dos procedimentos de saúde, que vai da simples à alta complexidade, tende a obscurecer determinadas ações em saúde, por categorizar os processos e não levar em consideração o território existencial das pessoas, propondo intervenções no corpo, aqui descrito como acepção biológica. As intervenções convencionadas como complexas, especialmente as hospitalares, tem para Lancetti um sentido contrário: são procedimentos simples e que tendem à simplificação, tornando o paciente cada vez mais “simples” e empobrecido. Percebe-se neste ponto uma aproximação com o protesto firme e interminável que Artaud³⁰ impunha a seus algozes manicomiais toda vez que ele tinha uma crise psicótica aguda e era forçado a internar-se. Artaud insistia que o tratamento destinado aos “encarcerados da sensibilidade” era uma violenta intervenção contra seus corpos impostos pela ditadura social, que impede os homens de pensarem e agirem livremente. A sabedoria “sobrenatural” da psiquiatria ao exercer a coerção para curar algo legítimo para ele, o delírio, era algo absolutamente desproporcional. O dramaturgo francês afirmava que era inadmissível frear uma produção

³⁰ Ver Artaud, A. (1983) *Escritos de Antonin Artaud*. Porto Alegre: L&PM.

delirante, tomada por ele como algo lógico e natural como qualquer outra sequência de ideias e atos humanos. O protesto de Artaud faz enorme sentido, também, quando se pensa no sistema de cura imposto pelo saber-médico científico, que confunde “a matéria com o espírito” ou, pelo menos, considera muito mais as afecções somáticas do que as existenciais e psíquicas. Para Lancetti (2008), as ações em saúde mental no território transcendem o caráter geográfico para se imiscuírem nos universos culturais locais e na vida das pessoas, sendo por isso extremamente complexas.

Em suas *Sínteses Metodológicas* Lancetti (2002) infere que as pessoas não são acometidas por transtornos mentais e físicos separadamente. Portanto, devem ser consideradas “as condições ambientais, sociais e mentais [que] formam parte de ecologias inter-relacionadas” (p. 117). As ações devem considerar o fato de que o paciente, antes de ser um “ente” psicopatológico, é um cidadão.

A complexidade das intervenções se faz a partir da substituição da ação de contenção para a continência, que induz a equipe a trabalhar e suportar as crises com o “contato físico, com presença e firmeza e fundamentalmente sem a clausura que implica trancar alguém num quarto forte” (Lancetti, 2008, p. 108). O autor indica que este ato provoca o exercício da “democracia psíquica”, definida como uma estratégia tecida pela equipe para suportar as relações dos vínculos e das transferências que uma intervenção requer e, ainda, reconhecer os signos e representações sociais que os pacientes e suas famílias têm sobre o mundo. É preciso, dessa maneira, fabricar coletivamente novos mundos existenciais, elaborando um projeto terapêutico “ao mesmo tempo singular e coletivo” (*Id. Ibid*, p. 109). A “complexidade invertida” leva em consideração a intensidade dessas novas redes que se formam e se , reterritorializando-se com outros interlocutores e gerando novos efeitos, agenciamentos e paradoxos que se originam de um *setting* clínico em movimento, que acontece no âmbito territorial.

4.5 A clínica ampliada

A clínica ampliada pode ser entendida como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização que enseja a qualificação do modo de se fazer saúde. Tem como um dos elos principais a ampla cobertura à população brasileira na esfera do sistema de assistência à

saúde, tendo em vista um cuidado que atenda territorialmente a comunidade e que equipe melhor os municípios com menor efetividade nesta área. A escuta do usuário é o primeiro passo para a compreensão do adoecimento e, a partir dela, é vislumbrada a promoção e a produção de saúde junto aos usuários. Com as mudanças decorrentes das políticas públicas brasileiras disparadas com a estruturação do PSF e oriundas das prerrogativas SUS, a atenção em saúde de amplitude territorial torna-se um elemento fundamental para os caminhos de uma assistência universal e integralizada capaz de atender amplamente às necessidades da população. Este é certamente um ponto de discordâncias, conflitos e polêmicas, visto há temos problemas importantes na assistência sanitária em qualquer âmbito. Neste trabalho, trata-se especificamente das questões relacionadas à saúde mental, que invariavelmente se entrelaçam aos protocolos e designações legais do MS e do SUS.

Para Dimenstein et al, (2009), o ato de cuidar implica o alargamento da compreensão do conceito de saúde, considerando o modo de vida das pessoas e concebendo a saúde como um recurso para a produção de sua vida diária. Dessa maneira, a unidade básica de saúde tornou-se o lugar de excelência para este tipo de acompanhamento. As autoras consideram que o PSF, por ser a base estrutural das políticas públicas nacionais em saúde, deve articular seus fazeres não só com as instituições sanitárias, mas também “com diferentes segmentos sociais e institucionais, visando interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade” (Dimenstein et al, 2009, p. 65).

Em função da incorporação das ações de saúde mental na atenção básica, o MS propôs a estratégia do apoio matricial, “para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (UBS)” (Dimenstein et al, 2009, p. 66). Todavia, antes de caracterizar a clínica ampliada e sua conexão com as clínicas da desinstitucionalização, é importante contextualizar a análise que Campos (2003; 2007) desenvolve sobre as concepções de trabalho em saúde e sua gestão institucional por meio da função paideia. Ressalta-se a importância deste percurso por considerar necessário o entendimento da origem desta política, que discute hoje a saúde mental na atenção básica, fruto de um caminho longo e cheio de misturas e incorporações experimentadas nas junções e nos afastamentos do processo de Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Em um primeiro momento, Campos (2007) cria conceitos e ideias para ressignificar o modo como se produzem “bens e serviços necessários ao público, mas também [o] cuidar da constituição dos Sujeitos e Coletivos” (p. 14). Neste contexto, a cogestão de coletivos organizados para o trabalho tem em seu método a identificação de três atores principais: usuários, trabalhadores e gestores:

os usuários (dos produtos ou serviços) identificam-se predominantemente com a finalidade declarada ou a produção de valor de uso; os trabalhadores com a produção deles mesmos como sujeitos; enquanto que os gestores ou donos com a sustentabilidade, reprodução da instituição e, nas empresas capitalistas, com a mais valia. A tarefa da co-gestão seria viabilizar contratos e compromissos, sempre provisórios e sujeitos a revisão, entre estes atores, possibilitando alguma viabilidade aceitável do ponto de vista de cada um deles (Cunha & Campos, 2010, p. 33)

Na concepção de Campos (2003), o trabalho não deve configurar-se somente como um meio de sustento material, e sim como uma implicação na constituição das pessoas e de sua rede de relações, refutando as concepções dominantes e alterando as relações de poder para a construção de uma democracia institucional, combinando compromisso social com liberdade (Campos, 2007). Esclarecem Cunha e Campos (2010):

O conceito de co-produção é um instrumento de co-gestão porque possibilita a composição e a construção de um conhecimento singular transdisciplinar nas equipes multiprofissionais. Nestes espaços é necessário um saber novo e singular, sem negar os recortes disciplinares possíveis e sem deixar de fazer escolhas e definir prioridades. O conceito de co-produção ao propor um sujeito, sob tensão de diversas forças (com diferentes durações, evidentemente), aposta no movimento e na possibilidade de transformação. É por isto que o Método Paidéia, também conhecido como método da roda, sintoniza-se com muitas tradições libertárias da educação e da política ao apontar que: *ninguém sai da roda (de co-gestão) da mesma forma que entrou* (p. 36)

O objetivo do método é produzir-se no processo de produção; isto é, aumentar a “capacidade de análise e intervenção ou, em outras palavras, da capacidade antropofágica de – sem negar forças internas e externas, mas justamente lidando com elas – (re) inventar-se.” (Cunha & Campos, 2010, p. 36). Fundamentalmente, o método paideia é crítico à “Racionalidade Gerencial Hegemônica” e propõe “uma reconstrução operacional dos modos

para fazer-se a co-gestão de instituições e para a constituição de Sujeitos com capacidade de análise e de intervenção” (Campos, 2007. p. 234).

Campos (2003) desenvolve em seu livro *Saúde Paidéia*, derivado do citado *Um método para análise e co-gestão de coletivos* (Campos, 2000/2007) um método para ampliar o modelo de “clínica oficial” que vigora nos tempos atuais. Segundo o autor, paideia é um conceito originado na Grécia antiga, que quer dizer “desenvolvimento integral das pessoas” (Campos, 2003, p. 25). Neste sentido, para que haja eficácia na promoção e prevenção de saúde, é essencial que a sociedade seja envolvida na elaboração das normas e regras que tratam deste tema, sendo importante

aumentar a potência de intervenção dos vários agrupamentos envolvidos diante de um problema sanitário relevante: a equipe técnica, o grupo vulnerável, a comunidade, movimentos, organizações, instituições, etc. (...) saber sobre os problemas e agir sobre eles. Saber e fazer. Teoria e Prática. (Campos, 2003, p. 26).

O método paideia, conforme sugere seu criador, pode ser aplicado em diversas configurações em que se ofertam serviços públicos de saúde. Neste momento, limita-se a “intervenção” ao estilo paideia ao campo da Saúde Mental. Mais ainda, na proposta de uma “clínica reformulada e ampliada”. Aqui, este método consiste numa reflexão que estrutura uma gênese clínica influenciada pelos ensinamentos de Gramsci, Sartre e Basaglia. O sanitarista campineiro parte da discussão gramsciana sobre os intelectuais orgânicos, o potencial criativo das massas, dos coletivos e dos indivíduos, compondo essas proposições com os grupos sujeitos, de Sartre, inclinados a desviarem-se das estruturas dominantes para a construção da liberdade e de novos modos de convivência, mais justos e humanizados. Com Basaglia, Campos parte da influência fenomenológica que teve o psiquiatra italiano em deslocar o foco da doença para a existência sofrimento da pessoa, com a perspectiva da cidadania ativa e do protagonismo, reconhecendo-o como sujeito de direitos e argumentando, ao mesmo tempo, “sobre a necessidade de preparar-se para fazer valer os próprios direitos, construindo um mundo melhor para o Sujeito e para os outros” (Campos, 2003, p. 54).

A reforma da clínica moderna proposta por Campos propõe uma ênfase no sujeito concreto, que, no caso, é portador de alguma enfermidade. Ele assinala que vai além da “picada aberta por Basaglia” (*Id. Ibid*, p. 54) ao contemporizar que o italiano lutava por uma

mudança estrutural, do âmbito manicomial à comunidade, e que, naquelas circunstâncias, grande parte da luta era em prol do protagonismo político dos pacientes dessubjetivados pelo manicômio e pela ditadura psiquiátrica combatida pelo movimento ocorrido na Itália. A clínica do sujeito³¹, ensejada por Campos, tenta dar conta da doença como um processo humano que, na sua integralidade, traz em si distúrbios, sofrimentos, dores e outras mazelas. “Então, pôr a *doença entre parênteses*, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida, agora, em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto” (*Id. ibid*, p. 55). Campos, literalmente, amplia as possibilidades de atuação da clínica para abarcar uma assistência majorada nas redes territoriais, com uma conjunção clara da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária. Nesta aposta de mudanças, o tratamento nas redes brasileiras passa a ser realizado no complexo circuito assistencial da APS, fortalecendo a cobertura dos cuidados sanitários, especialmente em cidades que não contam com uma base adequada destes serviços (Penido, 2013).

Campos deforma o conceito de instituição total, de Goffman (1974), para o de “doença total”, no intuito de demonstrar que a medicina que trata a doença como um objeto, a “clínica clínica”, desconsidera a dimensão da existência das pessoas perdendo, assim, “até mesmo a capacidade de resolver problemas clínicos” (Campos, 2003, p. 57). O reducionismo praticado por este tipo de clínica, que é voltado para noção de cura, produz indivíduos fragmentados e estabelece um processo de multiplicação de especializações quase impossível de ser gerido em processos terapêuticos coerentes. Outro tipo de clínica, a “clínica degradada”, é permeada por limites externos impostos à prática clínica, onde “a mescla de uma política de saúde inadequada com um comportamento alienado de médicos que a praticam, atendem os casos de forma padronizada, quase que independente da gravidade e das necessidades de cada um de seus pacientes” (*Id. ibid*, p. 60).

Um exemplo claro deste tipo de clínica degradada é descrito por Cunha (2004) quando se refere ao exercício desta clínica nos Pronto-Atendimentos (PA) dos municípios. Tais instituições concentram a maioria das estruturas de média e alta complexidade de um contingente importante de assistência em saúde das cidades brasileiras.

³¹ Campos indica que a Clínica do Sujeito, proposta pelo método paideia, é a clínica que deve ser destinada ao sujeito com algum tipo de enfermidade. Um sujeito concreto que, com sua enfermidade, deve ser acolhido e cuidado também no padecimento do seu corpo, sem negar a sua questão ontológica.

As conseqüências negativas do PA são bastante consensuais no campo acadêmico: medicalização, altos custos, baixa autonomia dos usuários, ineficácia para as doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos. No entanto, o PA está presente e, em muitas das vezes, viabiliza a “sobrevivência” de modelos de atenção burocratizados e ineficazes nas Unidades Básicas (p. 33)

O terceiro tipo de clínica é a “clínica ampliada”, ou “clínica do sujeito”. Campos (2003) indica que deve haver uma ampliação, e não uma troca, “do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica” (p. 57). Para o autor, o campo de responsabilidades desta “nova clínica” seria resultante de uma “síntese dialética entre o Sujeito e sua Doença” (*Id. ibid*, p. 57).

Nos dizeres de Cunha (2004), a clínica ampliada

assume uma responsabilidade muito maior do que tratar “o doente e não a doença”. Trata-se de reconhecer um compromisso com o Sujeito e a sua capacidade de produção da sua própria vida. Trata-se de uma clínica que se abre para perceber e ajudar o Sujeito doente a construir sua percepção, sobre a vida e o adoecimento. Para isso, a própria clínica tem que se reconhecer enquanto instrumento de uma instituição muito forte (instituição médica), manipulando saberes e classificações diagnósticas de grande repercussão para os Sujeitos que se submetem a ela, e deve desenvolver a competência de utilizar os poderes que possui e desenvolve na relação terapêutica a favor da autonomia dos Sujeitos (p. 73-4)

Cunha (2004) afirma que, a partir da aceitação dos limites do saber médico-científico, a compreensão das singularidades torna-se viável e que, com isso, é possível a produção de um projeto terapêutico que possa considerar tais diferenças. Para o autor, neste modelo da clínica ampliada

não existiriam quase nunca os purismos das Racionalidades Médicas, dos Modelos Teóricos exclusivistas e das intervenções isoladas - ou no social, ou no biológico ou no psicológico. A vida é entendida toda misturada. Principalmente quando há vínculo e acompanhamento terapêutico longitudinal, não existe preponderância, *a priori*, de um elemento do universal ou do particular, mas uma alternância de relevâncias (p. 121).

Nas palavras de Cunha (2004), o reconhecimento institucional é de vital importância para a qualidade das ações na Atenção Básica e na clínica ampliada. Cada saber considerado advindo do trabalho de uma ou mais pessoas gera o fortalecimento em cadeia da rede formada pela equipe e pelo sistema, que se conecta, assim, de forma mais robusta no território. Os novos saberes incidem em novas rotas, novos olhares (e valoração) na lida “com os recursos possíveis, misturando atividades terapêuticas, atividades de gestão e atividades de informação. (...) Reforça a possibilidade da construção de uma cultura organizacional que rompa com as lógicas corporativas, tão bem estruturadas no campo da saúde” (Cunha, 2004, p. 168).

Na trajetória acadêmica e profissional de Campos, é possível perceber sua implicação com os saberes e as práticas clínicas. Uma incisiva apreciação sobre o processo indissociável entre fazer e saber e a relevância das resistências e desvios que os afetos, tanto do profissional quanto do paciente, provocam na rede de atendimento sanitário. Em *Sobre a Reforma da Reforma: repensando o SUS* (Campos, 1997), o autor indaga:

O fato de que o processo de diagnóstico e de cura é sempre uma relação entre dois sujeitos, nunca redutível a uma objetividade positiva, e sempre influenciado pela história social e características psíquicas dos dois elementos envolvidos nesse jogo, e que mecanismos conscientes e inconscientes, peculiares a esses dois sujeitos, estarão sempre interferindo na história da doença e no processo de atenção à saúde (p. 184)

E, por mais que a medicina e seus manuais avancem na objetivação dos meios de se fazer clínica e seus procedimentos científicos, sempre haverá lugar para o reconhecimento do imponderável, lugar este que a clássica definição do saber médico insiste em camuflar pela célebre frase: “A medicina é a ciência e a *arte* de curar” (Campos, 1997, p. 184). Onde a ciência não penetra ou se paralisa por estar aquém de uma explicação ou de um saber, cabe à arte o papel de mistificação sobre um objeto de que nem mesmo a ciência dá conta, perpetuando o poder da medicina no saber, mesmo que não científico, do manejo com a doença.

Seguindo com este incômodo e insistente olhar sobre a dicotomia que o fazer e o saber clínico podem provocar, Campos (2003) avança em suas proposições ao considerar que é por meio da transdisciplinaridade que a dinâmica do trabalho em saúde elevará sua potência

e eficácia de resultados. Os saberes na área da saúde são articulados numa rede complexa de responsabilidade mútua que, para Campos, significa a corresponsabilização das condutas na assistência em questão. São pensadas as equipes de referência para articularem com o “apoio especializado matricial”, numa organização designada pela horizontalidade das ações. Os especialistas, interdisciplinarmente, funcionam como suporte para o trabalho dessa conexão de equipes, sempre em permanente negociação e conforme a eleição do projeto terapêutico formado em consenso por estes profissionais. Para Campos (2003) essa rede é capaz de

superar a alienação e a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo da reconstituição de Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela. Superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o ex-pacientes, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros. Uma crítica que se pretenda dialética da Clínica clínica está obrigada a desconstruir reconstruindo alternativas concretas de saberes e de práxis: uma clínica reformulada e ampliada (p. 64-5).

O vínculo é um recurso terapêutico fundamental para a afirmação da clínica ampliada. Partindo de seu significado literal, aquele de ligar e atar provocando um duplo sentido, o vínculo propõe “compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa” (Campos, 2003, p. 68). Os pacientes só se vinculam se creem que algo poderá ser feito em prol de sua saúde. Os profissionais, por sua vez, devem entender o vínculo como um compromisso com a saúde de quem demanda os serviços, particularmente das pessoas mais vulneráveis. Vincular-se é afetar-se pelo outro, “pelo modo de ser de nossos pacientes” (Campos, 2003, p. 71). A função do profissional é agir, afetadamente, sobre as pessoas que se colocam sob seus cuidados e ajudá-las a enfrentar seus problemas concretos de vida. A equipe, não apenas o profissional ou técnico de referência,

deve responsabilizar-se pela saúde de uma comunidade (entre três a quatro mil pessoas) e, ao mesmo tempo, destacar de dentro dessa comunidade os casos que necessitam de atenção individual, encarregando-se do seu atendimento eventual ou sistemático. Não é fácil estabelecer critérios práticos para operar essa seleção, contudo a clínica de qualidade somente será possível se se conseguir avaliar riscos e, em decorrência, concentrar atenção em famílias e pessoas com maior vulnerabilidade (Campos, 2003, p. 71).

Para o método paideia, uma forma de atenuar os desgastes das demandas infinitas da população e a finitude de recursos consiste em envolver os pacientes e as famílias na produção de sua saúde e no autocuidado, evocando as pessoas a serem cuidadoras de si mesmas; em partilhar conhecimentos de saúde com a comunidade; e em proporcionar a estas pessoas o exercício de práticas saudáveis (Campos, 2003). A realização de uma clínica ampliada efetiva requer a definição das prioridades de intervenção, atribuindo aos casos mais vulneráveis especial dedicação. Os grupos de risco devem ser priorizados. Os projetos terapêuticos podem contemplar visitas domiciliares e verificar a necessidade de atendimentos clínicos ou em grupos ou, ainda, o apoio matricial. A discussão da equipe, sempre importante, definirá estes protocolos, que devem ser revistos e reestruturados regularmente.

Cunha (2004) descreve uma sequência interessante de procedimentos da clínica ampliada. Ela se compõe pelo “antiprotocolo”, que considera importante também o núcleo do saber médico, mas não destaca sua hegemonia em relação aos outros saberes. Segundo Cunha (2004), o “antiprotocolo” é utilizado nas reuniões de equipe para a definição do Projeto Terapêutico Singular (PTS) havendo uma “escolha coletiva de cardápios de recursos pelas equipes na rede básica” (p. 170), em um ambiente que favoreça um espaço para o diálogo em que todos tenham direito de voz e opinião e para que sejam traçadas as metas e a confecção de seus contratos. Estrategicamente, algumas equipes inspiradas no método paideia reservam um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS (Cunha, 2004).

Para Penido (2013), a inclusão da saúde mental nos serviços de Atenção Básica é uma necessidade premente, mesmo considerando a dificuldade para implantar em nível amplo tais propostas devido à complexidade dos processos, ainda em construção no País. Para a autora, o apoio matricial é uma importante ferramenta de trabalho para a efetivação deste arranjo organizacional. Com a regulamentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), novas perspectivas foram abertas para a potencialização do trabalho em nível territorial. O NASF, com equipe multiprofissional composta por uma gama de dezesseis profissionais, tem, junto com os profissionais da ESF, a tarefa de compartilhar práticas em saúde e atuar de forma itinerante.

Penido (2013) destaca que, “ao lado da Clínica Ampliada, do Projeto de Saúde no Território, do Projeto Terapêutico Singular e da Pactuação do Apoio” (p. 28) o apoio matricial é uma evolução que pode dar conta de diversos entraves verificados na prática, mas ressalva que o processo de implantação não se faz de forma automática e que estudos sobre este tema,

acompanhando seu desenvolvimento no contexto nacional, se fazem necessárias. Segundo as argumentações da autora, a implantação desse sistema complexo e inter-referenciado tem no suporte oferecido pelo NASF uma importante via para potencializar as ações da ESF, todavia não sem problemas. Para Penido (2013), Bonfim et al. (2013) e Cunha e Campos (2011) são apontadas dificuldades na execução destes programas e projetos que têm, fundamentalmente, as seguintes questões: necessidade da quebra do paradigma do atendimento individual e ambulatorial para ações no plano coletivo; dificuldade de integração entre as equipes do NASF, ESF e Saúde Mental; espaços indefinidos de atuação, tanto física como estrategicamente entre as equipes; carência de co-responsabilização entre as equipes gerando fragmentação e desresponsabilização nas ações da APS; aumento da miséria e da violência urbanas como dificultador potencial dos trabalhos territoriais.

Dimenstein et al. (2009) apontam: “A lógica capitalista, o individualismo, a competitividade e a segregação tão evidentes nas sociedades atuais, contrapõem-se à lógica do trabalho em equipe, à coresponsabilização e à escuta qualificada, práticas essenciais para a execução da proposta do Apoio Matricial” (p. 66)

A confluência do APS com a saúde mental traz importantes mudanças no marco da história brasileira em assistência sanitária. São desafios próprios da reorientação do SUS, na tentativa de avançar em seus propósitos que contemplam a integralidade do cuidado em saúde, dentre outros pontos. O que é salutar destacar aqui é que, mesmo com as inúmeras (e necessárias) críticas à implantação e execução desta nova etapa de ampliação da APS que contempla a saúde mental (Amarante 2003; Dimenstein et al., 2009; Ferreira Neto, 2011; Piccinini & Neves, 2013; Penido, 2013), muito ainda há que se percorrer para alcançar a tão desejada saúde de qualidade e para toda a população. Os problemas apontados são partes de um processo que exige uma luta permanente entre diversos atores sociais para suplantá-los de forma satisfatória. Ou, dito de outra forma, serão necessárias ainda muitas des-reterritorializações para que saídas inventivas e coletivas sejam alcançadas.

É sempre importante ter em mente que o Brasil tem o maior sistema público de saúde do mundo e com experiências singulares nos âmbitos da Reformas Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Tem, ainda, uma enormidade de processos exitosos em saúde pulverizados por todo o País, ora no ápice, ora em declínio, que contam com diversas alianças do setor público com entidades privadas, movimentos populares, sociedade civil sobre os quais, muitas vezes, não se tem notícia. Pode-se destacar, ainda, que, mesmo com fortes críticas ao SUS, as

experiências em saúde mental, com suas interseções com as outras redes, é reconhecida em nível internacional. Sou testemunho disso nas experiências profissionais e acadêmicas que tive em outros países e em contato com trabalhadores da área da saúde de países como Argentina, Uruguai, Portugal, Itália, França e Austrália. Além disso, podemos verificar a potência dos nossos fazeres na leitura destes textos aqui referenciados. Que nossas clínicas-das-mais-diversas continuem seu caminho!

4.6 A clínica nômade

A clínica nômade, mais do que uma prática encontrada em nossas redes de saúde e saúde mental, é uma conceituação antimetodológica e bifurcada em relação à linha “retificada” traçada pelo saber científico. Essa designação foi amplamente difundida no meio acadêmico, em especial na prática do AT, após a publicação de *Clínica Nômade*, de Sueli Rolnik (1997), no livro *Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico*, organizado pela Equipe de Acompanhantes Terapêuticos de A Casa. Neste texto, Rolnik, com inspiração deleuzoguattariana, propõe uma “viagem insólita com nosso AT imaginário”, perfazendo trajetos com diversos obstáculos e reterritorializações que um at se defronta quando explora as ruas com seu acompanhado. Tudo se passa em um cenário imaginativo e provocador, em meio à loucura das cidades e do contexto excludente em que se encontram tanto o louco quanto esta forma não convencional de lidar com a própria loucura: a clínica nômade. Aborda-se esta produção de Rolnik mais à frente, pois agora se faz importante definir de onde vem a construção deste “pensamento do Fora”, o nomadismo, trabalhado na coletânea de cinco volumes intitulada *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, de Deleuze e Guattari (1997).³²

A palavra *nômade* remete a alguém ou a algum grupo que não tem habitação fixa, que vagueia por vários territórios sob condições variáveis em relação ao tempo. Segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 2004), a designação grega expressa a condição do “pastor errante” (p. 1406), que vagueia à procura de alimentos, pastagens, etc. Indica o tipo de vida de

³² O *Tratado de Nomadologia: a Máquina de Guerra* especificamente está contido no volume 5 da coleção citada (Deleuze & Guattari, 1997).

tribos ou povos “que levam uma vida errante”. O nômade é alguém ou um grupo que vagueia, vagabundo e/ou vagamundo. É uma condição de singularidade que enfrenta o Estado e sua *polis* esquadrinhada, opondo-se com sua fluidez que escapa da medida, que age na descodificação do espaço organizado. Há, portanto, um embate entre a insubordinável “máquina de guerra” contra o aparelho soberano do Estado (Deleuze & Guattari, 1997).

No *Tratado de Nomadologia: a Máquina de Guerra*, que pertence ao volume cinco de *Mil Platôs* (Deleuze & Guattari, 1997), os autores iniciam a exposição do significado de “máquina de guerra” fazendo uma contraposição entre os jogos de xadrez e go.³³ No primeiro, as peças são codificadas, hierárquicas, com propriedades intrínsecas. Elas mantêm uma relação biunívoca entre si e com as do adversário, sendo o objetivo final aniquilar o rei com um xeque mate. É uma guerra institucionalizada, regrada, uma batalha em espaço fechado e determinado. No go, as peças têm os mesmos valores e devem ocupar os espaços abertos, mudando os traçados à medida que acontecem as jogadas. Não há afrontamento, e sim expansão de território. Para (1997), o go é a imersão no espaço liso, com territórios abertos, e o xadrez representa a disputa codificada das peças nos espaços estriados, como que representando a antítese *nomos* versus *polis*.

É que o xadrez codifica e descodifica o espaço, enquanto o go procede de modo inteiramente diferente, territorializa-o e o desterritorializa (fazer do fora um território no espaço, consolidar esse território mediante a construção de um segundo território adjacente, desterritorializar o inimigo através da ruptura interna de seu território, desterritorializar-se a si mesmo renunciando, indo a outra parte (p. 14).

Em toda a história humana de que se tem notícia, há sempre enfrentamentos e combates para os mais diversos fins, mas especialmente aqueles voltados para a conquista ou a manutenção de um território. Assim, são conhecidos inúmeros heróis e guerreiros destemidos que mudaram o curso da existência de grandes civilizações e impérios. A figura

³³ O Go é um jogo chinês que há, pelo menos, 4.000 anos a.C. é conhecido no Oriente. É muito difundido e praticado ainda hoje em países como China, Japão e Coreia. Sucintamente, a estratégia do jogo consistem em conquistar territórios no tabuleiro, com um traçado de 19 linhas verticais e outras 19 horizontais. O participante deve preencher, um a um, os cruzamentos das linhas, com alternância de jogadas entre os rivais. As peças têm o mesmo valor. O território inicial é vazio, devendo ser conquistado pelos oponentes de forma estratégica. Não há linha de combate, sendo que quem conseguir um território maior ao final do jogo vence. Para mais informações e curiosidades, acessar o link explicativo: <https://www.youtube.com/watch?v=IrsTJOHJONs>

do guerreiro, assídua nesta seara de lutas, tem para os autores a simbologia de alguém que pode trair tudo, reis, Estados e leis. Ele está além do fenômeno estatal, é pura exterioridade e afasta-se da forma de interioridade do Estado configurada pelo modelo ou pela soberania política. Se o Estado conserva,

a máquina de guerra responde a outras regras, das quais não dizemos, por certo, que são melhores, porém que animam uma indisciplina fundamental do guerreiro, um questionamento da hierarquia, uma chantagem perpétua de abandono e traição, um sentido da honra muito suscetível, e que contraria, ainda uma vez, a formação do Estado (Deleuze & Guattari, 1997, p. 21).

Partindo das definições contextualizadas pelas estratégias dos jogos e pela insurreição que as sociedades fragmentárias impugnam contra o Estado, os autores inferem que as linhas, representativas de mapas, da arte e, mesmo, as produzidas por uma pessoa significam o que alguém compõe e cria com elas de forma estratégica, partindo da sua própria produção desejante. Em outras palavras, é a realização viva do seu inconsciente maquínico. É o *devir-revolucionário*, que se nega a fazer parte irredutível do Estado. As máquinas de guerra são agenciamentos lineares que se expandem pelas linhas de fuga e, por meio do nomadismo, representam o fora, “um agenciamento social que, por natureza, nunca se fecha sobre uma forma de interioridade” (Zourabichvili, 2009, p. 66). Se a forma-Estado tem uma tendência à reprodução de si, com organismos diferenciados e hierarquizados, com monopólio de poder e de função, a

forma de exterioridade da máquina de guerra faz com que esta só exista nas suas próprias metamorfoses; ela existe tanto numa inovação industrial como numa invenção tecnológica, num circuito comercial, numa criação religiosa, em todos esses fluxos e correntes que não se deixam apropriar pelos Estados senão secundariamente (Deleuze & Guattari, 1997, p.24).

A “ciência nômade” seria, então, a ultrapassagem dos obstáculos, “as passagens de limites, dos turbilhões e projeções” (*Id. ibid*, p. 26) que se desenvolve de forma excêntrica e, como se fosse um modelo hidráulico,

consiste em se expandir por turbulência num espaço liso, em produzir um movimento que tome o espaço e afecte simultaneamente todos os seus pontos, ao invés de ser tomado por ele como no movimento local, que vai de tal ponto a tal outro (*Id. ibid*, p. 28).

Neste sentido, é provocada uma oposição entre *logos* e *nomos*, em que a matéria-força passa a colocar as variáveis de um sistema em variação constante, não mais com a função de extrair constantes a partir de variáveis. Isso significa que são capturadas as singularidades da matéria/corpo e são operadas suas individualizações, suas *hecceidades*. Deleuze e Guattari se apropriam do conceito de *clinamen* da física para indicar essa passagem, ou devir, de um plano estável para um fluxo – um modelo paradoxal em que o deslocamento do átomo de uma reta passa a formar uma curva, transcendendo o limite desta reta e “turbilhonando” a distribuição das “coisas-fluxo”. Isso provoca uma relação e, conseqüentemente, uma diferença *entre* forças, com uma composição espaço-tempo (Pelbart, 1989). A estrutura (ciência régia), determinada pelo espaço estriado, dá lugar ao fluxo (ciência nômade) que se distribui celeremente pelo espaço liso, formando novos contornos e alinhando os sulcos que o fluxo inscreve ao “seguir” em seu novo território de escoamento. Os autores, baseados na fórmula proposta por Serres, indicam estes dois tipos de ciências: “um que consiste em ‘reproduzir’, o outro que consiste em ‘seguir’” (Deleuze & Guattari, 1997, p. 39). Ou seja, se a ciência régia reproduz e reitera seus postulados e mede os espaços para a sua ocupação, a nômade procura descobrir singularidades, e não formas, o que indica uma ocupação sem medida de espaço. A primeira tem um ponto de vista fixo e permanece nele, exterior ao que ela reproduz. Diferentemente deste modelo, a outra é forçada a “seguir”, por estar à procura de singularidades, em um processo de reterritorialização constante, que estende indeterminadamente o território: “Há ciências ambulantes, itinerantes, que consistem em seguir um fluxo num campo de vetores no qual singularidades se distribuem como outros tantos ‘acidentes’ (problemas)” (*Id. ibid*, p. 40).

Deleuze e Guattari (1997) apresentam assim a potência do que denominam nomadismo: um movimento político-social presente nas sociedades humanas desde os seus primórdios, que lutam para a não integração ao Estado. A ideia de desterritorialização, neste caso, ilustra essa não submissão e a necessidade de uma composição sempre no exterior em outros territórios não estriados, livres, prontos para receberem o turbilhonamento do fluxo celerizado e não compassado, o *clinamen*, em que o “seguir” da matéria se inscreve reterritorializando-se. É importante salientar neste ponto que estas ciências nômade não

objetivam a tomada de poder e tampouco o desenvolvimento autônomo de seu curso. Não é um tipo de anarquia nem uma nova proposta de revolução social. Ao contrário, esta ciência não consegue se impor como um modelo exatamente porque em sua composição ela é sensível à intuição, que segue o fluxo da matéria, fazendo-se flutuante. É essa sensibilidade que torna a ciência nômade mais problemática do que teomática, pois estruturar-se a partir da intuição inviabiliza a sistematização “verdadeira” de conceitos e categorias, bases de operação bastante caras à ciência régia. A reterritorialização constante dos conceitos inverte a ordem dos modelos estáveis da ciência oficial. Pelo efeito desta ação tem-se uma enormidade de neologismos e a criação de estruturas conceituais que Deleuze e Guattari julgam como necessárias para a composição de um sistema aberto, que não existe previamente:

É preciso inventar, criar os conceitos, e nisso há tanta criação e invenção quanto na arte ou na ciência. (...) Um conceito ora necessita de uma nova palavra para ser designado, ora se serve de uma palavra ordinária à qual dá um sentido singular (Deleuze, 1992, p. 46).

O autor francês afirma que a intenção desse nomadismo filosófico é desviar-se da origem das coisas e “pegar” onde elas crescem, desemaranhar suas linhas começando pelo meio, “rachar as coisas, rachar as palavras” (*Id. ibid*, p. 109). Esse procedimento das “ciências ambulantes” faz com que as possibilidades do cálculo sejam superadas rapidamente, transbordando o espaço de reprodução da outra ciência. Todavia, em função dessa variabilidade de coordenadas e de fluxos, a ciência nômade repetidamente se vê em dificuldades, em problemas causados pelo curso enérgico de seus fluxos, de sua matéria. E somente ultrapassa tais obstáculos por uma série de atividades não autônomas e heterogêneas. Neste movimento de constante desreterritorialização, as ciências se entrecruzam, medem forças, unem-se e se bifurcam, pois pertencem a composições bem diferentes. Pode-se concluir, com Deleuze e Guattari (1997), que no

campo de interação das duas ciências, as ciências ambulantes contentam-se em *inventar problemas*, cuja solução remeteria a todo um conjunto de atividades coletivas e não científicas, mas cuja *solução científica* depende, ao contrário, da ciência régia, e da maneira pela qual esta ciência de início transformou o problema, incluindo-o em seu aparelho teomático e em sua organização de trabalho. Um pouco como a intuição e a inteligência segundo Bergson, onde só a inteligência possui os meios científicos para resolver formalmente os problemas que a intuição coloca, mas que esta se contentaria

em confiar às atividades qualitativas de uma humanidade que seguisse a matéria... (p. 42-3).

Toda essa conceituação acerca do nomadismo é importante para a compreensão do conceito de clínica nômade, conceito importado para a reflexão sobre as clínicas da desinstitucionalização. O termo *nômade* seria uma espécie de linha de fuga que se “segue” para atingir o plano do Fora. Seria uma saída paradoxal para o enclausuramento que os manicômios mentais itinerantes (ou os pensamentos que se têm sobre eles), forjando encontros inéditos com o fora da loucura que nos força a pensar a partir desse encontro. “Fugir é entendido nos dois sentidos da palavra: perder sua estanquidade ou sua clausura; esquivar, escapar. Se fugir é fazer fugir, é porque a fuga não consiste em sair da situação para ir embora, mudar de vida, evadir-se pelo sonho ou ainda transformar a situação” (Zorabichvili, 2009, p. 59), mas sim para nos obrigar a pensar algo ainda virtual, impensado, sem esquemas codificadores, e que torne a experimentação (na Clínica da Desinstitucionalização) outro caminho a se constituir, “tateável” e junto ao fluxo que invade outros territórios. Em síntese, espaço háptico e não óptico: fora da observação pela margem e em confluência com a “matéria” que segue com o fluxo. A estética do nomadismo requer uma visão aproximada da visão distanciada, o espaço liso ao espaço estriado:

O liso nos parece ao mesmo tempo objeto por excelência de uma visão aproximada e o elemento de um espaço háptico (que pode ser visual, auditivo, tanto quanto tátil). Ao contrário, o Estriado remeteria a uma visão mais distante, e a um espaço mais óptico – mesmo que o olho, por sua vez, não seja o único órgão a possuir essa capacidade. Ademais, é sempre preciso corrigir por um coeficiente de transformação, onde as passagens entre estriado e liso são a um só tempo necessárias e incertas e, por isso, tanto mais perturbadoras (Deleuze & Guattari, 1997, p. 203).

No início desta parte do texto sobre clínica nômade, fez-se referência a ela mais como uma conceituação “antimetodológica” do que como uma prática encontrada nas redes de saúde. Entretanto, isso não significa que não existam práticas fundamentadas neste referencial. Mesmo considerando que Deleuze e Guattari evitavam tornar-se modelos a serem seguidos, a contundência de seus escritos tem influência e progressivo crescimento nos fazeres de nossas clínicas em saúde. Retoma-se, a seguir, agora o texto de Rolnik (1997) sobre a clínica nômade.

A autora aborda a prática do AT de forma imaginária, em que o at, em princípio, situa-se a partir do experimento iniciado com seus acompanhados. Com suas referências clínicas anteriores, o at se vê diante de situações embaraçosas quando atua em uma posição fronteira entre a instituição e a rua. Ele se desestabiliza diante de composições inéditas, o fora, o que o obriga a pensar em um novo modo de funcionamento: “um processo incessante de hibridações” (Rolnik, 1997, p. 86). O at é levado, assim, para fora de si mesmo para se tornar um “sempre outro” (*Id. ibid*, p. 87). Rolnik refere neste ponto que as noções do at estavam fixadas na lógica espacial binária, com componentes biunívocos e restritos ao visível e ao dizível. O at se vê obrigado a acompanhar o fluxo que as dobras do fora lhe incutem, desterritorializando-se de um ponto fixo, o da clínica instituída, para um novo campo, ultrapassando a fronteira deste espaço e criando “novas figuras de existência, novos modos de subjetivação, novas temporalidades” (*Id. ibid*, p. 88).

Para Rolnik (1997), os territórios da loucura acentuam suas próprias singularidades, o que inviabiliza sua ocupação no espaço social, que é padronizado e, portanto, excludente. É o Estado soberano, reprodutor e teomático referido por Deleuze, que interioriza seus esquadros e impõe sua reprodução retilínea. Os códigos compartilhados pela realidade social delimitam a interioridade psíquica, formando um coletivo homogeneizado. A exterioridade da loucura é, dessa maneira, domesticada pela dobra dominante, impondo ao louco a restrição e a desconsideração de sua subjetividade e dos seus desejos. Em função dessa condição, o at é convocado a nomadizar, insubordinando-se com seu acompanhado e levado a “seguir” em sua intervenção peripatética, a dobrar no fora do espaço liso, para inventar outros territórios onde caibam as errâncias da loucura. Essa exploração experimental faz com que o at se disponibilize

para as reverberações do fora e suas desestabilizadoras tormentas. Uma disponibilidade para desencruar e acolher aquilo que excede a si mesmo, que excede os territórios conhecidos e suas respectivas cartografias – especialmente as instituições a que pertence, as teorias que lhe servem de referência, as técnicas que costuma usar (*Id. ibid*, p.92).

Rolnik indica que a referência do at se pauta agora por uma ética: “aliar-se às forças da processualidade, buscando meios para fazê-la passar, já que isto é condição para a vida fluir e afirmar-se em sua potência criadora” (*Id. ibid*, p. 92). Em outras palavras, este percurso do at

reitera a condição de uma ciência nômade, que irrompe em uma nova relação de forças em movimento e caracteriza-se por uma arte criativa, que surge da experimentação e do acaso.

A autora, ao final da errância do at em sua nova composição nomádica, afirma que é preciso tomar cuidado para não se deslocar apenas concretamente, no sentido geográfico, pois isso não garante que a sensibilidade (ou a intuição) se atualize pelo simples acompanhar. Estar fixado na margem, reproduzindo movimentos e suas variáveis, é inviabilizar a potência hidráulica da expansão ao espaço liso, ao nascimento de novas linhas do tempo. Não permitir o seguimento do fluxo com a loucura é sedentarizar-se em saberes cristalizados e normalizadores, e não nomadizadores.

Neste mesmo caminho, Ceccim (2004) sugere pensar numa clínica nômade ao propor uma perspectiva *entre-disciplinar* para uma equipe multiprofissional em suas intervenções nas práticas integradoras em saúde coletiva. Lembra-nos o autor que o trabalho em saúde deve ser pautado pelo protagonismo ante o sedentarismo. Protagonizar aqui significa fazer parte da “terceira margem”, que para Ceccim é o lugar “mestiço”. Segundo o autor (2004),

a terceira margem é a da travessia, a da falta de identidade das margens, aquela que se torna intempestiva e não produto do tempo das margens. (...) A terceira margem é a da travessia, da transmutação de valores, da surpresa dos clínicos (aqueles) e dos usuários (aqueles). Não é, portanto, a nova clínica, renovada e desejada, não é uma clínica do passado que se opõe a uma clínica do presente (p. 69).

Em função desse encadeamento de ideias, a travessia entre as margens nos convoca a negociação dos processos, os modos e dos meios necessários para um genuíno ato de cuidar; isto é, provocar “turbilhonamentos”, como indicaram Deleuze e Guattari, na abertura para os espaços lisos e na constituição de novos territórios: uma ética *entre-disciplinar* no lugar de uma estética multiprofissional desencadeadoras da “emergência do entre” (Ceccim, 2004, p. 69). Em uma lógica bem próxima da clínica ampliada, Ceccim faz intercessores com várias proposições clínicas e teóricas, indicando que o saber de cada profissional deve ser compartilhado em prol de um conhecimento potencializado, sem ensinar a trabalhar, mas experimentando trabalhar, de forma a aprender pela equipe matricial, pautado pela sensibilidade da ciência nômade proposta por Deleuze e Guattari.

As fronteiras do conhecimento, ou as singularidades dos diferentes profissionais, repercutem umas nas outras provocando mudanças e indicando um processo de alteridade e aprendizagem recíproca. Aproximando essa concepção do “turbilhonamento”, a proposta de Ceccim (2004) pressupõe a atualização de todos os potenciais interdisciplinares, e o “equilíbrio não seria outro que não a transformação permanente” (p. 69). A criatividade desta ação proporciona a abertura de processos de subjetivação não só individuais mas também institucionais e profissionais. Linhas de fuga que irrompem com o território centralizado e métrico do saber hegemônico para nomadizar em um novo território, reterritorializando saberes, afetos e atos de cuidado. Para Ceccim(2004), além da sintonia da equipe proposta pela via da multiprofissionalidade, é importante que o processo constante de formação e educação em saúde seja estruturado: uma clínica com um trabalho criativo em saúde, com a noção de “conhecimento aproximativo” baseada em nomadizações e práticas mestiças com os usuários e com a equipe. Espera-se com essa articulação resultados como

a alteridade com os usuários, a experimentação em equipe e a prática de saúde como afirmação da vida (cuidado, tratamento e escuta como potências de invenção, como critério dos valores da atenção à saúde, como constituição de sentidos expansivos da vida e das aprendizagens para a autoprodução de si e do mundo, produção de sensações e sentimentos relativos ao assistir como um ato de zelo com o outro e de olhar pelo outro ao exercer a atenção de saúde) (*Id. ibid*, p. 76).

É possível perceber com esta forma pouco convencional e autêntica de trabalhar em saúde referida por Ceccim a efetivação da “ciência nômade” pensada por Deleuze e Guattari. A experimentação destaca-se neste contexto, indicando um fazer diferenciado e potencializado pela ação (terapêutica) coletiva, que “depende da coragem das práticas criativas e inventivas, capazes de se deparar com o espaço liso da perda de domínios e das referências fortemente instituídas. (...) [Um] compromisso político com a afirmação da vida” (Ceccim, 2004, p. 75).

Para Ferla (2004) a possibilidade de fazer uma clínica de coletivos, que une seus atores (desde profissionais de nível superior até os pacientes), favorece um grande espectro de combinações, que incluem tanto o pensamento paradigmático atual quanto aquele oriundo de novas ideias provocadas pelo “seguimento do fluxo”. No entendimento do autor, a coincidência desse percurso se dá apenas pela possibilidade de um espectro em movimento,

que valoriza o cuidado e aumenta “a qualidade do andar da vida de cada um” (Ferla, 2004, p. 95). A este processo, Ferla chama de “mestiçagem”, defendendo a tese de que, se estamos envolvidos em um sistema de políticas públicas, com suas leis, portarias e funcionamento instituídos, e seguindo especialmente no Brasil a ideia do “SUS que funciona” devemos levar em conta a construção deste artifício de mestiçagem nas práticas que realizamos em saúde. Não apenas para seguir categoricamente os programas e as leis, endurecendo as práticas e *assujeitando-nos* aos formatos estriados, mas também para provocar a apropriação do trabalho e construir alianças entre os atores envolvidos capazes de transformar esta via em um “novo ‘modo’ de exercício da clínica, com uma mestiçagem de conhecimentos, incluindo conhecimentos e habilidades ‘impuros’ para sua prática ”(Ferla, 2004, p. 100).

Como lembra Ferla (2004), a vida vai muito além de um funcionamento equilibrado dos órgãos. A redução clínica que universaliza os corpos, que o constitui como um conjunto de órgãos e com sinais e sintomas elencados pelo diagnóstico por disfunções ou desordenamentos enunciáveis, além de fazer do corpo do doente um objeto, dificulta a compreensão de uma existência concreta da pessoa com sofrimento, seja ele de qual ordem for tal sofrimento (Ferla, 2004; Rotelli et al., 1990).

Da mesma forma, adverte Lancetti (2006), ao propor a “complexidade invertida”, pensar numa clínica que possa abranger problemas além da *superfície* (Artaud, 1983; Deleuze, 1998; Zourabichvili, 2009) é um desafio e, ao mesmo tempo, uma mostra clara de oposição à hegemonia da “Clínica clínica” (Campos, 2003). A proposta de Ferla não é apenas uma clínica nômade e/ou uma pedagogia médica mestiça; é um convite inusitado à experimentação de uma clínica que trata de Corpos-sem-Órgãos (CsO³⁴), de profundidades diferentes da organização de órgãos (Deleuze & Guattari, 1997). Um corpo que não é “nada de boca, de estômago, de ventre, de ânus”, mas um corpo em que “eu reconstruirei o homem que sou.” (Artaud citado por Deleuze, 1998, p. 91). Trata-se de nomadizar a clínica por meio de passagens territoriais conduzidas pela mestiçagem; um fazer mestiço que acolhe o CsO em suas dobras, profundidades, sentimentos e afetos, que escuta a vida (Ferla, 2004).

Rolnik (2005), em seu texto *Subjetividade Antropofágica*, refere-se a um contexto original e, ao mesmo tempo, inquietante sobre um devir antropofágico da cultura brasileira. Para a autora, a noção de antropofagia é inspirada nos índios tupis, que devoravam, após os

³⁴ Sigla adotada por Deleuze e Guattari (2007) para designar o Corpo-sem-Órgãos.

combates, os bravos guerreiros da tribo inimiga. Constituía-se, assim, uma função de alteridade pela escolha feita em absorver no próprio corpo a potência vital de outros, para que suas virtudes fossem incorporadas nos vencedores, promovendo seu refinamento. Para além da literalidade desta antropofagia, em 1930 surge, novamente no Brasil, um movimento cultural que pretende estruturar um novo território de existência nacional, feito do que se vive aqui. É o Movimento Antropofágico. Dessa mistura *entre* o erudito e o popular, o artesanal e o tecnológico, os antropófagos culturais tentam ultrapassar a fronteira discriminatória das elites promovendo um “banquete antropofágico” feito “de universos variados incorporados na íntegra ou somente em seus mais saborosos pedaços, misturados à vontade em um mesmo caldeirão, sem qualquer pudor de respeito por hierarquias *a priori*, sem qualquer adesão mistificadora” (Rolnik, 2005, p. 95). Dessa maneira, o movimento se desenvolve em três operações básicas: o abastardamento da cultura das elites e do padrão centralizado nas culturas europeias; a construção de um território representado pela heterogeneidade e pela experimentação pragmática; e a superação da soberania do colonizador sobre o colonizado. Estes três pontos favoreceram na cultura brasileira uma linha de fuga à europeia, em que

a força da antropofagia é justamente a afirmação irreverente da mistura que não respeita qualquer espécie de hierarquia cultural *a priori*, já que, para esse modo de produção de cultura, todos os repertórios são potencialmente equivalentes como fornecedores de recursos para produzir sentido, e é isso que conta. (Rolnik, 2005, p.96)

Com esta variação de rotas, criação permanente de territórios e subjetividades mestiças, esta “fórmula tupi” (*Id. ibid*, p. 100) irrompe em singularidades impessoais para quebrar valores e inventar um fora feito “em casa”, navegando para se evitar naufrágios e forjando modos de identidade habitáveis e novas possibilidades de vida.

A “vacina antropofágica” inventada pelo Manifesto e citada por Rolnik (2005, p. 109) é uma linha de fuga genuinamente brasileira e, tal qual a mestiçagem que provocamos aqui no processo de desinstitucionalização germinado na década de 1970, pode ser pensada no contexto das nossas clínicas, sejam elas a antimanicomial, a peripatética, a ampliada ou a nômade, com um toque de experimentação inspirado na liberdade pela amizade, tema que será discutido a seguir.

4.7 Sobre a amizade como política da desinstitucionalização

A proposta de abordar a temática da amizade não se coloca apenas como uma alternativa clínica no processo da desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. É um convite à radicalização de conceitos: da estética da existência para um lugar capaz de desenvolver uma ética própria, novas formas de vida sem se colar a modelos “corretos” e pré-definidos social, ou psicologicamente.

O trabalho do AT se situa nos territórios pertencentes às pessoas acompanhadas. Remete, portanto, a um tipo de contato muito específico a ser considerado nesta relação: o vínculo do at e do acompanhado. A proposta de um contexto amistoso no tratamento clínico gerou mudanças na realização do AT uma tentativa de aproximar essa prática do conhecimento científico ou de um saber formalizado como o psicanalítico. Nosso estudo e também nossa prática com AT sugerem justamente o contrário, a necessidade de superar a visão de que o caráter amistoso dessa prática seria um “problema”. Mas, em quê e por que poderíamos dizer que é de amizade que se trata?

Para vislumbrar a relação do at com seu acompanhado como sendo um tipo de relação de amizade, é preciso rever este conceito. O conceito de amizade deve aqui ser entendido com o que Nietzsche chama de *spielraum*, palavra que pode ser traduzida do alemão para o português como “jogo, manobra, vivência de algo em comum”. A experimentação da amizade se contrapõe à universalidade, ao que é entendido como o correto ou socialmente aceitável. Nietzsche propõe que a relação pela amizade se faça de forma “incomunicável”; ou seja, que não se adapte aos padrões e termos difundidos socialmente, como se fôssemos parte de um “rebanho”. Ele trata esse jogo, essa vivência em comum, como algo próprio, singular e com mudanças constantes, que se afasta do que é codificado pelos processos de comunicação e linguagem (Oliveira, 2011). As regras são então flexíveis, mutáveis, tal qual a clínica na rua, em que os encaminhamentos se dão à medida que se joga, que se vive a ação, onde o *nós* – o *eu* e o *tu* – é capaz de suportar as jogadas que compõem o jogo (Oliveira, 2011); o *nós* como um ato de jogar, com uma linguagem dissidente daquilo que Nietzsche chama de “moral de rebanho” (Giacóia Jr, 2001).

Oliveira (2011) sintetiza essa dualidade da seguinte forma: “A amizade é a abertura ao possível pela transgressão do *que é* através da experimentação do *que pode se tornar*”(p.340).

Dias et al. (2014) relacionam a *klinica* do desvio, ou nômade, à (des)ordem da amizade nietzschiana, sendo premissa fundamental descaracterizar as práticas normalizadoras para dar lugar a espaços novos de criação e experimentação. Ortega (1999) indica que “as análises sociológicas da amizade concedem-lhe uma função de crítica social, pois ela é transversal à ordem da instituição, sem ser, porém, revolucionária e funciona como uma ‘válvula’ que permite espaço para o desvio” (p. 157).

É importante sublinhar que o termo *amizade* vai muito além de uma relação íntima e amistosa entre pares. Neste contexto, não nos referimos à concepção corrente de que amigo é “irmão”, pronto para acolher os anseios e solicitações advindos do outro. Isso seria afirmar que existe “no fundo, uma forma de parentesco” (Ortega, 2009, p. 61). Dessa forma, estaríamos falando não de amizade, mas de fraternidade, tema longamente debatido por Foucault (2011) em seus últimos escritos, em que o autor destaca a consolidação em nossa tradição ocidental cristã da *philia*, da relação e do pertencimento entre as pessoas pelas convenções sociais. Para Foucault, a amizade contrapõe-se aos laços de pertencimento das famílias e, em um sentido mais macro, aos laços das instituições. Ela se estrutura sob uma provocação permanente, em uma relação intensa, móvel, plural, tendo a liberdade e a experimentação como princípios norteadores. A amizade é, então, uma ameaça ao funcionamento de uma ordem social prescrita, pois é uma alternativa às formas seculares e institucionalizadas de relacionamento, estando além do direito, das leis, das famílias e das instâncias sociais (Foucault, 2011). O referido autor entende que a amizade é algo conflituoso, com contornos de inovação e diferenciação, em que a atitude de modernidade assume características robustas, atitude assim definidas:

Um modo de relação que concerne à atualidade; uma escolha voluntária que é feita por alguns; enfim, uma maneira de pensar e de sentir, uma maneira de agir e de se conduzir que, tudo ao mesmo tempo, marca uma pertinência e se apresenta como uma tarefa. Um pouco, sem dúvida, como aquilo que os gregos chamavam de *êthos* (Foucault, 2005, p. 342).

Oliveira (2011) indica que Nietzsche, quando recupera o valor da amizade para a filosofia, desmascara o princípio regente do universalismo que tudo abrevia e simplifica, buscando a familiaridade no sentido das coisas. Pode-se aqui ligar esse universalismo aos

nostros códigos nosográficos, que insistem em categorizar e agrupar os sintomas e determinar formas de condutas gerais para as “enfermidades”.

No caso da amizade, longe da ação ditada pela moral estabelecida, o indivíduo tem lugar; ele próprio é celebrado em seu livre jogo de incompreensibilidade e vivência. Nas andanças do AT, há uma abertura para a mudança, uma rotatividade, uma aventura. Nietzsche, em *Gaia Ciência* (1999), pontua que a mais célebre de todas as medicinas é a moral e que é fundamental colocá-la em questão. O autor alemão pondera que a compreensão é uma questão prioritária da moral, mas que é fator de anulação das individualidades e das diferenças. Estar “incomunicável”, portanto, é importante para fazer emergir as vivências próprias de cada indivíduo. Quando se contextualizam essas vivências, é preciso deixar claro que não se está falando apenas de uma prática feita pelo AT, mas de uma mudança radical na compreensão de quem lida com o *outro* diferente e fora da normalidade conceitual aceita.

A noção de *Spielraum* em Nietzsche adverte para a quebra da ação universal de compreensão. Na amizade, o indivíduo não é anulado em função do que é considerado verdadeiro. Se assim for, nos colocamos diante da vulgaridade do comum como negação da individualidade. Oliveira enfatiza que tornar algo claro e compreensível é tornar vulgar. O conceito de *Spielraum* favorece a amizade como

um espaço de superação desse mecanismo, por possibilitar a riqueza interpretativa de uma relação que permanece nas raias da incompreensibilidade porque se dá como vivência, como aceitação e apologia da vivência mais própria, aquela que é condição própria da relação. Na amizade, o indivíduo tem lugar, é ele, como expressão de vivências próprias, que é celebrado. Se na moral gregária, marcada pela compaixão, o homem é carente de sentido histórico, na amizade o personagem está ligado, pela via histórico-fisio-patológica, àquilo que lhe é mais particular (Oliveira, 2011, p. 324).

Nesta mesma linha de pensamento, Ortega (2009) afirma que a amizade é “uma ascese, isto é, uma atividade de autotransformação e aperfeiçoamento. Ela nos serve então para lidarmos com a assimetria, com a incompreensibilidade, o que torna possível realçar a alteridade, o cuidado com o outro e a diferença” (p. 81). O *Spielraum* nietzschiano é, então, o ambiente livre para manobras, um espaço para o livre curso com margens para os jogos de incompreensibilidade, desvencilhado dos processos de comunicação vulgares e voltado para a

vivência de “espíritos livres”. É algo que não pode ser freado ou controlado, a não ser como experiência vital (Oliveira, 2011).

Anteriormente, abordou-se a crítica de Baremlitt (1997) à mudança de nome do amigo qualificado para acompanhante terapêutico. *A priori*, pode parecer que a amizade marca o trabalho do AT com um caráter pessoal e não profissional, levando à descrença e a uma provável ineficiência da intervenção, visto que é, nessa forma de entender, desprovida de suporte teórico e científico. Ora, é justamente este afastamento do viés científico, proposto por Nietzsche, o caráter da digressão entre o esperado e o proposto, a inclinação para o experimento, que a inclusão da política da amizade se coloca e produz importantes reflexões acerca da assistência em saúde mental. É exatamente essa vertente fora de padrão que poderá favorecer o aparecimento de uma experiência inquietante e que, necessariamente, transforma tanto o acompanhado como o acompanhante.

Ortega (1999) faz uma importante revisão bibliográfica acerca da política da amizade discutindo os escritos foucaultianos sobre o tema. Explica o autor “A amizade propõe uma alternativa às velhas e rígidas formas de relação institucionalizadas” (p. 156), em que características que se esquivam das convenções sociais reforçam o estilo espontâneo e de controle interativo das situações, um verdadeiro espaço para o não postulado.

Até aqui, construí uma linha de pensamento em que o conceito de amizade pode ser somado à prática do AT como forma de avançar na proposta de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica. É uma reflexão que propõe a desterritorialização dos espaços clínicos convencionais para se reterritorializar em outras vias onde a vida possa pulsar, reverberar, como propõe Deleuze. Todavia, é importante esclarecer que não propomos a prática do AT como “a” saída para os muitos problemas da Reforma apontados por quem lida na área de saúde mental no Brasil ou em outros países. Ser at ou praticar o AT não diminui a possibilidade de fracasso na lida com a loucura nem em outros campos, tendo em vista que nada se transforma apenas a partir de uma única prática. Da mesma forma que se pode encontrar profissionais apegados a práticas assistencialistas e institucionalizantes, também é possível encontrar at com essas características. É fundamental assumir uma crítica permanente sobre a prática a ser conduzida. Concorde-se com a reflexão sobre os “desejos de manicômio” que fazem Machado e Lavrador (2001) e sobre os “manicômios mentais”, de Pelbart (1990). Mais do que seguir as políticas públicas ou alterarmos os discursos e os locais de assistência que abrangem a rede de serviços da saúde mental, é fundamental adotar uma

crítica sobre o quanto pode ser dominador e hierarquizante nosso discurso sobre a loucura e o aprisionamento que isso provoca.

A amizade, nesta pesquisa, é uma forma de questionar as trilhas manicomiais e os territórios para além da saúde mental ou, simplesmente, como uma política reterritorializante das nossas ações e conceitos acerca da loucura. Nas palavras de Ortega (2002), a modernidade despolitizou a amizade, que se fazia em redes de sociabilidade, no mundo compartilhado, de liberdade e com seus riscos. A possibilidade de mudança deve ir contra a ideologia familialista e a favor da reabilitação do espaço público. Define Ortega (2002):

A amizade é um fenômeno público, precisa do mundo e da visibilidade dos assuntos humanos para florescer. Nosso apego exacerbado à interioridade, a “tirania da intimidade”, não permite o cultivo de uma distância necessária para a amizade, já que o espaço da amizade é o espaço entre indivíduos, do mundo compartilhado – espaço da liberdade e do risco –, das ruas, das praças, dos passeios, dos teatros, dos cafés, e não o espaço de nossos condomínios fechados e nossos *shopping centers*, meras próteses que prolongam a segurança do lar (p. 161)

Antes de finalizar esta parte do trabalho referente à amizade, citam-se dois fragmentos de uma experiência de AT vivida por mim quando estagiei em Trieste (Bueno, 2011). Meu intuito aqui é meramente ilustrativo sobre os acontecimentos inusitados da prática de AT e a vivência do at frente a tais experimentos. Os trechos foram adaptados e resumidos, para uma melhor compreensão neste trabalho.

Fragmento AT 1:

Cheguei à residência terapêutica e vi meu paciente vestido de soldado. Tinha um colete cinza com muitos bolsos, uma camiseta branca e uma calça com estampa de camuflagem, além de uma bota de cano curto. Ele me chamou em seu quarto e me deu um capacete e uma pistola de plástico, dizendo: “Está cheio de alemão lá fora”. Ao sairmos ele olhava para todos os lados, me guiava pelas ruas. Não fomos ao centro da cidade, como de costume. Parece que só pelo fato de sairmos com toda aquela indumentária fez com que ele se tranquilizasse. Meu paciente, depois da pequena caminhada, falava de forma pausada, serena,

enquanto degustava seu café e cigarros. Ao nos despedirmos, ele disse ‘Danke schön’ (muito obrigado, em alemão). Interessante que quando ele estava delirante e me propunha atividades ou coisas inesperadas, logo após ele passava por um período de maior harmonia consigo e com seus companheiros de casa (Bueno, 2011, p. 103).

Fragmento AT 2:

Naquele dia em que saímos para uma volta na cidade, ele propôs que eu seria o acompanhado e ele meu at. E, ainda, que eu deveria manter-me calado e somente responder ao que ele me perguntasse. Por diversas vezes, fui colocado pelo meu acompanhado, que fazia o papel de at, na posição de alguém com “transtorno grave”, “problemas de cabeça”, viciado em álcool e, ainda, “estrangeiro”. Notei que as pessoas me olhavam diferente diante da colocação do meu “at”. Não se pode negar ainda que várias das inferências feitas por ele eram dirigidas a mim, com certo sarcasmo, de forma a sugerir um tipo de vingança a quem o fazia, por vezes, sentir-se incomodado. Por um período razoável, meu acompanhado, que delirava muito apesar da pesada medicação que usava, ficou um bom tempo discutindo comigo as dificuldades que tem por ser diagnosticado como louco. Falava do estigma forjado pelas pessoas ao se depararem com alguém que julgam ser um desequilibrado. De forma bastante objetiva, ele manifestava seu ponto de vista e me induzia a pensar como alguém que tinha dificuldades para pensar como os outros pensam, ou pensar “apenas” diferente daquilo que se concebe como o usual (Bueno, 2011, p. 100).

Nos dois fragmentos, são identificadas vivências peculiares, em que pedidos inesperados do acompanhado bifurcam para uma vivência real de um jogo com regras feitas na hora, acordadas ali, procurando desviar-se do que é convencional: o *spielraum* nietzschiano. A todo o momento, o território é ultrapassado, física e espacialmente. Isso se faz por onde vão at e acompanhado e também na relação instável que cabe aos dois. Nos episódios citados, é importante ressaltar que o acompanhado estava em uma crise aguda, com períodos extensos de ideação delirante e persecutória. Mesmo assim, foi possível ascender ao pensamento de alguém delirante, que é reconhecido por não ter crítica e que por isso deveria sair dessa condição negativa. Ao mesmo tempo, é esse disparate, essa ruptura com a realidade

que faz com que a desterritorialização aconteça e indique outros caminhos, que também contribuem para amenizar o sofrimento do acompanhado.

O conhecimento universalizado é questionado. O lugar do técnico, do saber científico, está em outro local, que não os caminhos ali percorridos. A posição dos profissionais, em geral, da sociedade que expia a loucura, tudo isso é discutido entre at e acompanhado, em um contexto dialético, de amizade, de experimentação. É o “incomunicável” de Nietzsche em substituição à “moral de rebanho”, uma crítica aos modelos preestabelecidos e praticados pelo saber médico e científico. O at recebe a crítica, absorve-a e apropria-se de outros territórios. Está sempre des-reterritorializando-se em função do jogo.

Em concordância com Palombini (2004), diríamos que esses pacientes, geralmente, estão com o at porque os encarregados da clínica, dos serviços, não alcançam mais com suas intervenções a vida do paciente. O serviço não tem mais o que oferecer. A loucura transcendeu seus territórios! A amizade, que também pode ser entendida como um caminho para a reterritorialização indica importantes críticas e desvios em nossos afazeres.

A política da amizade nas andanças do AT e de seus acompanhados implica, assim, uma crítica contundente ao nosso modelo assistencial no âmbito da saúde mental, “uma possibilidade hoje de utilizar o espaço aberto pela perda de vínculos orgânicos, de experimentar a multiplicidade de formas de vida possíveis” (Ortega, 1999, p. 158). Para Araújo (2006), tanto o louco quanto a sociedade devem “criar derivas” a partir desse estranho encontro: uma relação de amizade não identitária. Segundo o autor, é importante nesta relação que os envolvidos não se furtem ao tensionamento e ao incômodo provocados por ela. A agonística dessas forças faz parte da amizade, e

é essa agonística que uma clínica como o acompanhamento terapêutico vai ajudar a traçar junto à loucura e aos loucos que acompanha ao colocá-los no contato direto com as redes sociais. 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, 2006, p. 169).

E, mais ainda, inclui outros ingredientes em nosso cotidiano laboral, algo bem mais além da questão sanitária. Trata-se, pois, de um exercício do político:

Uma nova política e uma nova ética da amizade deve visar precisamente a encorajar essa vontade de agir, a recuperar um certo apelo iluminista à coragem de pensar de uma forma ainda não pensada [...] na possibilidade de elaborar uma política da imaginação que aponte para a criação de novas imagens e metáforas para o pensamento, a política e os sentimentos e que renuncie a prescrever uma imagem dominante (Ortega, 2009, p. 116).

A amizade, com sua distância fundamental do outro, com apelo, por vezes, à solidão, ao torto, ao desencontro, e com inclinação sempre ao devir, possibilita criar, experimentar, no lugar de curar. Esta é uma das propostas fundamentais de uma ação pautada pelo devir nômade no AT nas clínicas da desinstitucionalização: andar em caminhos não prescritos e com as regras se estruturando à medida que se joga, que se anda, que se pratica ao caminhar para o *fora* com liberdade.

Procurei, com base no fazer do at, indicar que a relação de amizade é uma abertura a campos privilegiados de experimentação em que o agir inicia um caminho inusitado, novo e desconhecido. E, por isso mesmo, é uma força mais que terapêutica; é uma ética. Abrir o mundo para uma atividade dialógica e essencialmente política, que faz da reciprocidade do *estar-com* a coragem para inventar caminhos. Desinstitucionalizar, também, pela amizade. Penso que isso é a oferta de um interessante caminho.

5 CLÍNICAS RETERRITORIALIZANTES

Neste capítulo, abordam-se duas experiências significativas ocorridas em 2015 em meu percurso acadêmico. A primeira foi em Tarragona e Barcelona, na Espanha. A outra foi em Trieste, Itália. Com uma bolsa de quatro meses do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), financiado pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), e mais um mês com a Bolsa de Estudo Íbero-América para Jovens Professores e Pesquisadores, financiada pela parceria entre o banco Santander e a Faculdade Pitágoras de Ipatinga, tive a oportunidade de estudar durante este período no *Doctorado de Antropologia y Comunicació*, vinculado ao *Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social* da *Universitat Rovira i Virgili* (URV) de Tarragona. Além disso, foi agraciado neste período pelo diretor da universidade tarragonesa que eu frequentasse como ouvinte no período do meu sanduíche com um curso de *Posgrado en Salud Colectiva e Salud Mental* em Barcelona,

curso este organizado pela Rovira i Virgili na capital da Catalunha. Em Trieste onde passei vinte dias e participei de algumas reuniões do DSM, tive algumas conversas/entrevistas com pessoas que lá trabalham. Por conhecer o “circuito” de saúde mental triestino, pude me concentrar em apreciar mais de perto o “Progetto Microaree”, que já conhecia por ter lido algo em livros e na internet, mas ainda não tinha visto nas passagens anteriores que tive na cidade.

A partir dessas incursões tratarei nesta pesquisa de alguns aspectos que resultaram nesta experiência e que amplio aqui para compor meu texto e minhas reflexões. Sucintamente, destaco em Barcelona a experiência com a Radio Nikosia, participando de programas e reuniões, além de conhecer, via o *Posgrado* de Barcelona, representantes das associações ActivaMent e Arrels, as duas com atuação na referida cidade. Em Trieste, visitei residências terapêuticas no maior distrito sanitário, que é, conforme me apontaram o mais “vulnerável” em termos socioeconômicos da cidade. Além disso, estive em outras estruturas ligadas ao DSM, que serão apresentadas no decorrer do texto.

Para encadear as ideias seguindo a minha proposta de um texto-rizoma, apresentarei as passagens experimentadas na Espanha e na Itália conforme transcrevi do meu diário de campo para uma “composição” sequenciada, ainda no período de estágio. Primeiro, introduzo o contexto da experiência e o seu tema. Depois, transcrevo meu diário, uma mistura de anotações e impressões que tive e registrei, com algumas subtrações e adições, para que fosse possível colocá-lo aqui na pesquisa. Creio que assim me situo de forma mais livre, abrindo minha expressão em espaços lisos que, necessariamente, irão compor outros espaços em minha errância e, talvez, provocar em outros “caminhantes” novas linhas de fuga em mais espaços livres. Vamos às experiências!

5.1 Experimentações com os coletivos de Barcelona (Espanha)

O Movimento de Reforma Psiquiátrica espanhol iniciou-se, ainda que timidamente, nos anos de 1970. Assim como no Brasil e em boa parte dos países ocidentais, a Espanha teve influência de países como França, Inglaterra, Itália e EUA. A partir dos anos de 1980, o país começou uma discussão em âmbito nacional sobre a Reforma Sanitária, dentre outras questões, depois de um processo de redemocratização do país, que, segundo Desviat (1999),

ficou prejudicado por anos em razão da ditadura do general Franco. O autor espanhol relata que a Lei Nacional de Saúde, de 1986, vinculava a assistência em saúde mental à comunidade, devendo ser alternativa “ao hospital psiquiátrico, contemplando a necessidade de estruturas intermediárias, de reabilitação e de reinserção social” (*Id. ibid*, p. 99). Há, ainda, o intuito de realizar a descentralização do sistema sanitário enfatizando o atendimento comunitário, que envolve a universalidade, a territorialização e a implantação desse sistema de atendimento na Atenção Primária. Para Salvador-Carulla et al (2002), as propostas centrais da Lei Nacional são: vincular a psiquiatria à Atenção Primária em Saúde com o princípio da integralidade, de tratar as pessoas em seu território e de evitar internações em hospitais psiquiátricos; e atender às necessidades de grupos diagnósticos específicos, como crianças, “drogodependentes” e anciãos. A diretriz nacional infere que os serviços de saúde mental espanhóis com ênfase na assistência comunitária devem estruturar-se com base nos seguintes itens: programas de reabilitação e acompanhamento às pessoas com transtorno mental nos CSM; hospitais-dia; unidades hospitalares de reabilitação (semelhantes aos leitos-retaguarda nos hospitais gerais brasileiros); residências na comunidade; inserção em postos de trabalho e apoio econômico (Asociación Española de Neuropsiquiatria, 2002). Entretanto, os autores dos estudos citados acima afirmam que ainda são escassos os recursos em território espanhol para dar sustentáculo às atividades de reabilitação e suporte social, imprescindíveis a uma política voltada para o cuidado na comunidade.

À primeira vista, o Movimento de Reforma na Espanha estava bem planejado. Por isso esperava-se uma evolução progressiva e que melhorasse de fato a assistência em saúde mental no país. No entanto, como apontam Desviat (1999) e Salvador-Carulla et al. (2002), às voltas com uma crise generalizada no governo ainda na década de 1990 e com algumas privatizações no setor de saúde que não conseguiram deslanchar em relação às propostas legais, iniciou-se um processo de estruturação desigual no território referido no que se refere aos planos da Reforma. Se, de um lado, o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde é digno de reconhecimento no âmbito europeu, a saúde mental não conseguiu acompanhar tal processo (Desviat, 1999).

É possível verificar diferenças regionais significativas entre as regiões espanholas. Na Andaluzia, por exemplo, existe uma fundação pública que gerencia recursos da assistência social para os pacientes em serviços do tipo residencial, acompanhamento em CSM, formação laboral e lazer, para ficar nas principais. Nesta região, foram fechados os oito hospitais psiquiátricos que existiam. Em Leganes, região metropolitana de Madri, um antigo hospital

foi fechado e seus recursos foram reutilizados em diversos empreendimentos sociais e comerciais que compõem uma importante rede de assistência comunitária. Nas Astúrias, o processo de desinstitucionalização teve forte encadeamento antes da Lei Nacional de Saúde Mental, tendo obtido relevantes resultados ainda em 1982. Foi parcialmente fechado um grande hospital psiquiátrico na região, que ainda mantém alguns leitos e é referência para casos em que a rede não consegue assistir integralmente sua clientela. Em regiões como a Galícia, Navarra, País Vasco e Castilha La Mancha observou-se o fortalecimento da rede de assistência em saúde mental com, vários serviços, como: CSM, residências terapêuticas e reinserção laboral, com a interessante marca de parcerias feitas com movimentos associativistas, basicamente formados por usuários e familiares. Na Catalunha, é destacada uma rede importante de centros-dia, com atividades integradas à Atenção Básica e a criação de CSM distritalizados, com o destaque para a colaboração entre iniciativa pública e privada (Asociación Española de Neuropsiquiatria, 2002). Em relação a esta última questão específica da Catalunha, Desviat (1999) afirma que nesta província há este “dado diferencial” e adverte que é importante profissionalizar os serviços, para amenizar as defasagens da rede, mas não necessariamente lançar mão de uma assistência conveniada em grandes proporções à psiquiatria privada. O autor ressalta que uma interessante saída para os déficits de assistência seria proporcionar a equidade dos serviços e maior participação dos usuários e da população no sistema de saúde.

Outro dado interessante do processo de Reforma espanhol é a imprecisão das informações prestadas pelo governo nacional, em função dos diversos modos de tabulação de dados, que são construídos “à sua maneira” entre a iniciativa privada e a pública. Para piorar, muitos locais têm as mesmas funções, mas com nomes diferentes, e vice-versa. E, ainda, estruturas absolutamente manicomialis que mudam suas designações, fazendo-se passar por “novos recursos” assistenciais, angariando aportes públicos sem, todavia, mudar seu formato de trabalhar (Asociación Española de Neuropsiquiatria, 2002).

Pratico um corte aqui neste trajeto expandido a toda a Espanha para contextualizar especificamente a Catalunha. Faz-se importante destacar essa característica específica das parcerias público-privadas na região, fato que presenciei em alguns dos lugares que visitei. Sublinho isso porque este dado parece ser determinante para que determinados atores da saúde mental catalã busquem outras formas para lidar com a loucura que não dependam de maneira incisiva dos serviços em discussão. Atentei-me a este fato porque por diversas vezes ouvi em meu período de Doutorado Sandúiche lá que, já há algum tempo, ocorre a

precarização tanto do sistema educacional como do da saúde. Segundo estes relatos, não há mais financiamentos do governo para estes setores como nas décadas precedentes. De fato, pude presenciar na URV a presença maciça de estudantes tanto da Comunidade Europeia como da América do Sul e Oriente asiático. As bolsas de estudo estão cada vez mais raras na Espanha e em muitas universidades públicas é preciso pagar para estudar. É verdade que pagar-se menos do que em uma instituição privada, entretanto pagar-se, e não é um preço simbólico! Em muitos cursos, a presença de espanhóis era menor do que a de estrangeiros.

Ao que parece, a nova crise que abala o cenário mundial faz com que os jovens espanhóis, assim como os de outros países europeus, se preocupem mais com um trabalho “real” do que investir na carreira a partir dos estudos para depois trabalharem. Isso foi dito por eles próprios, estudantes oriundos de várias regiões naquele período em que lá estive. No Brasil a situação dos estudantes também não é confortável, pois apesar das inúmeras universidades públicas, boa parte dos que tentam estas universidades não conseguem aprovação e optam pelas instituições privadas. Não pretendo discutir aqui onde está mais delicada a situação ou qual questão é mais grave, mas destacar que apesar das discrepâncias que temos considera-se importante por aqui o ingresso na universidade e a formação em um curso superior, mesmo que isso não garanta um trabalho de imediato que tenha relação com o curso feito.

Há, também, uma queixa generalizada, como indica Desviat (1999), de que a privatização ou terceirização dos serviços de saúde não tem dado resultados satisfatórios para a população em geral, o que poderia indicar as diversas alternativas – muitas delas bem interessantes e com consistente percurso antimanicomial – encontradas em território espanhol.

No início do meu percurso catalão de pesquisa, tentei conhecer o sistema de saúde de Tarragona, a APS e o serviço de saúde mental, por meio de contatos com as próprias unidades. Apesar de me identificar como estudante e de dizer que as visitas seriam breves, não consegui acesso a nenhuma unidade de saúde ali. Em Réus, terra de revolucionários como Gaudi e Tosquelles, que está a cerca de 15 quilômetros de Tarragona e 90 de Barcelona, visitei o Instituto Pere Mata, o hospital psiquiátrico em que Tosquelles se especializou em psiquiatria. O hospital conta com um complexo de vários pavilhões, aos quais somos impedidos de visitar, sendo o pavilhão de “los distinguidos³⁵” o único aberto a visitação.

³⁵ Os distintos, em português.

Entretanto, do lado de fora, conseguia-se uma visão parcial de um grande pátio, onde ficavam alguns internos. Mesmo com a tranquilidade que o local inspira, ficou a impressão de que muitos estavam pesadamente medicados e com significativa dificuldade para caminhar.

O “parque” hospitalar do Instituto Pere Mata tem em seu pavilhão “distinto” uma riqueza ímpar. Com alguns traços herdados da cultura árabe da época em que conquistou a Península Ibérica, o prédio se destaca pelo estilo modernista que marcou a cidade de Réus no final do século XIX.³⁶ Realmente, impressiona tanto pelo mobiliário quanto pela edificação do hospital. O instituto é privado e presta serviços em convênio com a administração municipal de Réus.

Continuando o curso das minhas experimentações catalãs, abordo agora alguns caminhos que percorri especificamente em Barcelona. Coloquei em minha rota um serviço de saúde mental que é modelo na cidade e que trabalha em rede com a APS. Esta é uma característica do movimento de Reforma espanhol. Em seguida, relato os contatos que tive com a associação ActivaMent, com a Fundação Arrels e com a Radio Nikosia, estruturando estes relatos a partir de diários de campo que elaborei, fazendo outros mapas com as capturas e sensações que tais encontros me proporcionaram.

Diário de campo – CSMA³⁷ (anotações da visita e das conversas com a psiquiatra que nos acompanhou)

Em Barcelona, conheci o Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA), da região de Nou Barris, que é similar ao nosso CAPS. Sua gestão é feita pela *Fundació Nou Barris*, formada por uma associação de profissionais que desde 1990 trabalha em convênio com o Serviço

³⁶ Mais detalhes são expostos no trabalho de I. F. Passos que trata também da Psicoterapia Institucional e do “Setor” francês. Neste trabalho, existem ricas informações sobre a trajetória do psiquiatra catalão e de sua contundente visão transformadora percebidas em seu trabalho no Hospital Psiquiátrico de Saint Alban, na França (I.F. Passos, 2009). Em outro artigo de, Ruiz et al. (2013), há uma interessante passagem sobre o percurso de Tosquelles desde a Catalunha até Saint Albain. Por fim, no artigo de Rodrigues (1998) encontramos diversas exposições sobre o vanguardismo de Tosquelles e seus feitos revolucionários na história mundial da Reforma Psiquiátrica.

³⁷ Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA).

Catalão de Saúde. O CSMA visa desenvolver atividades em saúde mental e em interseções com a APS, educação e assistência social para toda a população adulta do bairro. Existe uma estrutura específica que atende crianças e adolescentes até dezoito anos, assim como seu universo familiar e escolar. Estes são os Centros de Saúde Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), considerados serviços de prevenção e assistência para a população do território distrital em situação de vulnerabilidade social e/ou psíquica. Mantém vínculos com universidades e estimulam práticas de estágio e de formação acadêmica, sendo que existe uma revista para publicações de pesquisas realizadas pela fundação, a *Revista L'Interrogant*.³⁸

Em Barcelona, boa parte das internações psiquiátricas é feita em hospitais gerais conveniados com a rede pública, que nesta cidade totalizam quatro unidades. Sob a configuração de Hospitais-Dia são feitas as internações dos subagudos, que como o próprio nome indica, são casos menos complexos de intervenção e que não necessitam de permanência extensa nestas instituições. Para internações mais extensas usa-se o serviço chamado de “Alta Dependência Psiquiátrica”, indicado para casos com permanência de até dois anos aproximadamente. E ainda – podemos destacar – há na região uma unidade de permanência dentro de um hospital (que *a priori* não é psiquiátrico) que prevê uma “internação de até cinco anos”, mas com pacientes que ficam lá para além deste tempo previsto. (L. Medeiros, comunicação pessoal, 02 de agosto de 2015). Estas informações que foram fornecidas levam a refletir sobre o que Desviat (1999) afirma do “dado diferencial” da região e também sobre os “novos formatos” de assistência citados pela *Asociación Española de Neuropsiquiatria* (2002). Pode-se perceber a partir deste breve mapeamento de Barcelona – e também de Tarragona – um forte aparato de intervenção em crises relacionadas aos sofrimentos mentais conectado ao circuito institucional hospitalar. Se não existem mais hospitais psiquiátricos como os de outrora, as estruturas que encontramos hoje, sob várias definições, facetas e funções indicam com grande precisão o que apontam as críticas dos próprios autores espanhóis que citamos acima. Na comunicação pessoal que recebi ainda é observado que mesmo nas unidades dos hospitais gerais que tem intervenções e procedimentos que são de curta duração podem ser percebidas “certas práticas manicomial de controle” (L. Medeiros, comunicação pessoal, 02 de agosto de 2015). Há aqui uma

³⁸ Estes dados foram colhidos no próprio local através de documentos e esclarecimentos dados pela psiquiatra que nos acolheu (L. Medeiros, comunicação pessoal, abril de 2015), assim como acessados no site da Generalitat de Catalunya, Departament Salut (estes seriam os nossos serviços municipais de saúde). Pode ser acessado pelo link: <http://www.f9b.org/es/que-es>

semelhança interessante com o Brasil. Mesmo que não tenhamos esta grande rede de convênios entre o público e o privado, com diversas modalidades de “intervenções” arrisco dizer que se o paciente não consegue uma boa inserção e tratamento satisfatório no equipamento disponível em seu território ele corre um enorme risco de ser internado, no seu período de crise aguda, em instituições manicomiais sejam lá quais forem seus nomes. É a frase emblemática que estamos habituados a ouvir, especialmente no interior dos estados: “Por falência de recursos, à internação psiquiátrica (hospitalar, e geralmente na capital ou em alguma cidade maior mais próxima que recebe estes encaminhamentos)”.

Voltando à Barcelona, o distrito de Nou Barris tem uma população aproximada de 165.000 habitantes. Possui dois CSMA, com uma equipe total de 11 psiquiatras, 6 psicólogos, 6 enfermeiros, 6 auxiliares administrativos, 2 técnicos de informática e 2 assistentes sociais. O funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira, das 9 às 18h, sendo que uma vez por semana cada centro estende seu horário até às 20h. Há, ainda, um serviço de urgências psiquiátricas, que funciona todos os dias das 9 às 13h30. Os dois CSMA são integrados à APS, mantendo uma estreita relação ali por intermédio do “Programa de Suport a la Salut Mental en l’Atenció Primària”, que é bem semelhante ao nosso matriciamento em saúde mental. O CSMA Norte faz esse trabalho de suporte através de seus psiquiatras, sendo que psicólogos e enfermeiros em breve farão parte da equipe. O espaço físico de cada CSMA se divide em: 12 consultórios, 1 salas de reunião, 1 salas de espera, 1 arquivos, 1 secretarias, 1 cozinhas e 3 banheiros. Não existe sala de oficinas ou para outras atividades terapêuticas. Estas são desenvolvidas, em geral, nos centros-dia. Os CSMA voltados mais especificamente para o atendimento ambulatorial. Não há sala de dispensação de medicação. Os pacientes pegam a receita e vão a uma farmácia para pegar a medicação, sendo que os aposentados e desempregados ou com baixa renda não pagam pelos remédios. Pessoas com rendimento baixo, após avaliação da assistência social, pagam 40% do valor das medicações(L. Medeiros, comunicação pessoal, abril de 2015).

Informações obtidas na visita revelam que é possível verificar uma ampla estrutura ambulatorial no distrito assinalado, que é referência na cidade. Em relação aos CAPS brasileiros, há uma discrepância em relação ao número de psiquiatras pertencentes às equipes catalãs. Segundo Salvador-Carulla et al. (2002), a escassez do profissional de psiquiatria não é um problema tão acentuado na Espanha, ao contrário do enfermeiro. No caso do psiquiatra, isso talvez ocorra pela inclusão, desde os primórdios da Lei Nacional de Saúde, deste profissional nas equipes da APS, não havendo “concorrência” com outros setores do âmbito

público. Praticamente todos os psiquiatras da rede pública estão lotados na Atenção Básica, o que, conseqüentemente, faz com que o posicionamento dos serviços em núcleos de assistência favoreça a liberação de recursos oriundos do fundo nacional, que prioriza ações no sistema de atenção comunitário. Os serviços que estão fora do distrito, em geral, são privados e não necessariamente apresentam bons resultados em suas atividades (Desviat, 1999).

No dia da visita, o CSMA estava muito tranquilo, atendendo apenas uns poucos usuários que aguardavam na sala de espera. Pelo que observei, alguns profissionais estavam em visitas, dispersos pela rede e poucos consultórios estavam ocupados. O CSMA Nou Barris Norte pertence ao 8º Distrito de Saúde da cidade e é modelo para outros distritos, tendo sido o primeiro a atuar com a clientela acima descrita. Nas proximidades do Centro, encontram-se diversos serviços da área de saúde, de assistência social e de lazer e cultura, que compõem um complexo de prédios novos e de construções antigas, alinhadas por praça com estilo moderno, tipicamente catalão.

Diário de campo – ActivaMent (anotações da palestra e de conversas com seus membros, abril de 2016)

A ActivaMent é uma associação sem fins lucrativos. Reúne pessoas que experimentam ou já experimentaram algum tipo de transtorno mental. Sua sede é em Barcelona. Foi fundada em 2011. Outras unidades compõem a rede na Catalunha. É muito difundido na Espanha o termo *diagnosticado* ou *etiquetado* para referir-se a estas pessoas. Deriva da crítica basagliana em sua luta contra a opressão sofrida pelo louco na sociedade e que, também, combate este estereótipo atribuído a estas pessoas. Os próprios associados fazem questão de referirem-se a estes termos para “fazer falar” mais acerca desta exclusão e da violência social. O coletivo pauta-se por ações fundamentais para se organizarem: falar sobre saúde mental na primeira pessoa; e tratar da questão de *empoderamento* e da luta contínua contra o estigma. No caso da fala em na primeira pessoa, os associados utilizam-se das próprias ferramentas, ou “maquinaria”, do sistema para se recuperar e, posteriormente, sair dele, criando formas de viver e de se relacionarem. As decisões são tomadas pelo próprio grupo que, de forma assemblear e democrática, potencializa o *ativismo* em primeira pessoa. Para eles, é fundamental abandonar a etiqueta de enfermo, para proporcionar a recuperação do

estado mental em que se encontram. “O estigma desvaloriza a pessoa, esvazia-lhe a alma.” Pude ouvir isso de um dos membros da associação. Para tanto, é preciso valorizar a própria experiência e torná-la válida para si e para outros pares. Muda-se de um território para outro, dependendo da luta que se faz e dos anseios do coletivo. “É preciso sair do armário para lançar-se no mundo, fazer suas redes, encontrar pessoas, pois o isolamento e a falta de relacionamentos interpessoais é que enlouquecem de fato a todos nós.”

A gestão do ActivaMent se dá pela “Democracia Direta”, uma forma de gerir e compreender o grupo enquanto um *múltiplo de singularidades*, em que todos têm voz e, com isso, quebram as hierarquias. Processa-se, assim, a autogestão, em que “se faz ouvir as suas próprias vozes”, num sentido duplo com o delírio e com a afirmação de si mesmos. “Falar por si” e representando o coletivo, um lugar de multiplicidades, sem a interferência de profissionais ou pessoas que não são etiquetadas. Parte-se do pressuposto de que cada pessoa tem uma compreensão própria de saúde mental. Portanto, é importante a diversidade de vozes, mesmo que de uma só pessoa, sem diagnósticos e sem juízos.

Neste coletivo, considera-se o princípio de que as vozes são de todos e que elas devem povoar a existência de cada um. É uma luta *contra o autoestigma* para a construção de uma *autoestima grupal*, que se apoia mutuamente. O estigma traz grandes prejuízos, vergonha e asilamento, que se transformam em barreiras, às vezes, intransponíveis em certos momentos, que o grupo pode ajudar a ultrapassar. Negar a imagem reinante que se tem da loucura, aquela excludente, para *viver a loucura que é o mundo!* Para o grupo, a voz é a mensageira do sofrimento e deve ser escutada. É preciso quebrar o “mito” de que o técnico em saúde mental tem o saber sobre a doença e o paciente deve seguir resignadamente as proposições feitas pelo profissional. Em muitos casos, os associados consideram que se não se vive a experiência ou, pelo menos, não se aprofunda na vivência da loucura, e propõem-se saídas ou fazeres incompletos, sem afetos (referindo-se aos profissionais de saúde mental). Para tanto, é importante a construção de um *contrassenso científico*, construir “maquinarias” (ou seriam as próprias máquinas de guerra de Deleuze e Guattari?) para sair de um estado (ou Estado?) dominador e excludente. Os profissionais de saúde mental devem ser parceiros, que, por vezes, se fazem muito importantes e decisivos. Todavia, quem decide e discute os caminhos a serem tomados pela ActivaMent é o próprio grupo em primeira pessoa.

A associação é conectada a outros coletivos que lutam contra o estigma e pelos direitos das populações em desvantagem psíquica e social. Está aberta para quem quiser

participar, basta marcar uma entrevista inicial. Algumas reuniões são abertas à comunidade em geral, em outras participam somente os etiquetados, nas quais se decide algo estratégico do grupo.

É fundamental que as pessoas associadas compartilhem suas experiências e necessidades, conectem-se a outros coletivos e refaçam suas *redes de amizade e afetos*. Em poucas palavras: o enfrentamento ao estigma significa *empoderar-se*, dar valor à própria voz, ser capaz de tomar decisões e exercer sua *cidadania ativa*; organizar-se para defender seus direitos na primeira pessoa; unir-se ao movimento associativo para expandir os desejos individuais e do coletivo; e criar vínculos e projetos compartilhados com o grupo. Atualmente, a associação conta com a participação de mais de cem componentes.

Diário de campo – Fundació Arrels³⁹ (anotações da palestra e de conversas com seus membros fundadores; abril de 2015)

Arrels: nome da Fundação, que significa “raízes” em catalão. A Fundació Arrels é uma organização sem fins lucrativos, situada em Barcelona e atuante desde 1986. Começou a partir das inquietações de um grupo de voluntários que se deparavam com pessoas sem teto ou sem lugar, como dizem eles, em seus cotidianos. Estes voluntários faziam contato com as pessoas para tentar tirá-las da rua, “colocá-las de pé,”⁴⁰ indicando algumas opções ou simplesmente abastecendo-as com mantimentos primordiais.

No trabalho da Arrels, são feitas abordagens sempre que se localiza alguém em situação de rua. O “aviso”, geralmente, é dado por um dos membros da equipe, por alguém que conheça o trabalho da Arrels, algumas de suas parceiras ou por pessoas que trabalham na rede de assistência pública de Barcelona. A abordagem, segundo os membros da Fundação, deve ser orientada pela paciência, confiança recíproca e sem tempo exato. Não se chega às pessoas nesta situação para arrancá-las dali e depositá-las em uma instituição municipal ou de

³⁹ O site oficial da fundação é o <http://www.arrelsfundacio.org/>

⁴⁰ Mesma expressão usada por Lancetti (2008) em sua clínica peripatética e citada anteriormente.

qualquer outra ordem. Até porque as estruturas que existem no município não suportariam a demanda se simplesmente fossem enviadas tais pessoas para lá.

Não é um trabalho de deslocamento espacial, e sim *existencial*.⁴¹ A Arrels procura “entrar no mundo” da pessoa, entender o motivo pelo qual ela está vivendo nas ruas, para, assim, verificar o que pode ser feito por ela. Tenta-se, junto com “las personas sin hogar”, estabelecer uma situação de empatia e credibilidade, para transformar sua situação de vida, seja onde for. Os integrantes da Fundação partem do pressuposto de que é fundamental que estas pessoas tenham um grupo social e um sentimento de pertença. O que se verifica é que muitos estão nas ruas por falta de opção, pois perderam empregos, se endividaram, não conseguiram pagar mais seus aluguéis ou tiveram rompidas suas relações familiares. Segundo os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística de 2012 (relatados pelos membros da fundação e indicados no site da Arrels), a grande maioria é de homens, cerca de 50% espanhóis e 50% buscam trabalho. A idade média é de 42 anos e a expectativa de vida desse grupo é de 58 anos. Quase 80% destas pessoas têm algum tipo de sofrimento mental e 50% foram vítimas de algum delito ou agressão. Em Barcelona, existem cerca de 3.000 pessoas “sin hogar”, segundo a estatística citada. Para aqueles que querem morar nas ruas, a opção é respeitada.

A Arrels faz sensibilizações em diversos locais e instituições a respeito desta população em situação de rua. Busca conectar os diversos serviços de assistência de Barcelona, desde os serviços de saúde até os ligados a habitação. Denuncia violências sofridas pelas pessoas em situação de rua e propõe soluções para erradicar o problema. Conta com o apoio de entes públicos, privados, mistos e muitos voluntários, além de uma rede de instituições que trabalham pela mesma causa. O lema principal divulgado nas redes sociais é: #Ningú dormint al carrer.⁴²

Outra oferta citada pelos membros foi a de “suporte emocional”, ou “suporte terapêutico”, dado desde a primeira abordagem. Há certa dificuldade em integrar os “sin hogar” em alguns serviços públicos, provavelmente, pela sua *invisibilidade* (exclusão política e social) ou falta de um diagnóstico preciso para o encaminhamento “efetivo” destas pessoas.

⁴¹ A Arrels compartilha o entendimento da tradição basagliana de considerar a existência-sofrimento e tratar das pessoas em sua dimensão global de vida.

⁴² Do catalão para o português: “Ninguém dormindo na rua” (tradução livre).

Esta questão me chamou muito a atenção por ser um problema sublinhado em praticamente todas as clínicas aqui dimensionadas que pretendem forjar algo de novo, com melhor potencial de assistência e de mudança efetiva na vida daqueles que necessitam de cuidados, sejam eles quais forem. Pelo que percebo, as “clínicas clínicas”, aludidas por Campos, têm marcados em seu corpo institucional uma inflexibilidade tal em nome do correto e do “régio” que qualquer “movimento fora” de suas estruturas coloca em rota de colisão (ou xeque mate!) seu funcionamento, aquele “engessado e cinza” a que se refere Lancetti em sua clínica peripatética. Em muitas ocasiões, as “raízes que se movimentam” realizam caminhadas pela cidade ou permanecem em lugares ou praças onde se situam os “sem lugar” dando tempo aos “espaços” para que se situem e se recomponham/reterritorializem. Assim possibilitam a oferta de um lugar aos sem lugares. Neste tempo, são feitas “negociações” entre a Arrels e os possíveis lugares (novos) que poderão acolher tais pessoas. Com “atrevimento” e disposição, muitos exercem a função de *acompanhantes terapêuticos*, termo usado por um dos membros da Arrels ao ser “provocado” sobre a função que desempenham, ação que os membros dizem aplicar em diversas ocasiões, especialmente se não são conseguidos locais para imediato acolhimento. Dependendo do caso, os ATs são feitos de forma intensiva, até mesmo permanecendo em companhia do “sin hogar” nas ruas, “dando a eles um amigo *no lugar*”. São raízes que se formam de acordo com o fluxo demandante, se fixam e depois se deslocam para onde se cria um novo território.

O suporte se estende para outros encaminhamentos que visam, fundamentalmente, “apoiar” (ou dar novas raízes?) a pessoa para que ela alcance nova posição social, novo território e sua cidadania. A Arrels luta para tirar das ruas as pessoas sem lugar, pessoas que não por escolha, em sua maioria, vivem nesta condição. Todavia, o trabalho se ramifica em diversas ações, com equipes multiprofissionais que se enredam aos voluntários, por se tratar de um universo particular e complexo. É preciso compreender este universo para ajudar, ir com o “sin hogar” para lugares que ele possa construir outros territórios existenciais e pertencer de fato a eles. Enraizar-se e desenraizar-se de acordo com suas *hecceidades* e sua produção desejante (Deleuze & Guattari, 2010).

Diário de campo – Radio Nikosia (anotações de encontros com os nikosianos e da palestra com o fundador da Radio La Colifata, de Buenos Aires, no Posgrado. Comentários sobre o livro da Nikosia⁴³, de março a maio de 2015)

Uma das poucas certezas que eu tinha quando fiz meu planejamento para o PDSE foi a de que conheceria a Radio Nikosia. Em minha passagem pelo voluntariado de Trieste, havia conhecido a Radio Fragola, uma rádio comunitária que nasceu dentro do ex-Compensorio San Giovanni, no pavilhão M, que me foi apresentada por um usuário na época. Sempre ouvia sua ótima e diversificada programação, com notícias e músicas que se podem ouvir sem maiores aborrecimentos.

O primeiro dia em que marquei um encontro para conhecer a Nikosia era dia de reunião. Estava com um dos idealizadores do projeto, que me prestou muitas informações sobre a rádio e as experiências nikosianas. Pedi para participar e fui liberado pelo coletivo para fazer parte das discussões que decidiriam a pauta para o próximo programa.

Sobre a rádio: A Nikosia foi inaugurada em 2003, em Barcelona, inspirada na Radio La Colifata, de Buenos Aires, a “primeira rádio do mundo de dentro de um hospital psiquiátrico”, que começou suas atividades em 1991. Funciona na Plaza Real, local movimentado da cidade. É a primeira da Espanha no gênero. Os nikosianos se reúnem um dia da semana para decidir a pauta do programa, realizado dois dias depois, ao vivo, cujo espaço é negociado com outra rádio alternativa. “Uma rádio dentro da outra que manda ideias para todo lugar!”. Têm muitos participantes, “mas não dá para contar direito”, uns assíduos, outros esporádicos e muitos que vão e vêm quando querem. Dois coordenadores organizam a parte técnica das transmissões e acompanham as reuniões dirigidas pelo grupo, com várias alternâncias na condução do evento. Combate fortemente o estigma da loucura na sociedade, encadeando diversas discussões ao vivo, que contam com a participação de convidados e de ouvintes simultaneamente à transmissão do programa. É, literalmente, um veículo que faz circular a voz da loucura falada com voz própria, sem filtros. Não tem discurso certo ou errado. Todos falam, discutem, discordam, alegram-se. É uma “clínica do imprevisto”. Ou como nos fala Guattari (1985, p. 56), “potência do desejo contra a ordem do discurso”.

⁴³ Radio Nikosia: Associació Joia. *El libro de Radio Nikosia: voces que hablan desde La locura*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, 2005.

Na conversa entre nikosianos e o fundador da La Colifata, comentava-se uma trama coletiva entre loucos, não loucos e interessados. “Uma rádio em movimento” (Idem, p. 57). Nessas rádios, a função não é tratar, é fazer expressar com seus próprios recursos, que vêm, que tocam e que chocam... Dos debates, *a priori*, não se quer fazer clínica, mas política. E, por ser um processo aberto, virtual e comunitário, a rádio pode ser clínica, “mas uma clínica que inventa modos”. Tem efeito terapêutico, mas não se busca propriamente isso. Busca-se contestar porque são “etiquetados”, e isso lhes dá o direito de rebater, de negar e de resistir ao poder do modelo excludente. Alguém diz: “Negar, não, mas não focar na etiqueta”. Falar pela rádio faz com que se rompam os muros do manicômio... que se vá para fora fazer encontros, estar em campos abertos, sair do campo da saúde. São novos espaços de subjetivação: “rompe e aparece!”. Turbilhonam na realidade pelo virtual. Tornam-se uma ação atual. Nos programas de rádio, todos os muros são ultrapassados. Forma-se uma multifamília, que faz com que as pessoas trabalhem em conjunto, usem sua criatividade para construir novos lugares de integração e vínculos. Em sintonia com Guattari (1985, p. 58), faz-se “o esboço de um mundo que nós mesmos agenciamos, os desvios maiores que operamos a partir de nossas línguas menores”.

A Nikosia (irmã mais nova da La Colifata...) e as rádios “assim” são usinas de metáforas que invadem campos de mortificação: “Nos metemos lá dentro para nascer lá fora”. É interessante “pôr em contato, fazer conexões, mesmo que se corra o risco de fazer um espetáculo bizarro”. Os nikosianos, assim como os colifatos, são pessoas inquietas, ativas, e nossas incertezas podem produzir algo, repensar as coisas.

Conversamos sobre partes do livro *Viajando com Basaglia*. A Nikosia pode fazer voar para todos os cantos a palavra negada. “Nikosia és una emissora que se piensa itinerante”. (Radio Nikosia, 2005, p. 18). “É o momento de buscar compreender e apreender as particularidades desta voz que, desde sempre, ainda que não a vemos, busca, de uma maneira ou de outra, comunicar-se”. (Idem, p. 22, *Tradução livre*). Agora, se não veem, escutam! Na Nikosia, da mesma forma que Guattari trabalhava na comunitária Rádio Tomate, em Paris, na década de 1970, produzem-se conversas, temas que inquietam, chamam-se as pessoas para falar, sem restrições, sem comerciais, apenas com intervalos para se respirar e se reorientar. Experimentei falar durante um programa, fazendo a ressalva de que tinha chegado há poucos dias e que “meu espanhol” poderia complicar... Um nikosiano me disse: “Aí é que vai ficar bom, porque a gente fala como pensa e se não entendem, a gente já falou. Alguém por aí vai entender”. Guattari indica que nas composições dos programas da Rádio Tomate falavam-se

muitas línguas, as línguas dos guetos, dos imigrantes e das várias maneiras com que estas línguas podem ser faladas: “as formas de sintaxe, de retórica e de argumentação. Nada disso é feito dentro dos moldes dominantes (o que não quer dizer que as rádios livres não criem seus próprios moldes). Aliás, esta é uma das questões mais interessantes: Qual é a maneira específica de falar nas rádios livres?” (Guattari e Rolnik, 1986, p. 109).

Encerro a sequência dos três relatos/composições para encadear essa experimentação às reflexões deste texto. Vejo nestas passagens uma forma radicalmente genuína de ilustrar o ensejo das clínicas da desinstitucionalização. O ponto que motivou minha escolha para refletir sobre estas experiências foi a relação muito próxima que as ações destes grupos têm com as clínicas da desinstitucionalização em curso no Brasil, que aqui desenvolvo.

Ao discutir algumas das clínicas da desinstitucionalização neste trabalho, procuro destacar algumas ideias-força que destacam a práxis em questão. Na experiência que tive em Barcelona, percebi que os coletivos descritos não têm relação direta com o sistema público. Nos três casos, eles circulam, ultrapassam e complementam aquilo que denominamos de clínica. Há o prenúncio de certa libertação em relação ao Estado, com outras formas de existir e de se posicionar no mundo. A loucura ali protesta com seu CsO, irradia seus “gritos-sopros” e suas palavras em profundidade que não aderem a qualquer superfície. Procura ter cabimento na cidade, abrindo outros espaços de convivência, fluidos, composições multifamiliares que procuram lugares para se porem em pé e seguir *peripateteando*. A “diferença” é um componente forte desses coletivos. Ela não se fixa no funcionamento organizado dos órgãos (Deleuze & Guattari, 1997), se dispersa, reterritorializa-se em compartilhamentos de afetos e em lugares onde a amizade se faz ao manobrar o jogo de *um nós*. Amizade presente e citada nas três experiências, em que o afeto e a criação de vínculos, de raízes que se formam em vários espaços, fazem dos encontros grandes agenciamentos coletivos de enunciação: desvios do que se considera padrão para turbilhonar em outras ondas e lugares.

A ciência, com seu espaço estriado, não permite o fluxo livre e celerado da loucura. Intimiza e intimida a vida que quer fazer-se no Fora. Como aponta Baptista (1999), a vida privada constrói-se em territórios impermeáveis e sedentários, que impedem a ação de linhas de fuga e sufoca a vida.

Fechada, a vida perde movimento, força política, e o capital se multiplica, obscurecendo a visibilidade da produção de modos de vida por banqueiros,

artistas, burocratas, psicólogos etc. Sem movimento, desmaterializa-se, tornando-se dádiva ou estorvo, diluindo do cotidiano a emergência e o espaço da produção – do assujeitamento e da transgressão (Baptista, 1999, p. 34).

O “sem lugar” da loucura na cidade expressa as formas de exclusão impostas por uma estética que impõe seus traços e formatos retilíneos. Ao fugir para o território geográfico das cidades, estas pessoas se aprisionam em seu Fora, tornando-se invisíveis e povoando os manicômios mentais da sociedade. Estão sós e, ao mesmo tempo, juntas numa terra que os expulsa, que sinaliza sua não pertença a ela. Os coletivos de Barcelona atuam nesta margem, convocam a loucura e os outros excluídos a reterritorializarem-se em multiplicidades singulares para desviar-se da rota cristalizada. Em ondas virtuais que falam na primeira pessoa, os coletivos tomam corpo em fluxos/matérias que se deslocam sem obstáculos e acumulam potência para transbordar a margem. Neste espaço comum, onde as minorias formam uma ampla maioria, faz-se comunidade, expressando a ideia mesma do comum. Nas palavras de Pelbart⁴⁴, o comum seria o que se opõe ao um e faz com que a multidão se torne comum. Segundo o autor, o território público da Modernidade foi privatizado. Entende-se que para esta época o comum era um espaço abstrato que contemplava as individualidades e se sobrepunha a elas. Para os excluídos, não há mais espaços públicos como antes. Todavia, é exatamente por ter ocorrido essa privatização do público que o comum da pós-Modernidade surge como algo produtivo,

como intelecto geral, como conjunto dos cérebros em cooperação, resultando na intelectualidade massificada, na hibridização do humano e da máquina, na sensorialidade alargada, na circulação ininterrupta de fluxos, na sinergia coletiva, na pluralidade afetiva, na subjetividade coletiva. Enfim, eis aí o *bios* social, o agenciamento vital, material e imaterial... Em suma, esse comum é um conjunto de singularidades em variação contínua (Pelbart, 2002, p. 107).

⁴⁴ Pelbart (2002) tece suas considerações a partir das leituras que Negri teria feito de um texto inédito de Deleuze, intitulado “La grandeur de Marx”, em que o filósofo francês evoca a discussão do “comum”. Pelbart sugere que os livros *Multidão e Império* são o resultado do texto inacabado de Deleuze. Interessa-me abordar a questão do comum/comunidade aqui em relação aos novos movimentos sociais na pós-Modernidade que incluímos na reflexão sobre desinstitucionalização. Todavia, por uma questão de “espaço”, não aprofundo o tema das multidões e dos impérios neste estudo.

A intenção do movimento provocado pelas ondas do Radio Nikosia e pelas patrulhas da Arrels é quebrar a conexão com a soberania controladora do poder e das unidades de medida. Na primeira pessoa, a multiplicidade se faz, convoca o comum e o singular para provocar o turbilhonamento dos espaços e “inventar novas formas de cooperação e de associação, novos desejos e novas crenças, a partir das variações da multiplicidade” (Pelbart, 2002, p. 107). O combate ao estigma e o fortalecimento da autoestima são faces dessa composição de potência que transcende os territórios e forma outros, num fluxo militante que ressoa na cidade e povoa desertos e cria laços e afetos que compõem as máquinas de guerra para furar muros e organizações que degradam as diferenças.

Compreender o território existencial do outro é desviar-se do padrão de homogeneização da pós-Modernidade e criar modos de existência, clínicas, talvez indisciplinadas, sem “vocação terapêutica”, capazes de atuar diante do imprevisto (Radio Nikosia, 2005), do cotidiano (Mendonça, 2012), para termos uma transversalidade que *desassujeite* o saber para torná-lo comum, *entre-disciplinar* e mestiço. Caminhar com a clínica, nomadizar, fazê-la em manobras *a dois*, no estilo nietzschiano. Um comum da clínica, não uma especialidade clínica. Como indica E. Passos (2013), desviar-se da clínica “como um”, que torna o fazer normatizado, dominante, para fazê-la num sentido de “‘como qualquer um.’ É a ideia de comum como prática de, para, com, através de qualquer um” (p. 227), como clinicam os barceloneses da Arrels, da ActivaMent e da Radio Nikosia. São coletivos potentes que criam territórios e inspiram mestiçagens ainda maiores nas nossas clínicas desinstitucionalizantes.

5.2 Revisitando Trieste em suas micropolíticas (Itália)

O modelo de assistência em saúde mental italiano é ainda hoje uma referência mundial. O trabalho desenvolvido na Itália, em geral, propõe uma assistência territorial complexa, com serviços “fortes” de acolhimento à crise, cuidado e reinserção de usuários na cidade e boa integração com as redes públicas de assistência, com entes privados, da sociedade civil e associações/cooperativas, proporcionando diversas ações voltadas para o exercício pleno da cidadania das pessoas. Esta última é uma consideração muito além de

palavras e teorias. Vamos falar desta questão ao longo das exposições que fiz e das minhas impressões olhando em profundidade as *gretas* do fazer triestino.

O pioneirismo da Lei Basaglia, o avanço das propostas experimentadas em algumas cidades a partir dos anos de 1960 e, claro, a força do pensamento basagliano e da proposta radical de desinstitucionalizar a loucura ecoam ainda hoje naquele país. Como não é objetivo desta tese refazer o percurso da experiência italiana, não entrarei novamente na discussão sobre o “revolucionamento” que ocorreu por lá em termos de saúde mental.⁴⁵ Farei aqui uma sucinta apresentação do contexto italiano para problematizar um tema que penso ser muito potente em termos de ação territorial e que ainda é pouco praticado⁴⁶ no Brasil, que são as intervenções nas microáreas das cidades e a potenciação da comunidade nos fazeres dos serviços de saúde mental. Além disso, indicarei desdobramentos que meu percurso teve em função de agenciamentos inusitados e não menos potentes. Os encontros que ali aconteceram foram desterritorializantes, fazendo-me sentir em alguns momentos como o AT imaginário de Rolnik.

Como ocorre em todo processo de mudança, verificamos na Itália também certa desproporção no avanço que se esperava das propostas em relação às suas regiões. A própria Lei 180 demorou a ser colocada na prática em algumas províncias e encontrou forte resistência de políticos e certos setores da sociedade. O que será destacado neste trecho do texto é uma progressiva mudança de rota que os italianos imprimiram na área de saúde mental para atingir o nível micropolítico de trabalho que parte dos CSM para conectar as ações a todo

⁴⁵ Em minha dissertação de mestrado, falo do percurso de Basaglia desde a época de Gorizia (década de 1960) até sua morte, em 1980, incluindo o período atual de Trieste e de outras experiências italianas. A dissertação está online (Bueno, 2011). Link: <http://www.pucminas.br/documentos/rinaldo_conde.pdf>

⁴⁶ Minha intenção ao inferir que as ações territoriais no Brasil são pouco praticadas não pretende desqualificar o trabalho amplo e potente realizado pelas ESF e por muitas equipes de referência e de matriciamento que temos aqui. Como foi dito, são muitos os exemplos de sucesso e de transformação que essas equipes têm, especialmente pela conexão feita com os ACS neste percurso. O que pretendo salientar é que o trabalho realizado nas microáreas na Itália, mais especificamente na “experiência” que visitei em Trieste, expandem e conectam as redes de uma forma altamente complexa e em constante exercício de avaliação/reavaliação dos processos realizados. São feitas reformulações baseadas nos erros e dificuldades detectados em contextos específicos das divisões territoriais, ou seja, das microáreas de cada território vulnerável do município. Esta é a diferença que creio ser importante levar em conta: o olhar/intervenção em/para contextos específicos, singulares, que uma lei nacional ou uma política sanitária generalizante talvez não dê conta de alcançar. Tal prática se enraíza como um rizoma e produz efeitos contínuos e que se potencializam em sua forma mutante e inovadora, que irradia invenções para estar cada vez mais enraizada com a “existência complexa e global” das pessoas e de seus territórios.

um sistema compartilhado entre o primeiro, o segundo e o terceiro setores, sociedade civil, recursos da comunidade e, especialmente, estes setores com a participação efetiva das chamadas pessoas com *handicap*.⁴⁷

Rotelli (1992) indica que a reforma italiana foi possível porque teve seu foco de intervenção no território, e não nas instituições. Tal processo pode ser concebido como uma vivência em um território de fronteira, fazendo-se, por isso mesmo, permeável e conector potente para a abertura de diversos espaços. Para os italianos, foi fundamental transferir os recursos que iam para os hospitais psiquiátricos às novas formas de atenção, no intuito de aplicá-los em produção de bens para os doentes. Segundo Rotelli, a transformação nas instituições públicas deve refletir em sua capacidade de encontrar recursos no seu interior e aplicá-los fora dela.

Um bom critério de avaliação da organização é sua capacidade para encontrar e adquirir estes recursos que estão fora do próprio serviço. Isto é o fim da instituição total, da instituição autárquica e o fim da hierarquia entre o serviço que vai ao encontro do território, à área, à microárea e o recurso que está ali, fora. (Rotelli, 1992, p.78).

Rotelli afirma que a valorização desses recursos captados *fora* da instituição é fundamental para o fortalecimento das redes do sistema sanitário, em especial na atenção primária. Para ele, este ponto é decisivo para os países que não têm um sistema bem dotado financeiramente e cujos trabalhadores de saúde mental são uma importante fonte de riqueza quando é levado em conta o processo social em que os assistidos se encontram, atuando em rede com outros setores.

Tal qual apontei nas clínicas antimanicomial, ampliada e peripatética sobre essa imprescindível atuação dos técnicos no território, fica evidente no caso do Brasil a descendência delas em relação aos pressupostos de desinstitucionalização italiana. De uma atuação exclusivamente sanitária, institucional, a valorização do trabalho territorial caminha, via APS, para a construção de um modelo que possa fazer frente à exclusão social, abrindo

⁴⁷ A palavra *handicap* é utilizada geralmente sem tradução do inglês pelos italianos para compor um sentido mais amplo do termo. *Handicap* significa neste caso “desvantagem” ou alguém que tem algum tipo de dificuldade ou obstáculo para fazer algo, seja no campo do trabalho, das relações sociais, interpessoais, etc.

seu espaço de ação para novos empreendimentos sociais e com serviços descentralizados. Isso tudo para fazer funcionar, além da saúde mental, equipamentos que produzam resultados em que “apenas a obrigatoriedade das leis não pode realizar.” (Rotelli, 1992, p.79).

Para Mezzina (2012), a participação social, os direitos (civis), o poder e a inclusão social estão entrelaçados nas funções dos serviços de saúde mental comunitários para dar suporte às mudanças individuais dos assistidos, agenciando o fornecimento ou a captação de recursos e oportunidades para estas pessoas. No que concerne à questão do poder, dos direitos e da inclusão social, pode-se inferir que o conceito de máquinas de guerra da clínica nômade e as manobras de uma estética da amizade fazem todo sentido quando se pensa em uma práxis transformadora e criativa, sem seguir o que é predeterminado e com o propósito de realizar uma plena gestão de coletivos. Um “povo” ainda por vir, como diria Deleuze. Cidadania... Pensando no Brasil: de que forma continuamos a luta por um sistema “forte” de saúde com tantos problemas e desigualdades sociais existentes? Estamos alinhados aos fazeres dos nossos movimentos? Resposta arriscada. Todavia, com Lobosque (2003), penso que pelo menos a disjunção entre clínica e política se desfaz quando se considera a cidadania como algo essencial para qualquer tipo de transformação, seja ela social, clínica, política ou econômica. Ao grudarem-se em um lado ou outro, clínica *ou* política, reduzem-se as possibilidades de mudança e a questão do alcance à “cidadanização”, como apontou Merhy (2013), fica inalcançável.

Voltemos à Itália. O sistema de saúde mental italiano parte de três pilares fundamentais: prevenir, tratar e reabilitar. Para que se possa avançar nesta proposta, estes três campos são divididos. As equipes, partindo da saúde mental para englobar diversos entes sociais, como já foi dito, atuam:

- a) Na promoção da saúde das pessoas, melhorando suas condições de vida e respondendo a suas necessidades fundamentais. Entende-se com isso uma atuação ampla na comunidade, com o alargamento das ações nos espaços sociais;
- b) Em um esforço conjunto para que a pessoa em situação de dificuldade (incluem-se aqui momentos de crise psicótica) não perca seus direitos e competências sociais, dignidade e poder em suas relações interpessoais, familiares e laborais. Estende-se o cuidado para a rede de relacionamentos da pessoa, como família, amigos e vizinhos.

Faz-se necessário um trabalho que dê conta do sofrimento da pessoa e dos cuidados que são demandados⁴⁸ com esta ação.

c) Na reabilitação⁴⁹ enquanto uma recuperação da capacidade, habilidade e competência social da pessoa. Seus objetivos vão além do serviço sanitário, atuando por meio do uso de recursos diversos para a melhora, a manutenção ou a restituição dos poderes e direitos para o pleno exercício de cidadania do assistido (ASS n1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010).

Pode-se perceber que os italianos focalizam a assistência às pessoas com *handicap*, e não apenas àquelas que têm um “etiquetamento psiquiátrico”, no âmbito de suas vidas. Existem muitos projetos com financiamentos das províncias e da União que procuram abarcar questões como habitação, sociabilidade e afetividade, além de trabalho e formação profissional. Para que isso aconteça, são estruturados projetos terapêuticos personalizados que avaliam e indicam quais possibilidades e recursos podem ser utilizados pelo assistido e quais equipes vão atuar neste ínterim. São os chamados “Progetto Personalizzato/Budget integrato di Salute come instrumento di Deistituzionalizzazione”⁵⁰ (Ridente, 2013). Estes projetos são considerados relevantes na prática dos CSM e se distribuem nos seguintes formatos: os processos de habilitação/*empowerment*, de capacitação, de *recovery* e de emancipação dos sujeitos. Destes, farei apenas comentários mais diretos no que se refere ao *recovery*, pois foi o que tive mais interesse e informações a respeito.

Ridente (2013) indica que a política de assistência social (que trabalha junto com o setor sanitário) na Itália segue as diretrizes europeias, em que o investimento nas ações para pessoas com “desvantagem” social devem pautar-se pelo princípio da sustentabilidade, com planejamento baseado nos recursos do território. O conceito de *welfare* de comunidade, que

⁴⁸ Importante observar aqui que não se fala diretamente em remissão de sintomas, internação ou medicação para crises. Certamente, a pessoa em sofrimento mental extremo precisará de algumas intervenções dessas que citei antes. Todavia, pensa-se em um *conjunto de respostas* para que ela não perca seus direitos, dignidade e poderes.

⁴⁹ Os italianos também reconhecem os equívocos provocados pelo termo *reabilitação*. Para além de sua origem e pertencimento aos campos médico e biológico, pretende-se orientar o trabalho reabilitativo mais em condições existenciais do que físicas ou psíquicas.

⁵⁰ Projeto Personalizado/Budget (orçamento) integrado de Saúde como instrumento de desinstitucionalização. (Tradução livre). Pina Ridente participou da reunião no DSM e me enviou posteriormente um texto inédito, dela e da Morena Furlan, o qual indico a autoria nas referências. Ela me indicou ainda os slides que apresenta nas reuniões de rede onde aborda a questão do Budget de Saúde.

superou o *welfare* assistencial e o *welfare* dos serviços, é aquele que objetiva o desenvolvimento da prestação de serviços, incorporando o protagonismo e os recursos dos usuários, das redes sociais, das relações sociais e dos técnicos destes serviços, para recriá-los com uma cultura de cooperação em diversos níveis. Para Ridente (P. Ridente, comunicação pessoal, 13 de maio de 2015), o projeto é uma unidade de medida usada para desenvolver um processo voltado a posicionar as pessoas com experiência de “desvantagem” psíquica ou social em um funcionamento social aceitável, com a participação dela própria, de sua família e da comunidade. Trata-se de um processo de inclusão social que se constrói a partir do primeiro contato de um cidadão com os serviços de saúde mental para dar resposta a diversas necessidades que impedem a fluência da vida. Em poucas palavras, o *Budget Salute* pode ser definido como um sistema de oportunidades no território que orienta os serviços e lhes dá subsídios que formalizam a construção de um *welfare* de comunidade (Ridente & Furlan, mensagem pessoal).

Nota-se, com base nesses indicadores, que o sistema sanitário italiano é multifacetado e que os profissionais trabalham em diversas equipes e em diversas frentes. Pode-se inferir a partir desses dados que o processamento das atividades em saúde mental transcende até mesmo uma lógica sanitária, à qual, em geral, nos acostumamos a trabalhar no Brasil. Tal fato me capturou para tentar entender o funcionamento dos serviços, que têm muitos profissionais que se pulverizam em diversos setores e em diversas empreitadas. Assim, cheguei no “Progetto Microaree”, que, mais adiante, será colocado em discussão. Agora, descrevo minhas anotações e reflexões acerca do diário de campo, que se desenvolveu em alguns pontos da rede de atenção sanitária triestina e serão discutidos nas linhas que se seguem.

Diário de campo – visita à rede de serviços de saúde mental de Trieste (anotações de reuniões no DSM, de visitas em um *Gruppi-appartamento*, no *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* – SPDC, no CSM Barcola e no *Progetto Microaree di Gretta*)

Em resposta à uma marcação prévia com a secretaria do DSM para visitar alguns postos da rede de saúde mental de Trieste⁵¹, esta comunicou que seria feita a apresentação do DSM junto com os visitantes de outros países e, depois, a divisão deste grupo maior em outros grupos para que se pudesse visitar, sem maiores transtornos, um CSM, o SPDC, uma cooperativa social e um bar gerido por esta cooperativa. A visitação seria guiada por pessoas do DSM preparadas exclusivamente para receber interessados em conhecer o trabalho triestino, que em geral, reunia pesquisadores de vários níveis, entes governamentais e trabalhadores de serviços relacionados à saúde mental.

Como já conhecia algumas cooperativas e o Ristorante Il Posto delle Fragole⁵², solicitei uma mudança de rota para conhecer o *Progetto Microaree di Greta*, atendendo a sugestão de uma pessoa do DSM. Por coincidência, este local é o território de assistência de um usuário ao qual prestei acompanhamento terapêutico em 2002, quando fui voluntário lá.

Naqueles dias, as visitas tinham guias que falavam algumas línguas, como serbo-croata (ou a derivação para croata, esloveno e sérvio), inglês e italiano. Uma funcionária (que é brasileira e trabalha em Trieste há mais de vinte anos), muito gentilmente, ligou para um assistente social do CSM de Barcola e pediu para que ele nos acompanhasse nas visitas ao CSM, ao SPDC e à microárea de Greta. A visita foi marcada para dois dias depois.

O SPDC⁵³ é um serviço localizado no “Ospedale Maggiore”, que é o hospital geral público de Trieste, cujas atividades são submetidas ao DSM. Trata-se de uma equipe específica de trabalho – no caso uma equipe psiquiátrica –, que trabalha dentro do complexo hospitalar, composta de 3 psiquiatras e 16 enfermeiras(os), que se revezam em turnos fixados durante toda a semana, incluindo feriado e finais de semana. Existem seis leitos disponíveis vinte e quatro horas por dia, além de salas amplas para a circulação dos pacientes em tratamento. Além das internações de curta duração, uma das principais funções do serviço é

⁵¹ Nosso grupo era composto por quatro pessoas: eu e mais duas colegas – uma fazia doutorado sanduíche e a outra pós-doutorado – provenientes de Tarragona, e outra que era minha colega da pós em Psicologia na UFMG e fazia o doutorado sanduíche em Lisboa.

⁵² Famoso restaurante gerido por uma cooperativa social dentro do ex-Comprensorio San Giovanni, que é muito bem decorado e oferta lanches e almoços de boa qualidade, incluindo bebidas alcoólicas! O nome significa “O lugar dos morangos”, numa tradução livre. É um espaço de socialização importante que simbolicamente sugere a superação do manicômio e a mistura de seus territórios com a comunidade, sendo um ponto turístico muito visitado pelos interessados na história da reforma/ruptura psiquiátrica de Trieste.

⁵³ Dados retirados da ASS n1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (2010).

prestar aconselhamento relativo aos casos de urgência e emergência do pronto-socorro e de outras unidades da rede sanitária que precisem deste tipo de orientação. Os casos que para lá são encaminhados são todos discutidos com os CSM de procedência do paciente e as ações são definidas de forma conjunta.

Na visita ao SPDC, pôde-se constatar o funcionamento desta rede de atenção totalmente vinculada aos CSM. Não havia pacientes amarrados e tampouco isolados em salas ou quartos. O enfermeiro que nos recebeu disse que não se usa qualquer tipo de contenção física ali, mas que em muitos momentos precisa-se de muitas pessoas para conter alguma agitação maior por que passam certos pacientes. Estes têm grande liberdade para circular no recinto, sendo que alguns fumam nos espaços coletivos. Segundo nos disseram, o SPDC não substitui o trabalho dos CSM, pois trata-se de intervenções rápidas. Se for o caso, o paciente recebe alta dali mesmo. Havendo necessidade de uma intervenção mais prolongada, o paciente é enviado ao seu CSM de referência, confirmando a efetivação da “tomada de responsabilidade” do sistema sanitário e territorial de Trieste.

No CSM de Barcola, realizamos uma visita acompanhada do assistente social. Visitamos os espaços do serviço e conversamos com muitos operadores e com pacientes que ali estavam. O serviço é organizado, muito movimentado e conta com a presença de profissionais de diversos níveis.⁵⁴ Depois, seguimos para Greta, um bairro mais afastado do centro da cidade, pertencente ao CSM de Barcola, com uma população com concentração maciça de pessoas maiores de 80 anos. Está situado em uma encosta íngreme, que termina no mar, com uma paisagem muito especial. Tem edifícios muito antigos de moradias populares datadas da década de 1950 e sem muitas reformas, aparentemente. Segundo Degrasse, foi desenvolvido em 2010 o “Spazio Greta”, que consistiu em uma série de intervenções com a participação da população na reconfiguração e abertura de novos espaços sociais para o bairro. A iniciativa contemplava moradores, trabalhadores e voluntários da microárea de Greta e uma associação sem fins lucrativos formada por mulheres engenheiras e arquitetas com experiência neste tipo de intervenção. Este grupo, que propôs uma mudança estrutural grande nas edificações para facilitar a circulação das pessoas, trabalhou na Bósnia no período de reconstrução pós-guerra daquele país (Degrasse, 2012).

⁵⁴ Aqui não serão feitas maiores considerações acerca do serviço e seu funcionamento, pois isso escapa ao objetivo deste trabalho. Para mais informações, consultar Barros (1994), Passos (2009), ASS n1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste (2010) e Bueno (2011).

Fizemos uma caminhada por alguns pontos do Gretta, para conhecer um pouco dos trabalhos ali realizados. Em muitos prédios, foram feitas intervenções em instalações elétricas, caixas de correios, recolocação de corrimãos e pintura, dentre outras. A questão da acessibilidade foi uma ação destacada no bairro em razão de a população ser altamente idosa. O “embelezamento” de algumas partes do bairro também pode ser visto, especialmente por meio da criação de algumas praças e espaços de circulação, itens quase inexistentes ou inapropriados antes das intervenções da microárea da região. O assistente social que nos acompanhou disse que há um projeto em execução para derrubar alguns dos edifícios antigos para a construção de imóveis mais horizontais e com melhor acessibilidade para os moradores. Existem muitos idosos que moram nos andares mais altos, o que ocasiona certamente problemas na circulação dessas pessoas.

Visitamos um *gruppi-appartamento*, que é uma espécie de SRT brasileiro, com vários níveis de estruturação, isto é, moradias adaptadas para vários perfis de usuários, dos mais vulneráveis aos mais autônomos. A visita teve um aspecto muito especial para mim, pois, propositadamente, o assistente social que nos acompanhava fez questão de me levar nesta casa, que tinha dentre seus moradores um dos meus acompanhados da época de voluntariado. Ele parecia bem, muito mais tranqüilo do que na época em que o conheci. Estava com um bom aspecto físico e conversava com todos, denotando boa condição psíquica também. Na moradia, trabalha uma senhora, sem formação superior e com capacitações na área de saúde mental oferecidas pela ASS, que é do bairro e assiste aos três moradores durante todo o dia. Não dorme lá, mas fica à disposição caso precisem dela no período noturno. Existem diversas gradações de residências e de equipes que assistem seus moradores. A maioria é administrada por cooperativas sociais ou por equipes ligadas ao DSM. O apartamento em questão estava muito limpo, com espaço razoável para o convívio de quatro pessoas. Tomamos um bom café antes de nos despedirmos, feito pelo meu ex-acompanhado.

Em uma de nossas idas ao DSM, fomos convidados a participar de uma reunião, que incluía membros do Comitê Técnico e do Comitê Participativo, formado por pessoas da comunidade, usuários e familiares e outras pessoas da rede e da comunidade em geral. Fomos apresentados ao grupo e, sem qualquer restrição, participamos da reunião. Ali, foram apresentados no início alguns produtos feitos por uma cooperativa social, que tentava parcerias para a venda e expansão dos negócios. Eram móveis de decoração, principalmente cadeiras, que muitos, incluindo nosso grupo de pesquisa, acharam bem interessantes. As pautas eram diversas e a participação dos membros era generalizada. Destaco aqui as

discussões sobre a relação dos serviços da rede com o DSM, apontando novos desafios, como as pessoas em situação de rua, incluindo o uso de drogas por esta população, os adolescentes com problemas familiares e com alto índice de abandono escolar e o alargamento da pobreza em vários lugares da cidade. Outro ponto muito problemático discutido: Como fazer com as pessoas que não querem acessar o serviço, apesar de viverem em condições desumanas?

O diretor do DSM reconheceu todas as demandas como importantes e ressaltou que a questão da pobreza é de âmbito internacional. Indicou que os serviços de saúde mental ainda necessitam de uma organização mais robusta e precisam desenvolver-se mais e constantemente para pensarem novos instrumentos de ação e aproximação com as particularidades de cada distrito e de cada comunidade que assistem. Foi falado dos modelos que Trieste já experimentou e dos que deram certo e evoluíram. Modelos de cogestão, de participação intensa da comunidade na composição das redes de serviços (com o princípio do *fazer-junto*) e de algo que “todos devem pensar” em relação ao futuro dos serviços de saúde mental: a possibilidade de uma gestão do tipo *Peer support*⁵⁵, considerando quais recursos e respostas esse formato poderia trazer para os serviços referidos. Isso significa que a ASS de Trieste se prepara para compor, num futuro próximo, parcerias de gestão dos serviços com organizações não governamentais, ao que parece, especialmente aquelas formadas por pessoas que têm ou já tiveram algum tipo de transtorno mental. Pessoas que negociarão as questões de serviço, residência e suporte, dentre outras, falando na *primeira pessoa*. Algo parecido ou, até mesmo, uma evolução do processo que acontece com as empresas sociais, que têm em sua composição um mínimo variável de 30% ou 40% destas pessoas citadas.

Outras duas questões foram faladas: sobre as “Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza⁵⁶” (REMS) e “La Casa della Recovery”.⁵⁷ Em relação às REMS, o diretor esclareceu que na Itália estão sendo fechados os últimos seis hospitais psiquiátricos judiciários.⁵⁸ Com isso, as pessoas estão sendo “demitidas” dessas instituições e precisam

⁵⁵ Usa-se na literatura científica nacional os termos *apoio de pares* ou *trabalho de pares*. Ver mais informações em Stastny (2012).

⁵⁶ Residências para a Execução de Medidas de Segurança.

⁵⁷ Casa do Recovery ou casa de Recuperação. Estes termos serão explicitado mais à frente. Pela tradução simples, de *recovery* para *recuperação*, o sentido do conceito se perde, por aproximar-se mais de uma conotação “resolutiva” de âmbito médico do que do sentido que pretende abarcar: uma “recuperação” existencial.

⁵⁸ A reunião ocorreu em maio de 2015.

voltar para o seu território, suas cidades. Existem alguns triestinos que estão nesses hospitais. O DSM foi comunicado pelo ente nacional de saúde que sua equipe deve preparar-se de imediato para recebê-los. Este debate provocou certa tensão entre os participantes, pois se trata de algo muito novo para as equipes, que deverão pensar em formas de tratamento e assistência que levem em conta a situação de “restrição de liberdade” dessas pessoas. Para o diretor, esta é uma experimentação complexa, que precisa ser enfrentada, com a maximização das ações dos serviços e a ampliação dos espaços terapêuticos. É preciso que o estigma de periculosidade social e o estereótipo de criminosos-doentes mentais sejam rompidos e transformados em atos em prol do louco e em sua reintegração na sociedade, com ampla participação da população nesta discussão. Para o diretor, o estigma se forma onde as informações são escassas e o medo que circunda os operadores e a população deve ser combatido com a emergência de um modo de lidar com a questão que seja o mais dialético possível.

Por fim, falou-se brevemente de “La Casa della Recovery”, que tinha sido recém-inaugurada na cidade, sendo monitorada por uma equipe específica e por grupos de estudo e de experimentação que davam suporte ao projeto.

Fecho aqui o diário de campo de Trieste para abordar sobre o *recovery* e o *Progetto Microaree*, dois tópicos que julgo serem fundamentais não só para esta pesquisa, como também para, quem sabe, provocar “turbilhonamentos” em outros espaços de produção e de invenção nos coletivos de trabalhadores da área da saúde mental e congêneres.

O *recovery* é mais uma modalidade de experimentação que vem sendo praticada em Trieste, Faenza e outras cidades italianas. Em Trieste, o “La Casa della Recovery” começou a funcionar oficialmente com seis moradores. Trouxe inseguranças e desafios. Para Marin (2012), o termo inglês tem significados diferentes desde a década de 1990, quando passou a ser usado na literatura de saúde mental para descrever casos de “recuperação” de pacientes que viveram longos processos de transtornos mentais e que se “reconstituíram” em termos de experiência de vida, seja no âmbito existencial, psíquico ou social.

Em relação aos países de línguas neolatinas, ainda tem-se o mesmo sentido afastado do que se pretende, muito criticado por estudiosos e pessoas da saúde mental, como “reabilitação”. Tal conceito é problemático em si por fazer pensar ou representar que os avanços alcançados estão estritamente ligados à questão física ou biológica. Ou seja, recuperar-se clinicamente ou reabilitar-se de alguma lesão ou enfermidade mais grave. A

autora nos lembra que o conceito deve ser entendido para os casos em que pacientes graves, que tem por diagnóstico a esquizofrenia, deixam de usar medicamentos psiquiátricos, não apresentam mais sintomas nem comportamentos que poderiam indicar algum tipo de transtorno mental, não são mais internados em hospital psiquiátrico, trabalham e têm boas relações interpessoais. De fato, o significado se torna bem mais amplo e dissociado da recuperação.

Alguns estudos sobre esquizofrenia indicados no livro de Saraceno (2001) dão conta de que existem evidências de que esquizofrênicos melhoram com o passar do tempo sem influência direta de tratamentos e de que a probabilidade de uma pessoa com estes transtornos recuperar-se em países com mais recursos financeiros e maior assistência sanitária não é melhor do que aquelas que vivem em países menos equipados neste sentido. Ou seja, ataca-se frontalmente a questão da medicalização e dos mitos que a ciência povoa na sociedade em geral. O paradigma kraepeliniano de que a esquizofrenia é uma doença que deteriora progressivamente, tornando a pessoa um “crônico irrecuperável”, passa a ser francamente desconsiderado na atualidade por frentes de estudos progressistas até mesmo da medicina. Marin (2012) comenta diversos estudos sobre a esquizofrenia que envolvem a questão ambiente *versus* hereditariedade e psíquico *versus* biológico, dentre outras situações biunívocas. Todavia, experiências significativas de pessoas com a vivência do *recovery*, que trazem de volta a discussão sobre a institucionalização há tempos discutida por Basaglia (1985), Barton (1959) e Goffman (1974), desconstroem o pensamento de que as doenças mentais graves devem necessariamente ser tratadas sob a égide médico-científica. Este movimento tem se mostrado muito vigoroso especialmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, mas com importante ramificação em países europeus como Finlândia, Suécia, Holanda e, mais recentemente, Itália e Espanha.

Segundo Marin (2012), a definição atual de *recovery* é proveniente de pessoas com experiências vividas em relação à doença e que assumiram percursos que se desviavam das dificuldades que a doença em si proporciona. Na *primeira pessoa*, novas formas de lidar e de considerar a doença surgem e vão tomando corpo. Essas ideias têm como função não apenas sensibilizar não só as pessoas que trabalham com este público, como também se propagarem por meio de pesquisas que demonstram a melhora considerável delas em sua existência pessoal. No entanto, para além da consideração das pesquisas, os “recuperados” reivindicam de forma organizada e estruturada em redes internacionais cada vez mais consolidadas o direito de não dependerem da oferta que os sistemas de saúde proporcionam, como também

criam formatos de cuidado de si e de seus coletivos. O enfrentamento deve ser desenvolvido pela própria pessoa, assim como deve haver uma reapropriação da identidade pessoal e social que vá além do estigma de doente mental. Nas palavras de Marin (2012):

O percurso de redefinição de si é assinalado por uma nova consciência a respeito das próprias condições, que não comporta o retorno das condições precedentes ao distúrbio, nem tampouco a aceitação passiva do distúrbio e das suas limitações. Nesta mudança de perspectiva são as próprias pessoas que podem a julgar melhor a extensão do seu processo de *recovery* (p. 53), (tradução livre).

Trata-se menos de um “ajustamento” da máquina-pessoa e mais de um novo modo de redefinir-se como pessoa, numa luta pelo direito primário de “autodeterminação e de inclusão social” (Marin, 2012, p. 53). Mesmo não tendo percebido nenhuma menção ao termo *recovery* na experiência com a associação ActivaMent de Barcelona, fica evidente o pertencimento daquela associação a este movimento que se denomina “sobreviventes psiquiátricos”, “ex-pacientes” ou, simplesmente, “recovery.⁵⁹” (Marin, 2012, p. 51). O formato de associativismo, a luta contra o estigma, o falar e o posicionar-se na primeira pessoa, assim como compartilhar seus afetos, dificuldades e projetos, posicionam a ActivaMent como uma das muitas iniciativas espanholas (e mundiais) que contestam o status de doente mental que recebem e procuram novas formas de cuidado e de vida existencial plena. Uma diferença ainda deve ser avaliada: em Barcelona, a ActivaMent não tem relação direta com o sistema sanitário. Ao contrário, se reúnem, muitas vezes, para reivindicar algo relativo a seus direitos civis e protestar em função de atos ou leis que julgam invasivos aos seus associados e grupos afins. Em Trieste, o serviço de saúde mental está “acolhendo” a proposta, não sendo ela oriunda de grupos que tiveram a experiência de *recovery*. Pelo que observei nas reuniões, parece que os italianos pretendem incorporar esse novo fazer em sua lida e, posteriormente, trabalhar em cogestão com estes grupos, conforme cito nesta pesquisa. Outra experimentação, eu diria, que os triestinos estão apostando para facilitar a autonomia e a cidadania de seus *handicapati*.

Mezzina (2012) adverte sobre o perigo que a chegada de um novo termo e de uma nova tendência pode ocasionar com a difusão do *recovery*. Assim como tantas outras

⁵⁹ Tradução livre dos termos *sopravissuti psichiatrici* e *ex-utenti*. Recovery é mantido no original em inglês.

tendências levaram ao equívoco de ideologias, o autor admite que seria um erro considerar o *recovery* como algo que simplesmente transformará os serviços pelo que já proporcionou em outros lugares. Certamente, isso é ilusório. O antídoto para isso, escreve Mezzina, é pautar-se pelo agir da desinstitucionalização, que poderá não apenas proporcionar o reconhecimento da contribuição do usuário para a mudança no agir dos operadores em relação aos processos terapêuticos, como também experimentar as formas e os percursos independentes que o *recovery* pode oferecer: É preciso que “o serviço consiga sustentar e potenciar o sentido de autodireção e responsabilidade da pessoa no percurso.”⁶⁰ (Mezzina, 2012, p. 21). Dessa forma, transformar a pessoa de usuário em cidadão, conforme preza o *recovery*. Fazer sair o saber que emerge das experiências das pessoas, por meio dos processos de aquisição de poder (*empowerment*) e de emancipação, onde haja a possibilidade de permitir às pessoas falarem, terem sua voz ativa, serem protagonistas. Sinteticamente, Mezzina infere que devemos aceitar e reconhecer os conceitos emergentes do “fora” do mundo profissional, pois são decisivos para desenrolar mal-entendidos provenientes de uma complexidade de fatores em jogo, especialmente aqueles subjetivos. E que “se possa enquadrar nos códigos da psicologia ou da psiquiatria”⁶¹ (Mezzina, 2012, p. 13) esses conceitos, gostemos ou não. Voltando um pouco à discussão entre barceloneses e triestinos, sublinho que este ponto é a radicalização da experimentação triestina com o *recovery*: uma conexão ampla entre a rede sanitária, a comunidade e os coletivos de *recovery* para construírem outros caminhos cidadãos em seus territórios.

Passa-se agora à discussão acerca do “Progetto Microaree”, desenvolvido em Trieste e adotado em escala nacional, todavia de forma desigual, como todo processo de implantação das políticas públicas. Foca-se aqui mais na experiência de Trieste, pois existem mais referências tanto de material como da minha permanência lá durante o Sanduíche.

O projeto teve início oficialmente em 2005, por iniciativa da ASS n1.⁶² Em 1998, Rotelli iniciou as discussões sobre aquilo que se transformou no Microaree de hoje. Com propostas estruturadas em um projeto-piloto, o Distrito 1 iniciou um “laboratório

⁶⁰ Tradução livre da frase: “il servizio riesce a sostenere e potenziare Il senso di autodirezione e responsabilità della persona nel percorso”.

⁶¹ Tradução livre da frase: “si possono inquadrare nei codici della psicologia o della psichiatria”.

⁶² Os dados são tirados da ASS n 1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010.

experimental” para pôr à prova as ideias de Rotelli, que hoje abrangem todos os distritos da cidade.

Em Trieste, há um total de 25 mil habitantes assistidos, para uma população total de 240 mil, localizados em 15 locais (microáreas) com uma população que varia de 900 a 2.500 residentes. O propósito é experimentar em território triestino o *welfare* comunitário, em que os residentes fazem um “mapa” dos problemas locais, como: falta de investimento, desequilíbrios de recursos, falta de integração e comunicação, o mercado social e suas potencialidades presentes ou ativáveis, dentre outras questões singulares que a microárea pode apresentar. Objetiva-se criar um sistema que realmente garanta a assistência e os direitos dos cidadãos na realidade concreta da comunidade, como Rotelli salienta em vários de seus textos aqui citados, com a integração dos sistemas sanitário e social, as políticas de trabalho e as de habitação.

O território em que se delimita cada microárea é fisicamente próximo, contemplando bairros, pequenas vilas e/ou aglomerados de casas que estejam na faixa de residentes proposta pelo projeto. Esta dimensão foi escolhida por ser considerada adequada a uma experimentação real de integração, com a participação efetiva dos residentes na identificação das ações a serem executadas, as realizações e na avaliação do que foi feito, juntamente com os técnicos da microárea (ou operadores, como chamam os italianos estes profissionais) e outros membros da rede, voluntários e políticos. Considera-se que a dimensão proposta contemple a homogeneidade do território em questão. Leva-se em conta a singularidade de cada lugar, cada parte da cidade com características específicas e com problemas e vulnerabilidades distintas. Trata-se da vulnerabilidade coletiva, que é um termo usado para analisar e interferir, junto com a população, nos problemas que uma área de risco apresenta. Interessante destacar que quando se fala nessas intervenções nas microáreas pode-se perceber o intuito de se trabalhar pela promoção da saúde com cuidados personalizados. Essa tendência é interessante pois quebra o “engessamento” que uma lei maior nacional poderia provocar por ser ela generalizada e, por que não, totalitária.

O projeto se faz por ações previamente definidas, com metas estipuladas pela comunidade da microárea. Ao ser concluído, são avaliados os objetivos conquistados, as dificuldades e obstáculos encontrados, assim como novas propostas para fazer novos projetos. Dessa forma, faz-se um *welfare* de comunidade, objetivo central do projeto, que sempre reinventa suas proposições e inova com respostas produzidas pela comunidade em questão,

com seus problemas, necessidades e anseios sendo postos em primeira ordem. Por fim, o “Progetto Microaree” avalia se a oferta dos serviços prestados satisfaz a demanda para continuar dando respostas mais próximas das necessidades dos residentes e poder verificar se o que é ofertado pelo sistema público e pelas leis é de fato realizado na vida cotidiana dos cidadãos.

Em 2010, foi idealizado por Dezza um projeto para tratar das ações realizadas nas microáreas e nos distritos de saúde da cidade, o “FARE SALUTE – Laboratorio di formazione, ricerca e comunicazione sulla ‘medicina di comunità’ a Trieste: storie e racconti di malattia.”⁶³ (Dezza, 2012a). Segundo Dezza, o projeto objetiva narrar com as próprias vozes dos protagonistas as práticas na comunidade que vêm acontecendo desde sua implantação, em 2005, reconhecidas como “medicina de comunidade”, feita nos lugares, nas casas, no *habitat* social destes territórios. Uma ação que vai além da prática médica, pois tem inúmeros profissionais e voluntários que fazem dela uma experimentação a céu aberto que fala da doença de outros lugares, em especial do “processo” de tratamento de enfermidades vivido pelos atores de determinada região. Este laboratório proposto por Dezza, que está dentro do laboratório de experimentação da “medicina de comunidade” forja novos métodos para que as histórias sejam contadas, informadas e descritas, de modo a desenvolver, assim, uma metodologia própria para a intervenção territorial (Dezza, 2012a).

Pode-se considerar que esta proposta de intervenção é uma evolução do “Médico de Família” cubano e que, progressivamente, passou a compor uma equipe maior e multifuncional com a inclusão da comunidade nela, alargando sua atuação para além da medicina e da saúde. Entende-se este modelo como um *welfare* comunitário, de forma que as ações são voltadas para as “necessidades globais” da existência sofrimento, como nos propõem Rotelli et al (1990). Com base nesse raciocínio aqui traçado é possível conjecturar que na concepção da nossa Clínica Ampliada foi pensada uma ação preventiva que mapeasse o território de pertencimento de determinada população, com uma equipe fixa, coordenada pelo PSF e, depois, pela ESF. Entretanto, o devir saúde comunitária em Trieste e em outras

⁶³ “Fazer Saúde – Laboratório de formação, pesquisa e comunicação sobre ‘medicina de comunidade’ em Trieste: histórias e narrativas de doença” (*Tradução livre*). Segundo é informado no site, Dezza é a idealizadora do Fare Salute e Gallio é a pesquisadora dele. Ambas pertencem à ASS n 1, Triestina, que é a Secretaria de Saúde municipal de Trieste, para usar termos conhecidos no Brasil. As informações relatadas a seguir estão contidas no site do Fare Salute e nas diversas “janelas” que se podem abrir a partir dele. Todo o site é em italiano. É discutida pelos operadores a necessidade de fazê-lo sob a forma impressa para maior publicidade entre os interessados.

idades italianas organizou-se com base em uma prática que mergulhasse de fato nos problemas de saúde que as pessoas traziam para as unidades ou, mesmo, que fossem detectadas nas visitas em suas casas, para uma forma mais ampla de contestar o “cuidado que não chega” ou que é insuficiente para abranger a todos. Este tipo de fazer corresponsabiliza todos os atores envolvidos, apoiado em um objetivo maior de ofertar serviços de saúde com qualidade e, também, de ampliar esta oferta a uma escala maior, que podemos identificar como o exercício pleno de cidadania.

Na reconstrução de histórias singulares, estabelecendo enfrentamentos entre a linguagem dos procedimentos de saúde e a complexidade das práticas, são evidenciados aspectos específicos que diferenciam a “medicina de comunidade” daquela “hospitalar”. As narrativas colhidas em vários volumes e disponíveis nas redes virtuais, além de documentarem o envolvimento dos atores em questão, demonstram a dimensão afetiva do trabalho executado nos tratamentos. Trazem dúvidas, incertezas e conflitos como pontos de força de uma intervenção baseada em um contínuo confronto entre o adoecimento e o cuidado, o que demanda das várias partes envolvidas uma constante negociação. Mais, ainda, mostra a importância que assumem a capacidade e o poder dos operadores em explorar os diferentes contextos que se abrem quando se faz uma intervenção territorial. É possível destacar neste empenho entre serviço e comunidade uma série de intervenções que tentam simultaneamente aumentar a qualidade das pessoas no viver e no habitar, características essenciais de um serviço de saúde comunitária.

As narrativas e as histórias de doença levam tanto os operadores quanto a comunidade a dar conta da complexidade da dimensão organizativa, afetiva e ética deste método de tratamento realizado fora do espaço hospitalar ou ambulatorial. Elas oferecem uma extraordinária riqueza de indicações e referências que irão posteriormente ser usadas para promover a capacidade avaliativa e autoformativa dos operadores e dos demais envolvidos nestes processos de intervenção contínuos e inventivos.

É importante ressaltar que este fazer-saber da microárea convoca seus atores a dar conta desde os processos mais simples de intervenção aos extremamente problemáticos, que, frequentemente, ficam engessados nos limites de atuação da saúde e, por isso mesmo, não conseguem avançar satisfatoriamente, visto que a concepção saúde/doença, desde a *Carta de Ottawa*, transcende o campo sanitário. Não se trata mais de saúde apenas no contexto biológico – ou seja, saúde não significa ausência de doença – ;é preciso, obviamente, ter em

questão o contexto e as condições/projetos de vida das pessoas. Como nos lembra Franca Basaglia, ao indicar palavras-chave, ao contrário do que se propunha no trabalho e nas ações do manicômio, é preciso “formar uma espécie de rede de suporte para um pensamento e para uma ação em contínuo movimento: as palavras de um processo de emancipação para o doente, para o operador, para a comunidade” (F.O. Basaglia, 2008, p. 30).

No “Fare Salute”, foi criado um glossário⁶⁴ a partir das histórias e do aperfeiçoamento das técnicas de intervenção, cujo objetivo é aproximar o operador da linguagem deste método, fazendo com que ele se aproprie desta linguagem para melhor executar suas ações no território. Dentre muitas palavras/reflexões contidas neste glossário, destaco algumas, que são autoexplicativas e nos dão a dimensão da atuação dos protagonistas da saúde mental territorial: *inércia, tratamento personalizado, formação dos operadores sanitários, medicalização, escuta: o que é o tratamento, recovery, doenças crônicas e intervenção multidisciplinar* (Dezza, 2012a). Apenas com estas poucas referências, que são constantemente discutidas e problematizadas pelos operadores e pelos outros envolvidos na experimentação da microárea, já se pode pensar aonde pretende chegar este método coletivo e mutante que nasce do desejo de transformar a sociedade.

Em uma das passagens contadas no volume 15 do “Fare Salute” (Dezza, 2012b), os operadores discutem sobre um caso emblemático, que inspirou diversas palavras e modos de pensar das equipes das microáreas, o do Sr. Walt. A discussão abre o chamado “Glossario e Parole-chiave - Gruppo di lettura ‘La malattia del signor Walt⁶⁵’”. Por considerar de alta relevância para o entendimento da proposta do Microaree que discuto aqui, transcrevo a introdução desta discussão feita por um grupo de operadores e de responsáveis pelo projeto, que tentam indicar quem era (ou não era) o Sr. Walt:

Ex-bebedor, mas não bebe mais; adulto, mas não ancião; diabético, mas não dramaticamente; depressivo, mas não a ponto de jogar-se pela janela ou criar alarme. O elenco das doenças do Sr. Walt é muito longo, e tudo junto dá um quadro desolador. A tudo isto se deve acrescentar que ele é pobre, mas não abaixo de um limiar mínimo, pois recebe ajuda e subsídios da Prefeitura; é

⁶⁴ Parece coincidência ou influência dela na criação do glossário do Fare Salute, mas o que relatou Franca foi parte de sua conferência em 1996, numa especialização em saúde mental promovida pela Ensp/Fiocruz (Amarante, 2008).

⁶⁵ “Glossário e Palavras-chave – Grupo de leitura ‘a doença do Sr. Walt’.” (*tradução livre*).

solitário, mas não privado de uma família que deveria assisti-lo, e que na realidade ignora-o ou não agrada de ocupar-se dele. A soma destas condições faz com que Walt não seja enquadrado em um formato pelo qual os serviços, pela forma com que são articulados e alocados, possam encarregar-se dele. Por uma ou outra razão, cada serviço pode declinar da paternidade do caso: ou todos nos encarregamos dele ou ninguém o fará⁶⁶ (Dezza, 2012b, p. 4) (*tradução livre*).

A discussão sobre o caso do Sr. Walt incita à reflexão sobre uma série de pontos complexos e de difícil resolução em qualquer sistema de saúde, por mais bem equipado que seja ele. Um primeiro ponto levantado é sobre qual tipo de cuidado precisa o Sr. Walt. Se ele é “algo”, mas nem tanto, nem tão grave assim, etc., este homem “não é” para o sistema de saúde! Uma mirada genial essa simples inferência sobre o Sr. Walt: se ele não se enquadra no léxico clínico do psiquiatra nem do próprio clínico geral e tampouco do psicólogo. Ele é um caso que não se enquadra em lugar nenhum. É um homem que não é para a rede cuidar. É preciso ter um sintoma aparente (como, infelizmente, dizemos no Brasil na saúde mental: casos de psicose e neuroses graves) para que ele “seja”. Todavia ele será enquadrado, aí sim, em números e códigos nosográficos: é um F20 ou F29 ou F33. Ele é da saúde mental ou da clínica médica? Ele só é se for sintoma visível.

Outro ponto reflexivo sobre o caso: o Sr. Walt é um “sujeito que não sabe demandar”. Ele não tinha maiores problemas em relação à sua saúde, conforme apontado. Não era nenhum caso de emergência tampouco demandava maiores cuidados em relação aos seus sintomas. À exceção de quando se descuidava das dietas e do cuidado com si mesmo, que alterava os níveis de diabetes e influenciava seu humor. Com isso, as visitas, muitas vezes invasivas e ineficazes, se faziam numerosas, mas não sem sua resistência. Tinha à disposição aqueles profissionais citados, todos fazendo-lhe visitas regulares, todos levando cumprindo suas obrigações institucionais endereçadas a eles. Entretanto, salvo a emergência de um desleixo de si ou alguma complicação maior com seus exames, o Sr. Walt era a inércia em

⁶⁶ Texto original: “Ex bevitore ma non più bevitore, adulto ma non anziano, diabetico ma non drammaticamente tale, depresso ma non al punto da buttarsi dalla finestra o creare allarme. L’elenco delle malattie del signor Walt è molto lungo, messe insieme viene fuori un quadro desolante. A questo si deve aggiungere che è povero, ma non al di sotto della soglia stabilita per ottenere aiuti e sussidi dal Comune; è solo, ma non privo di una famiglia che dovrebbe assisterlo, e che in realtà lo ignora o non è in grado di occuparsi di lui. L’insieme di queste condizioni fa sì che Walt non sia collocabile nella cornice entro la quale i servizi, per come sono oggi articolati e contingentati, possano decidere di farsene carico. Per una ragione o per un’altra ciascun servizio può declinare la paternità del caso: o tutti lo prenderanno in carico, o nessuno lo farà” (Dezza, 2012b, p. 4, 2012).

pessoa. Não quer nada, é passivo, anedonista. Pergunta-se então: O que se quer com ele? Que adoença? Que fique mal? A partir destas demandas questiona-se, então, a inércia do próprio serviço. Não se sabe o que fazer com quem não “sabe” demandar. E aí a inércia é recíproca. Isso faz o grupo pensar em uma inércia anômica: pelo excesso de regras, regulamentos e protocolos o sistema sanitário transforma-se em um sistema anômico, desregulado. Ou, também, pode simplesmente continuar sendo um simples espaço ambulatorial, distribuidor de medicação ou de psicoterapia por hora” (Basaglia, F.O., 2008, p. 27). É assinalado nesta reflexão que, mesmo havendo uma organização extrema com o seguimento “ótimo” de todos os protocolos, a hipernormatização dos procedimentos pode fazer derivar as ações para métodos esvaziados e sem resultados diante de situações que não são puramente ambulatoriais ou da “clínica clínica”. Este processo abala a construção que os triestinos construíram no início de sua luta e que lhes é tão importante: a “presa in carico”. Não atuando com algo potente, transformador das realidades dos assistidos, o paciente que “deriva” dos serviços estritamente clinico-institucionais faz derivar também o trabalho de rede, feito por muitos.

Fazendo uma reflexão sobre o trabalho em saúde mental e “mestiçando” com o debate do “Fare Salute”, indico as seguintes proposições: É bastante comum presenciarmos em nossas redes de serviços que “o caso tal não é da minha competência” ou “não deve ser encaminhado para este serviço”, dentre outras afirmações do gênero. E aí, cabe a seguinte arguição: Se o nosso trabalho não se conecta com a rede sanitária, que, por sua vez, não se conecta com outras redes de cuidado, não estamos institucionalizando nossos fazeres, nosso território e nosso cotidiano? Campos (2003) e Mehry (2013), citados neste trabalho, abordam estas questões insistentemente em seus textos.⁶⁷ Se não levarmos em conta que o trabalho em rede depende do saber de cada técnico ou operador, independentemente da sua formação, somado aos trabalhos de outras redes também multiprofissional, ficaremos restritos a ações segmentadas e ineficazes ou fazendo o “jogo de empurra”, como prefere Franca (2008, p. 27). A crítica ao esvaziamento ou ao transbordamento do conceito de *tomada de responsabilidade* faz todo o sentido se não houver uma ação territorial e de corresponsabilização. Combater a medicalização e a institucionalização deve ser também pensar no que está sendo feito para transformar a vida das pessoas que assistimos, assim como desinstitucionalizar conceitos, ações e inventar fazeres-saberes capazes de modificar o sentido de vida e existências de quem é assistido. Não será uma ou mais especialidades que farão esta ação, mas um coletivo, que

⁶⁷ Vide o capítulo 3, com os contextos e as citações.

inclui todos os envolvidos, ressaltando aqui a comunidade e suas características peculiares e as singularidades presentes na multiplicidade do território. Trata-se de encarregar-se de entender e fazer algo coletivamente para que a pessoa em sofrimento ou excluída possa ter acesso à dignidade e cidadania, de separar a clínica construída no território da política e inviabilizar a evolução deste processo.

Para finalizar esta passagem triestina, acrescento que no caso do Sr. Walt foi o trabalho de uma estagiária que rompeu com o muro cotidiano do “homem que não era nada”. Em suas visitas feitas regularmente ao Sr. Walt, ela, da área de psicologia, conseguiu afetar a inércia dele e “fazê-lo” seguir em caminhadas a diversos lugares, ter desejos de vários encontros, mudando sua rota e povoando novos sentidos de vida naquele corpo até então sem fluxo, matéria estática. Com a função de acompanhante (não uma at “convencional”, diríamos), causou um turbilhonamento nos territórios do Sr. Walt e, juntos, criaram outros espaços e outros territórios em que o vínculo e a amizade tornaram-se identificáveis. Certamente, suas intervenções itinerantes capturaram a potência de vida de Walt e inscreveram uma clínica antimetódica, feita ao caminhar.

Termino este caminho triestino sem qualquer intenção de “modelizar” as ações que são feitas nos serviços da cidade ou de assinalar indicar uma sua supremacia em relação aos outros modelos que conhecemos. O modelismo, conforme lembram Deleuze e Guattari, não é produtor de vidas. Eles tão somente reproduzem normas e decodificam seus traços para manterem a estabilidade e a coesão a um centro arborizado. Uma experiência vivida e adotada como matriz para fazer seguir a partir desta produção de conhecimento só faz sentido se vislumbrarmos as condições em que aconteceram, considerando o contexto político e social. Portanto, não é um modelo, e sim o resultado de uma luta incessante entre forças do *socius*. Elas só acontecem se houver combates entre as partes. Da mesma forma, Merhy (2013) aborda as dificuldades e tristezas que os trabalhadores da saúde mental encontram em razão da enorme demanda vinda da comunidade e da fragilidade da rede, que, sem conexões exaure a todos em pequenas ações sem efeito. Merhy (2013, p. 221) infere que “poder gerar processos, no cotidiano, que exponham estas questões é permitir que o coletivo pense e fale sobre isso; e, assim, atuar sobre a produção destas situações e estados”. Com as mudanças acontecendo de forma instantânea na contemporaneidade, é preciso localizar os conflitos, saber onde está a “contradição” que Basaglia (1985) dizia para tensionar as relações, negar as instituições mesmo, e principalmente, examinar se elas não são físicas.

Indico apenas que os desvios provocados nas “vias” triestinas, os quais pude experimentar, são promotores de novas rotas, que podemos mestiçar em nossos territórios, especialmente porque, como diz Rolnik, a antropofagia cultural, desde os tupis, é uma característica tipicamente brasileira. A proposta das clínicas da desinstitucionalização no Brasil é um devir-potência que, creio, trará outras formas de enlouquecermos e “desarrazoarmos” nos territórios de nossas cidades de vida.

6 CONCLUSÃO

O entendimento do conceito de desinstitucionalização é uma importante questão para o alcance de outras formas de se fazer clínica e conectar a esta prática o exercício de uma modificação da sociedade em que vivemos, pois este conceito está intimamente ligado ao de cidadania. Desinstitucionalizar pode significar aqui “provocar cidadania na saúde, na sociedade e nas geografias existenciais das pessoas”.

A composição deste texto procurou mostrar o percurso realizado pelo pesquisador que, ao mesmo tempo, respondesse às suas próprias questões e encadeasse uma série de indicações que provocassem no leitor um desvio de rota em seus atos e afetos relativos à loucura e aos sujeitos não inscritos numa lógica binária, decodificada. Por desinstitucionalização pode-se entender o ato que esvazia as instituições e, por conseguinte, atua de forma preventiva e ampla nos modos de vida das pessoas. Pode também ser entendido como uma espécie de quebra de paradigma em relação aos modelos de tratamento de orientação médico-científica radical. Por último, por ser entendido como algo que pode, para além da ação que o termo indica, “sair de algum lugar” ou “fazer fugir o que está posto”, “forjar novos caminhos que abram aos coletivos agenciamentos capazes de transformar a sociedade”, “negociar constantemente territórios que possam ser construídos para uma melhor fluência da vida”.

Optei por este último sentido, partindo daquilo que o AT me proporcionou experimentar nesse tempo profissional em que me dediquei, e ainda dedico, à saúde mental e seus desdobramentos em esferas como educação, assistência social, para ficar somente nas principais. Por meio de um fazer diversificado e multidimensional, a prática do AT irrompe no cotidiano, edificando vários *settings a céu aberto* obrigando a uma organização que, a princípio, não faz sentido, pois ser itinerante é manter-se em movimento, fora dos centros.

Andar pela cidade fazendo seus contornos e mergulhando em seu caos faz do at um operador minorizado, marginal. Mesmo que seja fortalecido por teorias, sua prática (de rua) é algo que não atrai muitos olhares, até então. Entretanto, ao praticar o AT e sair de um sistema preestabelecido para inventar outros, literalmente, a prática menor alcança territórios que operam outros significados para os seus envolvidos. É por esta via marginal que o AT se torna uma possibilidade potente para o instituinte se tornar factível. O nomadismo da clínica corre o “risco” de encontrar sinuosidades capazes de acompanhar os pensamentos do fora, alcançar margens além daquelas posicionadas à esquerda e à direita, ao norte e ao sul. Elevar a potência das diferenças, da singularidade ao turbilhão das multiplicidades. O método rizoma entra com grande intensidade em meus afetos e, muito em função dessa captura, opto por colocar minha prática sob os fluxos rizomáticos da esquizoanálise.

A história do AT, mesmo com polêmicas e digressões, nos induz a pensar no fato de que desde as primeiras e primitivas formas da prática lá estava o profissional, procurando, de algum jeito, modos distintos da tradicional forma de fazer reagir seu assistido. Dos sobreviventes de guerras aos sobreviventes do tratamento psiquiátrico objetivante, a itinerância do AT instigou profissionais e a sociedade em geral a conceberem outros procedimentos além daqueles segregadores e fechados. Procedimentos em liberdade terapêutica. O AT surge como alternativa de enfrentamento de uma realidade que se fazia inóspita e segmentada, apesar de ter inscrito em sua história uma importante parte atrelada ao asilamento hospitalar centralizador. Era uma “breve” escapada de dentro para fora.

Mesmo sem ser um profissional reconhecido em suas formalidades acadêmicas, o at incita em seus pares que lidam com a existência sofrimento outros modos de se posicionar: desestabilizar as formas para acompanhar as intensidades, fazendo um percurso de entrar e sair dos serviços da rede, da clínica e da comunidade. Conclama o coletivo ao se tornar híbrido e saber transitar no *entre* das relações. A função maior desta prática está no fato de nos reterritorializarmos como operadores da desinstitucionalização para um devir nômade tal qual aquele preconizado pelo AT desde sua gênese. A função maior do AT, sob o meu ponto de vista, pode ser descrita como o *fazer vínculos* entre acompanhado e acompanhante durante os caminhos ou as manobras, no sentido nietzschiano, de forma *incomunicável*, sublinhando as singularidades em detrimento dos rebanhos. Dito em outras palavras, a construção de uma relação pautada pela política da amizade anteriormente abordada nesta pesquisa.

Fiz AT na Itália durante um tempo, assim como em algumas instituições públicas no Brasil. Mas depois descobri que fiz relativamente essa prática lá. Isto porque para os italianos não se diz AT, mas sim A. Isso mesmo, só se denomina Acompanhamento, não necessariamente o Terapêutico. Daí eu descobri que T para os italianos é um mundo de coisas e que se faz em dimensões não medidas: se faz em territórios em movimento. Fazer Acompanhamento na Itália me proporcionou descobrir novos territórios, “fazer a minha Trieste” conforme eu me achasse nela, seguindo uma lógica de cuidado que bifurca do consultório fechado. Praticar esta modalidade de clínica nos faz entender o que querem e o que precisam as pessoas em suas casas, em suas rotas e quais são seus projetos, mesmo que eles estejam invisíveis diante da prostração e de sintomas variados.

O processo contínuo de desterritorialização e de reterritorialização do AT é um acontecimento que marca definitivamente sua práxis no campo da saúde mental. Se reproduzir simplesmente não é o que se espera de um processo de Desinstitucionalização é importante seguir em frente, não reiterar, mas fazer itinação. O intuito desta prática de se fazer no território, que deve ser uma passagem, um organizar-se primeiro para reorganizar-se em outros lugares, sempre em fluxo, em movimento mostra a potência do AT e a conexão próxima que este tem com as clínicas da desinstitucionalização. Devir-nômade significa quebrar com as formas hegemônicas de lidar com a loucura e mergulhar junto com a loucura no *socius*. Significa fazer do *nós* uma voz em primeira pessoa, que escolhe coletivamente seu caminho, sua área e seu *habitat*. Implica para as pessoas e seu universo uma negociação constante com as multiplicidades da diferença que a loucura apresenta e que, por isso, não é incluída nos padrões sociais.

As clínicas da desinstitucionalização não devem ser um novo conceito ou uma nova forma lapidada pela experimentação feita aqui no Brasil como algo a ser seguido e, como numa seita, agregar fiéis e fortalecer-se institucionalmente. O que se pretende com este conceito, inventado exatamente para fugir de convenções e provocar rupturas, é, antes de tudo, exercê-lo como um processo de crítica constante aos estereótipos que uma ação normalizadora induz; é quebrar estigmas e, pela margem, transversalizar os elementos cabíveis para a estruturação de um novo povoamento, de algo porvir; é clinicar no corpo social e reorientar-se pelo espaço comum, sem máscaras e com olhos hápticos. Uma clínica da desinstitucionalização deve ser fluida, com a capacidade de capilarizar-se entre várias correntes, vários cursos de vários rios. Deve percorrer as linhas duras das políticas públicas para tornar habitável sua proposta que, em princípio, é pensada para integrar os cidadãos.

Deve também ser contestada e repensada para penetrar mais na vida global das necessidades da população.

Abordar as práticas reterritorializantes nesta pesquisa, que foi parte do meu Doutorado Sanduíche, foi um ponto essencial para concatenar em minha pesquisa o alcance que o AT galgou em minha prática. Mesmo com uma distância significativa entre as realidades que verifiquei entre a Espanha e a Itália, vi nos coletivos autônomos/singulares de Barcelona e nos grupos potentes de usuários gestores e dos “serviços fortes” de Trieste uma imagem da potência desses coletivos e a contestação irrestrita e destabilizadora que essas pessoas emanam enquanto sujeitos desejanos. Uma luta incessante contra o estigma dos “pensamentos do fora” e inflexões capazes de provocar rupturas impensadas ao Estado decodificador. Me impressionaram igualmente a “clareza alucinada” nas discussões pelas ondas da Nikosia e a proposta do gestor triestino em apressar a todos para que pensassem na possibilidade não muito distante dos *sopravvissuti psichiatrici* dirigirem o DSM.

Ao devir-nômade no AT é proposto um processo incessante de crítica e autocrítica para todos os atores da sociedade, em que o respeito pelas diferenças e a convivência entre singularidades precisam ser o foco da ação. As formas rizomáticas forjam outros pensamentos, fazem pensar e caminhar com os fluxos turbilhonados que provocam nas pessoas um constante devir. O AT e suas diversas facetas, que se transformam e se (re)constituem de acordo com as manobras nos platôs dos saberes e das subjetividades, são uma aposta em um campo que precisa ser construído por muitos, acessível e povoado por coletivos que derivam em uma sociedade de controle.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (org.). (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Amarante, P. (org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.

Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.

Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.

Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante, P. (org.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora.

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

Amarante, P. (org.). (2008) *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps.

Araújo, F. (2006). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Niterói, RJ: Fábio Araújo.

Artaud, A. (1983). *Escritos de Antonin Artaud*. Porto Alegre: L&PM.

Asociación Española de Neuropsiquiatria - AEN (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos 6. Madrid, España.

ASS n. 1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. (2010). *La guida ai servizi di salute mentale*. Trieste: Stella Arti Grafiche.

Baptista, L.A. (1999). *A cidade dos sábios*. São Paulo: Summus.

Baremlitt, G. (1997). Amigos qualificados... ou acompanhantes terapêuticos? In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (org.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 177-182). São Paulo: EDUC.

Baremlitt, G. (2010). *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca da Fundação Gregorio Baremlitt/Instituto Félix Guattari (Coleção Esquizoanálise e Esquizodrama).

Barreto, J. (2005). *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Juiz de Fora: Editora da UFJF.

Barretto, K.D. (2005). *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: UNIMARCO.

Barton, R. (1959). *Institutional neurosis*. Bristol: John Wright & Sons Ltd.

Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.

Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. São Paulo: Ed. Graal.

Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. (Amarante, P, org.). Rio de Janeiro: Garamond.

Basaglia, Ongaro. F. (2008) Saúde/doença. In: Amarante, P. (org.). *Saúde mental, formação e crítica* (pp.17-36). Rio de Janeiro: Laps.

Basaglia, F. & Gallio, G.(1991). Vocação terapêutica e luta de classes. Para uma análise crítica do modelo italiano (pp. 27-51). In: Delgado, J. (1991). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha.

Bezerra Jr, B. & Amarante, P. (orgs.). (1992) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Bonfim, I.G., Bastos, E.N.E., Góis, C.W.L & Tófoli, L.F. (2013) Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface* (Botucatu). 2013; 17(45):287-300.

Brasil, Presidência da República. (2000). *Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 05 de outubro de 1988*. São Paulo: Ed. Saraiva.

Brasil, Ministério da Saúde. (2001). Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Brasil, Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brito, M.R. (2013, jun). Notas sobre a ideia de intercessores como um conceito na filosofia de Gilles Deleuze: por um teatro filosófico. *Revista Alegrar*, n.11. Recuperado em: <http://www.alegrar.com.br/revista11/pdf/notas_sobre_intercessores_brito_alegrar11.pdf>. Acesso em 14 ago 2014.

Bueno, R.C. (2011). *O pensamento de Franco Basaglia e a estruturação da desinstitucionalização na Psiquiatria Democrática Italiana vistos por um brasileiro*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

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.

Campos, F.; Henriques, C. (1996). *Contra a maré à beira mar: a experiência de Santos*. São Paulo: Editora Página Aberta.

Campos, G. W. S. (1997). *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.

Campos, G.W.S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec.

Campos, G. W. S. (2007). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª edição. São Paulo: Hucitec.

Capozzolo, A. (2003). *No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Carvalho, S.S. (2004). *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo: Annablume.

Castel, R. (1975). La contraddizione psichiatrica. In: Basaglia, F., Ongaro (org.). (2009) *Crimini di pace: ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. (Cap. 4, pp. 160-174). Milano: Baldini Castoldi Dalai editore.

Ceccim, R.B. (2004). Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec. (pp. 259 a 278).

Chaui-Berlinck, L. (2012) *Novos andarilhos do bem: caminhos do acompanhamento terapêutico*. Belo Horizonte: Autêntica.

Cunha, G. T. & Campos, G. W. S. (jan./jun, 2010) Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *ORG & DEMO*, Marília, (v.11, n.1, pp. 31-46).

Cunha, G. T. (2004) *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas.

Degrassi, M. (2012). La microarea di Greta. In: Dezza, M.G.C. “Fare Comunità”: tra l’istituzione e la vita. Serie L’Arte della Cura nella Medicina di Comunità a Trieste: storie e racconti di malattia. Progetto “Fare salute” - EnAIP di Trieste. Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 Triestina. Disponível em: <<http://www.faresalute-microarea.it/wp-content/uploads/2012/01/7.pdf>>. Acesso em: 13 fev 2016.

Deleuze, G. (1992). *Conversações*. São Paulo: Ed. 34.

Deleuze, G. (1998). *Lógica do Sentido*. São Paulo: Perspectiva.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1997). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. V5. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. 34.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2007). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. V1. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. 34.

Deleuze, G. & Guattari, F. (2010). *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed.34.

Deleuze, G. & Parnet, C. *Diálogos*. (2004) Lisboa: Relógio D’Água Editores.

Delgado, J. (1991). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Editora Resenha.

Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dezza, M.G.C. (org.). (2012a). Trabalho territorial e medicina di comunità: La cassetta degli attrezzi. (Serie L’arte della cura nella medicina di comunità a Trieste: storie e racconti di malattia). Progetto “Fare Salute”. EnAIP di Trieste: Azienda per i Servizi Sanitari n° 1

Triestina. Recuperado em: <<http://www.faresalute-microarea.it/wp-content/uploads/2013/06/12.pdf>> Acesso em: 12 fev 2016.

Dezza, M.G.C. (org.). (2012b). Glossario e Parole-Chiave. Gruppo di lettura “La malattia del signor Walt.”. (Serie L’arte della cura nella medicina di comunità a Trieste: storie e racconti di malattia). *Progetto “Fare Salute”*. EnAIP di Trieste. Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 Triestina. Recuperado em: <<http://www.faresalute-microarea.it/wp-content/uploads/2013/06/12.pdf>>. Acesso em: 12 fev 2016.

Dias, M.G., Winter, L.E., Costa, L.B. & Hadler, O.H. (2014, jun). Da amizade nietzschiana: por uma psicologia nômade. *Revista Alegrar*, Campinas, vol.13, p.1. Recuperado em: <http://www.alegrar.com.br/revista13/pdf/da_amizade_nietzschiana_dias_alegrar13.pdf>. Acesso em: 21 ago 2014.

Dimenstein, M., Severo, A.K., Brito, M., Pimenta, A.L., Medeiros, V. & Bezerra, E. (2009). O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. In: *Saúde Soc*, 18(1), 63-74. São Paulo.

Ferla, A. A. (2004) Participação da População: do Controle sobre os Recursos a uma Produção Estética da Clínica e da Gestão em Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 14(1), 85-108, Rio de Janeiro.

Ferreira, A.B.H. (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Curitiba: Positivo.

Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.

Foucault, M. (2005). O que são as luzes? In: *Arqueologia das ciências e das histórias dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, (Ditos & Escritos, v.5).

Foucault, M. (2011). *A coragem da verdade: o governo de si e dos outros II*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Giacóia Jr, O. (2001). *Para uma genealogia da moral / Nietzsche*; adaptação de Oswaldo Giacóia Júnior. São Paulo: Scipione.

Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

Goldberg, J. (1994). *A clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; Instituto Franco Basaglia.

Goulart, M.S.B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guattari, F. (1985). *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense.

Guattari, F.; Rolnik, S. (1986). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.

Haesbaert, R. (2011). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Haesbaert, R. & Bruce, G. (2002). A Desterritorialização na Obra de Deleuze e Guattari. *GEOgraphia* 4(7). Recuperado em: <http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/view/74/72>.

Hermann, M.C. (2010). *Acompanhamento terapêutico e psicose: articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.

Hermann, M.C. (2012). Introdução do capítulo 2 para a edição brasileira. Algumas reflexões sobre a inserção do AT no sistema de saúde mental, sua responsabilidade profissional. (Cap.2 p.31-54). In: Pulice, G.O. *Fundamentos clínicos do Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Zagodoni.

Hernaez, A. M. (2010, Maio) Dialógica, etnografia e educação em saúde. *Rev. Saúde Pública*. 3(44), 399-405. São Paulo: EPUB.

Ibrahim, C. Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia a casa. (1991) *A rua como espaço clínico*. São Paulo: Escuta.

Kastrup, V. (2010). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.

Kinoshita, R. T. (1996). Em busca da cidadania. In: Campos, F.; Henriques, C. *Contra a maré à beira mar: a experiência de Santos*. São Paulo: Editora Página Aberta.

Lancetti, A. (2000). Saúde mental nas entranhas da metrópole, In: Lancetti, A. (org.). *SaúdeLoucura 7*. (pp. 11-52). São Paulo: Hucitec.

Lancetti, A. (2002). Síntese Metodológica. In: *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec,.

Lancetti, A. (2006). A amizade e o acompanhamento terapêutico. In: Santos, R.G. (org.). *Textos, texturas e tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Instituto A Casa/Editora Hucitec.

Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Lins, D. (2010, jan./jun.). Por uma leitura rizomática. *Hist. R.*, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 55-73.

Lobosque, A.M. (1997). *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Editora Hucitec.

Lobosque, A.M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Lobosque, A.M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.

Lüchmann, L.H.H. & Rodrigues, J. (2007). O Movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399-407.

Machado, L.D. & Lavrador, M.C.C. (2001). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mângia, E.F. & Muramoto, M.T. (2009, maio/ago). Modelo matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 20(2), 118-125.

Marin, I. (2012). Gli elementi fondamentali del concetto di *recovery*. In: Marin, I. & Bon, S. (pp.45-55). *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Meran/Merano: Edizioni alpha beta Verlag.

Mauer, S.K.& Resnizky, S. (1987). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica*. Campinas: Papirus.

Mendes, E.V. (1992). A descentralização como processo social. In: Kalil, M.E.X. (org.). *Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde, Anais*. (pp. 65-74). São Paulo: Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.

Mendonça, L. D. (2012). Clínica de lo cotidiano em acompañamiento terapéutico. In: Mendelstein, A.C. (org.) (2012). *Acompañamiento terapéutico en España*. (pp. 85-91). Madrid: Editorial Grupo 5.

Mendelstein, A.C. (org.). (2012). *Acompañamiento terapéutico en España*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Merhy, E.E. (2013). Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Franco, T.B., Merhy, E.E. (org.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E.E. (2014). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec Editora.

Methol, S. B. (2015). *El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo de atención psicosocial em salud mental*. Trabajo Final de Grado – Universidad de La República, Uruguay. Montevideo.

Mezzina, R. (2012). Introduzione. Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca. In: Marin, I. & Bon, S. *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Meran/Merano: Edizioni alpha beta Verlag.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Martha Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238p.

Nietzsche, F. (1999). Gaia ciência. In: *Nietzsche – Vida e Obra*. São Paulo: Nova Cultural

Nietzsche, F. (2002). Para além do bem e do mal. In: *Prelúdio a uma filosofia do futuro*. São Paulo: Martin Claret.

Oliveira, J.R. (2001, jul./dez). A amizade para Nietzsche: uma arena de mal entendidos. *Revista Philósophos*. 16(2), 315-342. Goiânia.

Oliveira, J. (2011). *Para uma ética da amizade em Friedrich Nietzsche*. Rio de Janeiro: 7Letras.

Ortega, F. (1999). *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Ortega, F. (2002). *Genealogias da amizade*. São Paulo: Iluminuras.

Ortega, F. (2009). *Para uma política da amizade: Arendt, Derrida, Foucault*. Rio de Janeiro: Sinergia: Relume-Dumará.

Palombini, A.L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Palombini, A. L. (org.). (2004). *Acompanhamento terapêutico na rede pública. A clínica em movimento*. Porto Alegre: UFRGS.

Palombini, A. L. (1999, agosto). O louco e a rua. A clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. *Revista Educação, Subjetividade e Poder*. 6(6), 25-31. Porto Alegre.

Passos, E. (2013). A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In: Capozzolo, A. A., Casetto, S. J. & Henz, A. O. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (2010). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.

Passos, I. C. F. (2009). *Reforma psiquiátrica. As experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Paulon, S.M. (2006). A Desinstitucionalização como Transvalorização. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. *Athenea Digital* - num. 10: 121-136.

Peccinini, C.A.; Neves, R. (2013). A saúde bate à sua porta: olhares sobre a prática dos Agentes Comunitários de Saúde. In: Paulon, S. e Neves, R. *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina.

Pelbart, P.P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura. Loucura e desrazão*. São Paulo: Editora Brasiliense.

Pelbart, P.P. (1990). Manicômio mental: a outra face da loucura. In: Lancetti, A. *SaúdeLoucura 2*. São Paulo: Hucitec.

Pelbart, P.P. (2002). A comunidade dos sem comunidade. In: Pacheco, A.; Cocco, G.; Vaz, P. *O trabalho da multidão: império e resistências*. Rio de Janeiro: Gryfus: Museu da República.

Pelbart, P.P. (2007). Literatura e loucura, da exterioridade à imanência. In: Lins, D. (org.). (2007) *Nietzsche/Deleuze: imagem, literatura e educação: Simpósio Internacional de Filosofia, 2005*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; Fortaleza, CE: Fundação de Cultura, Esporte e Turismo.

Penido, C.M.F. (2013). Apoio Matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: Paulon, S. e Neves, R. *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina.

Portela, M. (2012). El AT, El arte de contemplar. In: Silva. A.S.T. *E-book AT: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico*. Porto Alegre: Edição do autor.

Pulice, G.O. (2012a). *Fundamentos clínicos do Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Zagodoni.

Pulice, G. O. (2012b). Acerca de la especificidad del acompañamiento terapêutico. In: Mendelstein, A.C. (org.) *Acompañamiento terapêutico en España*. Madrid: Editorial Grupo 5.

Radio Nikosia: Associació Joia. (2005) *El libro de Radio Nikosia: voces que hablan desde La locura*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Reis Neto, R. de O. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica. Rio de Janeiro, RJ: PUC/RJ.

Ridente, P. & Furlan, M. *Per riaffermare la centralità della persona: il budget di salute/progetto personalizzato nell'esperienza di Trieste*. [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: <rinaldocob@yahoo.com.br> em 13 maio 2015.

Ridente, P. (2013). *Il budget di salute/progetto personalizzato come strumento di deistituzionalizzazione*. Recuperado em 30 mai 2015: <http://tutor.orsanet.it/media/CIRF/PDP/Ridente.pdf>

Rodrigues, H. (1998). Um anarquista catalão: aventuras do freudo-marxismo na França. *Cadernos de Psicologia, Rio de Janeiro*. 8, 151-170.

Rolnik, S. (1997). Clínica nômade. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos de A Casa (org.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC.

Rolnik, S. (2005). Subjetividade antropofágica. In: Lins, D. *Razão nômade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Rolnik, S. (2007). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS.

Romagnoli, R. C. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*. 21 (2), 166-173.

Romagnoli, Roberta Carvalho (2014). Acerca da noção de território no SUAS: a proposta esquizoanalítica. In: Romagnoli, R. C. e Moreira, M. I. C. (Orgs.). *O Sistema Único de Assistência Social – SUAS: a articulação entre psicologia e o serviço social no campo da proteção social, seus desafios e perspectivas*. Curitiba: Editora CRV.

Rotelli, C. F. (2012). Organizzatore delle discussioni, Seminario. In: Dezza, M.G.C. (org.). (2012). Glossario e Parole-Chiave. Gruppo di lettura “La malattia del signor Walt.”. Serie L’arte della cura nella medicina di comunità a trieste: storie e racconti di malattia. Progetto “Fare Salute” - EnAIP di Trieste. Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 Triestina. Disponível em: <http://www.faresalute-microarea.it/wp-content/uploads/2013/06/12.pdf>. Acesso em: 20 mar 2016.

Rotelli, F., De Leonardis, O., Mauri, D. & Risio, C. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo, Ed. HUCITEC.

Rotelli, F. (1992). O trabalho de saúde mental no território. In: Kalil, M.E.X. (org.). *Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde, Anais* (pp.75-87). São Paulo: Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.

Ruiz, V. S., Athayde, V., Nogueira Filho, I., Zambroni-de-Souza, P.C. & Athayde, M. (2013). François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica / Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. *Estud. pesqui. psicol.* 13(3), 855-877., Rio de Janeiro

Sack, R.D. (2013). O significado de territorialidade. In: Dias, L.C.; Ferrari, M. (org.). *Territorialidades humanas e redes sociais*. Florianópolis: Insular.

Salvador-Carulla, Bulbena, Vázquez-Barquero, Muñoz, Gómez-Beneyto & Torres. (2002). La Salud Mental em España: cien años em El país de las maravillas. In: *Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica*. (Cap.15). Madrid, España: SEEP. Recuperado em 07 jun 2016: <http://www.sespas.es/informe2002/cap15.pdf>.

Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte / Rio de Janeiro; Te Cora Editora / Instituto Franco Basaglia.

Silva, A.S.T. (2005). *A emergência do Acompanhamento Terapêutico: o processo de constituição de uma clínica*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e Institucional – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Stastny, P. (2012). Introduzindo o trabalho de pares nos serviços de saúde mental da América Latina. *Cad. Saúde Colet.*20(4): 473-81. Rio de Janeiro,

Szasz, T. (1976). *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro: Zahar.

Terríquez, M. A. M. (2013). El Acompañamiento Terapéutico com orientación psicoanalítica. Elementos principales y La narrativa de um ejercicio de su aplicación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16(4). México.

Vasconcellos, J. (2005, Set./Dez). A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. *Rev. Educ. Soc.* 26(93), 1217-1227. Campinas.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Zambenedetti, G. & Silva, R. A. N. (2011). Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 23(3), 454-463.

Zourabichvili, F. (2009). *O vocabulário de Deleuze*. Relume Dumará: Sinergia: Ediouro. (Conexões; 24).