

## **FUNÇÃO DE PUBLICIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: A PRODUÇÃO DO COMUM NA CLÍNICA**

### *THE PUBLICIZING FUNCTION OF THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT: THE PRODUCTION OF THE COMMON IN CLINIC*

**Laura Lamas Martins Gonçalves**

*Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, Brasil*

**Regina Duarte Benevides de Barros**

*Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, Brasil*

---

#### **RESUMO**

Este artigo discute o Acompanhamento Terapêutico (AT) como dispositivo clínico-político e suas implicações na atenção à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O AT surgiu num movimento de desinstitucionalização da loucura, tomando a cidade como campo de experimentação e inserindo-se para além dos estabelecimentos de saúde. Esse dispositivo realiza uma “clínica sem muros”, problematizando a um só tempo a doença mental e a sua relação com os espaços urbanos, interrogando radicalmente as práticas manicomialis. Acompanhando o dispositivo em suas variações e em sua articulação com a rede de saúde mental brasileira, atentamos para algumas funções que o dispositivo AT opera. A partir de tais funções, o AT comparece como um mobilizador de forças capazes de consolidar um estatuto público para a clínica.

**Palavras-chave:** acompanhamento terapêutico; reforma psiquiátrica; produção do comum.

#### **ABSTRACT**

This article argues the Therapeutic Accompaniment (TA) as a clinical-political device and its implications on attention to mental health in the context of the Psychiatric Reform in Brazil. TA emerged in a movement of deinstitutionalization of madness, taking the city as its field of experimentation and inserting itself beyond the health establishments. It performs a “clinic without walls”, discussing at the same time mental illness and its relationship with urban spaces radically questioning the asylum practices. Following the device in its variations and in its links to mental health network in Brazil, we look at some functions that the TA operates. From these functions, TA appears as a rallying of forces capable of consolidating a public status to the clinic.

**Keywords:** therapeutic accompaniment; Psychiatric reform; production of the common.

---

O projeto de Reforma brasileira visa promover a desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental, mais do que a sua simples desospitalização. Para tanto se fez necessária uma reforma dos equipamentos hospitalares e a descentralização da posição do hospital psiquiátrico no atendimento a pacientes em uma rede extra-hospitalar composta por ambulatorios de saúde mental e serviços substitutivos territorializados, de atenção diária aos portadores de transtornos mentais. Desde o início do Movimento de Reforma do modelo de assistência em saúde mental, a atenção passou a ser pensada na fronteira entre o individual e o coletivo, entre a clínica e a política, o que exigiu uma alteração dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. As transformações têm envolvido a assistência aos usuários, mas também a forma de organização dessa assistência, de tal modo que o que se produz é uma

descentralização tanto da gestão quanto da atenção, que passam a ser feitas em rede.

O Movimento de Reforma desestabilizou os saberes que se pretendiam universais e hegemônicos, revelando as relações de poder presentes. Investiu em práticas não hospitalocêntricas e não médico-centradas, rompendo com a estrutura teórica e com a prática do modelo hospitalar hegemônico. Inseriu uma discussão política sobre a loucura no cotidiano das pessoas, forçando mais do que a simples desospitalização dos usuários, a desinstitucionalização da loucura. Produziu, sobretudo, a necessidade de discussão com a sociedade a respeito do que é a doença mental, derrubando os preconceitos e dilatando as possibilidades de trânsito social para aqueles acometidos por extremo sofrimento psíquico (Ferreira Neto, 2006).

O objeto da desinstitucionalização deixou de ser o manicômio e passou a ser as lógicas que reproduzem as relações que operam a loucura como doença mental. Entendia-se que a extinção dos hospitais psiquiátricos não era suficiente para garantir uma rede de tratamento adequada. A diminuição do número de leitos oferecidos em hospitais psiquiátricos era (e ainda é) fundamental, mas deveria ser acompanhada de estratégias sólidas com relação à criação e manutenção de serviços substitutivos à internação. Nesse sentido, foram necessárias a criação e a legitimação de outros dispositivos que dessem conta dessa clientela que apenas em último caso deveria utilizar o recurso de uma internação.

Quando o objeto da desinstitucionalização deixou de ser o manicômio e passou a ser a lógica manicomial, o que se produziu foi um movimento de desinstitucionalização da própria clínica. A necessidade, então, passou a ser a de criar não apenas novos lugares de acolhimento e de tratamento, mas novas lógicas: romper com a lógica dicotômica que opõe clínica/política, indivíduo/sociedade, dentro/fora, público/privado, e que refere o sujeito a um espaço privado, a uma experiência privatizante. Já não se trata de exilar os loucos nos hospitais psiquiátricos, mas de incorporá-los de outra maneira à vida da cidade. Tal aposta implicou na proposição de novos dispositivos clínico-políticos, entre eles, o Acompanhamento Terapêutico (AT)<sup>1</sup>.

Diversos autores (Araújo, 2005; Barreto, 2000; Cabral, 2005; Pellicioli, 2004; Reis Neto, 1995; Richter, 2003; Zilberleib, 2005) situam o nascimento do AT com o trabalho denominado *amigo qualificado*, surgido no contexto dos movimentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, movimentos que tiveram profunda influência nos países da América do Sul, especialmente na Argentina e no Brasil. No final da década de 60, em Buenos Aires (Argentina), o *amigo qualificado* era alguém que se dispunha a estar junto do paciente fora da instituição e auxiliá-lo em seus afazeres cotidianos quando necessário. Posteriormente, essa figura migrou para o Brasil, comparecendo em comunidades terapêuticas que tinham o amigo qualificado, o atendente ou auxiliar psiquiátrico como recurso terapêutico. Embora saíssem às ruas com os pacientes, indo até suas casas, uma das críticas que se fazia a esses precursores era de que levavam consigo o esquema *proteção-vigilância-contenção*. “O acompanhante era, pois, um misto de companheiro e enfermeiro que administrava a medicação, que era confidente, censor, conselheiro, elo entre terapeuta e paciente, ego auxiliar e, eventualmente, até superego auxiliar” (Ibrahim, 1991, p. 47).

A referência Argentina, que norteou o trabalho dos primeiros auxiliares ou acompanhantes, terminou por suscitar discussões e levantar diferenças fundamentais em como tal dispositivo veio se constituindo em nosso contexto brasileiro (Veloso & Serpa Júnior, 2006). Isso se deve ao fato de que, no Brasil, o dispositivo AT se deparou com o Movimento Sanitário e com o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que produziu uma inflexão importante no trabalho dos acompanhantes terapêuticos. A criação e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) geraram uma inflexão importante no dispositivo do AT em território brasileiro, de modo que, a partir do início da década de 1990, o AT se inseriu na cena pública dos serviços do SUS, principalmente através de sua inclusão nos Caps (Centros de Atenção Psicossocial) e nos Residenciais Terapêuticos, juntando forças na luta pela reformulação dos cuidados em saúde mental e evidenciando a aposta em uma atenção feita de fato no território. Os Caps são serviços substitutivos de saúde mental e configuram-se como serviços de base territorial, comunitários e regionalizados, e objetivam “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (Ministério da Saúde, 2004, p. 13). Os Serviços Residenciais Terapêuticos, por sua vez, constituem-se como alternativas de moradia para os usuários egressos de longas internações psiquiátricas. Servem de apoio aos usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (Portaria 251/2002). São, portanto, serviços fundamentais no processo de construção de uma assistência de qualidade, para além das estratégias medicamentosas e psicoterapêuticas, pois incluem nas suas ações os campos da moradia, do trabalho assistido, do lazer e da cultura como formas legítimas e eficazes na produção de vida e saúde dessa clientela. Vinculado a esses serviços, o AT, grande parte das vezes, exerce funções que se aliam na desinstitucionalização da lógica manicomial.

Entretanto, sabemos que, mesmo num processo de desconstrução da lógica manicomial, os dispositivos de saúde podem simplesmente reproduzir o processo de produção de subjetividades privatizadas, restringindo-as ao domínio de marcadores psicopatológicos. Se os dispositivos ficam presos a um campo de saber específico (médico, psicológico ou psicanalítico, por exemplo), correm o risco de serem privatizados e cronificados. Uma simples mudança de modelo pode produzir também efeitos de homogeneização e normatização, sendo necessário, portanto,

mantermos o movimento e manter-nos em movimento, favorecendo a produção inventiva de novas práticas de atuação e novos processos de subjetivação (Ferreira Neto, 2006).

Neste artigo, buscamos evidenciar de que maneira esse dispositivo clínico-político se alia na invenção de possibilidades de tratamento de pessoas com grave sofrimento psíquico, colocando em análise a atenção no contexto da Reforma e a própria clínica, exercendo uma função de publicização da clínica.

### **O AT como analisador da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Como campo de forças em tensão permanente, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira exige atenção e investimento em dispositivos que possibilitem a efetivação de uma lógica de afirmação da vida em seus processos de singularização. Para tanto, foram sendo criados alguns serviços substitutivos, entre eles os Caps, dispositivos que funcionam como eixo de todo o sistema de saúde mental. Apesar de funcionarem como referência, a proposta é que grande parte do trabalho aconteça fora deles, ampliando as conexões com outros equipamentos e recursos comunitários, funcionando como pontos de acoplamento ao cotidiano da cidade, ampliando a permeabilidade entre dentro e fora. O “fora” é entendido, neste artigo, não apenas no sentido espacial (fora da casa, do manicômio, do Caps, etc.), mas principalmente em seu sentido temporal<sup>2</sup> (fora da lógica manicomial). Entretanto, na prática, um dos grandes obstáculos desses novos dispositivos é a centralização em si e a pouca abertura para o território, o que inclui uma escassa, e por vezes precária, relação com os demais serviços da rede de saúde, com associações comunitárias e com a população em seu território de vida.

O aumento do número de usuários que frequentam os Caps tem desafiado o cotidiano dos trabalhadores, no risco de que venham a “se fechar” nos serviços, construindo projetos terapêuticos que produzam como efeito uma quase “dependência” dos usuários com os Caps. Nesse contexto, o AT insere-se na rede de serviços de saúde mental, principalmente nos Caps e nos Residenciais Terapêuticos, tendo como direção o trabalho nos territórios em que vivem seus acompanhados, e tal postura reverbera de muitas formas nas práticas desses serviços. A circulação feita a partir de um trabalho no território é potente para tornar possível a criação de uma efetiva rede de atenção: fechadas dentro dos serviços, as equipes correm os riscos da cronificação, além de tenderem a escolher os pacientes, buscando adaptá-los às suas especialidades,

aos seus modelos terapêuticos (Lancetti, 2006; Rotelli, 2001).

Trabalhando dentro e fora das unidades de saúde, circulando pelos espaços da cidade, o AT possibilita novas experiências nos encontros que a cidade oferece, outras possibilidades de circulação dentro da própria casa, do trabalho ou mesmo do serviço em que se inserem os acompanhados. Nesse trabalho de acompanhar as pessoas em seus movimentos, buscando ampliá-los, o AT possibilita o (re)estabelecimento de múltiplas formas de relação com o mundo, dando suporte à expansão das redes vivenciais dos acompanhados. Na medida em que se coloca ao lado dos acompanhados em seus cotidianos, contribui, ainda, para uma diminuição dos circuitos estabelecidos de internação-desinternação.

As experiências com AT nos indicam que o acompanhante terapêutico (at) é muitas vezes quem mapeia a rede social do usuário/acompanhado, construindo com ele os rearranjos das/nas redes das quais faz parte, ajudando-o a usufruir as oportunidades de trocas suscitadas no âmbito das suas redes. Tais redes podem incluir desde a família até os amigos, colegas de trabalho e/ou de estudo, vizinhos, pares comunitários (Carvalho, 2004) e instituições de saúde.

Desse modo, o AT potencializa a construção de um “olhar em rede” (Hermann, 2005), levando em conta as diferentes relações que o usuário/acompanhado constrói. Mas, mais do que isso, na medida em que mapeia, produz e amplia uma rede de relações com múltiplos atores (família, Caps, outros serviços da rede de saúde e de outros setores, coletivos de trabalho, serviços e pessoas da comunidade ou do convívio do acompanhado, espaços da cidade), o AT produz modos de cuidar de tal forma que quem acompanha é a própria rede.

Nesse momento, é preciso deixar claro que o mais importante nos funcionamentos em rede não é a forma da rede, mas a força que se liga, que se conecta essa rede, ou seja, que tipos de agenciamentos e conexões se produzem, que tipos de relações de poder se estabelecem. As forças estão sempre em relação, ligam-se e põem-se a funcionar de certas maneiras (Deleuze, 2005). Essa rede da qual falamos muitas vezes ganha a forma de uma rede de serviços ou de uma equipe de tratamento, mas ela não se restringe a essa dimensão formal. Na circulação pela cidade, o trabalho de acompanhamento diz respeito a experiências em que diferentes vetores presentes na cidade entram em jogo: a balconista da padaria, o motorista do ônibus, o camelô, a tia, a empregada, ou ainda, um programa de televisão, uma chuva inesperada, de tal forma que as intervenções não se restringem aos profissionais de

saúde, mas a essa rede que se estabelece. A relação não se restringe para a dupla analista-analisando ou acompanhante-acompanhado. O que vem à tona é a dimensão coletiva da clínica, a dimensão das redes de relações nas quais os processos de produção de saúde e de subjetividade se efetivam (Passos & Benevides de Barros, 2004).

Paradoxalmente, na operação de construção de redes de cuidados, o at é muitas vezes tido como a referência dessa rede. No que diz respeito às famílias dos acompanhados, elas costumam experimentar a entrada do at de forma contraditória: ele é identificado como aquele que vai ajudá-los a minimizar o sofrimento e também como ameaçador ou intruso, já que sua presença evidencia a cristalização da dinâmica familiar (Marinho, 2006). A família normalmente projeta no at expectativas de desempenho dos papéis nos quais ela experimenta dificuldades, buscando nele um apoio para suas angústias, o que não a impede de apresentar manifestações de boicotes, ciúmes, raiva. O at torna-se, então, uma referência e um suporte não apenas para aquele que acompanha, mas também para a família, e intervém na dinâmica familiar, compartilhando projetos e responsabilidades quanto ao tratamento.

O mesmo acontece algumas vezes na entrada do at para uma equipe de saúde, quando ele é identificado numa posição de referência da/na própria rede de tratamento. Tal referência fica nele localizada para permitir que o cuidado circule e que a própria função da qual ele se ocupa possa ser uma função da rede. O AT permite que a função do cuidado seja deslocalizada e multiplicada por diferentes pontos que constituem uma rede, tornando múltiplas as referências. Nessa posição de referência, é também desnaturalizada a separação, muitas vezes presente no campo da Reforma, principalmente nos Caps e Residenciais Terapêuticos, entre técnico de referência e terapeuta, entre atenção psicossocial e clínica. Essa falsa separação faz com que a primeira – atenção psicossocial – fique relegada a um lugar subalterno, de complementação da função clínica, cuja propriedade supõe-se, então, detida apenas por alguns iniciados (Santos, 2003). O AT faz coincidir tais termos, desenredando-se dessa querela.

O at é, muitas vezes, um mediador das conexões possíveis de se fazer/refazer, entre o acompanhado, a família e a cidade, incluindo serviços ou pontos da rede de tratamento nas quais ele se insere: um mediador entre o acompanhado e o mundo, transitando pelas ruas da cidade e sendo o fio que às vezes liga a rede terapêutica (Marinho, 2006). Frequentemente, é o acompanhante quem media a comunicação entre os profissionais que compõem a rede de tratamento, funcionando como um articulador. Muitas vezes, o projeto clínico de AT

é construir uma rede de profissionais (que não existe ou que precisa ser modificada) que opere de modo singular com cada acompanhado (Hermann, 2005).

Dessas mesmas potencialidades do AT, entretanto, decorrem os riscos de ele ser naturalizado e sacralizado como “receita mágica”. O acompanhante, então, pode ser encarado como aquele que faz as conexões, fecha as amarras e “tapa os furos” (das equipes, da rede de serviços). Nesse caso, o equívoco é fazermos da rede um manto, que a tudo cobriria; do at, um “salvador da pátria” ou “herói”; e do usuário/acompanhado, uma vítima que precisa ser salva. O AT não é um trabalho de solução de problemas, tampouco uma prática adaptacionista aos modos de funcionamento da cidade, das famílias ou dos serviços de saúde. Ao contrário, produz intervenções: não no sentido de assegurar a manutenção e/ou o reforço dos territórios já constituídos, restabelecendo alguma ordem, mas de conexão com os movimentos do invisível, com os fluxos que ainda não se atualizaram. Assim, o AT é um dispositivo que se monta sempre no limite dos saberes e das instituições, funcionando muitas vezes como articulador, mas também como desestabilizador das relações cristalizadas presentes nas famílias e também na rede dos serviços de saúde. Funcionando como um dispositivo que opera numa função limiar, o AT produz como efeito a desestabilização das oposições sujeito/objeto, clínica e política, rompendo com a lógica dicotômica. Há, entretanto, um risco de cronificação que se apresenta quando um serviço ou mesmo uma rede de tratamento “amarra” o usuário/acompanhado (Varella, Lacerda, & Madeira, 2006) em uma circulação viciosa, acreditando ser o que garante a sua sobrevivência. Vemos isso acontecer quando os terapeutas criam uma rede que “enreda”, que não permite criar saídas para fora de seus serviços/consultórios e, menos ainda, para fora da lógica manicomial. A rede que se estabelece, nesses casos, se é que podemos chamá-la assim, é uma rede que se pretende protetora, mas que captura, que aprisiona.

O AT, além de ser uma das linhas da rede, opera no sentido da construção de redes, o que muitas vezes inclui os serviços de saúde, mas não se limita a eles. Ele constrói agenciamentos na comunidade em que o acompanhado se insere (com mães, pais, filhos, vizinhos, amigos, donos de bar, igrejas, grupos de trabalho, e outros inusitados), apostando na construção de uma rede afetiva capaz de sustentar a produção de novos territórios existenciais. O conceito de território “não se reduz a uma área física com características estáticas nem equivale à ideia de comunidade como totalidade homogênea e sem conflitos ... o território é, antes, lugar de vida, possuindo um caráter processual”



(Palombini, 2007, p. 121). Ou seja, ele pode ser relativo tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa” (Guattari & Rolnik, 1986).

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

O AT tecer redes que possibilitam o estabelecimento de múltiplas formas de relação com o mundo, novas conexões, novos desvios e novas bifurcações, novos agenciamentos com a cidade na contemporaneidade (Rolnik, 1997). É nesse ponto que se situa a função não formalizada da clínica: circular, disparar, acompanhar intensidades. O AT aciona e acompanha intensidades com o intuito de operar modificações nos mundos constituídos, colocando novas questões, novos problemas para esses mundos. Se ele atuasse apenas no campo das formas, trabalharia somente com mudanças de comportamento e desenvolveria práticas adaptacionistas (Araújo, 2005).

Apresenta-se, então, como um importante dispositivo para fazer funcionar os fluxos de entrada e de saída dos serviços, resistindo ao centripetismo do poder que produz, nos dispositivos substitutivos ao manicômio, um novo dentro absolutizado. O AT exerce, então, uma função de resistência à lógica centrípeta, dando visibilidade à dimensão do movimento como resistência. O AT faz-se analisador do Movimento da Reforma, evidenciando que ela não produz superação, mas sim embates e lutas, num processo em contínua transformação.

### **O AT como Analisador da Clínica**

A prática do AT chegou da Argentina e serviu como base para o desenvolvimento do que veio a se constituir a prática brasileira (Richter, 2003).

Podemos acompanhar na literatura sobre o AT uma mudança da nomenclatura de amigo qualificado para acompanhante terapêutico. As justificativas para a modificação da nomenclatura nos dois países são distintas e apontam também dois diferentes movimentos. Segundo Mauer e Resnizky (1987), na Argentina, várias foram as discussões em torno do nome amigo qualificado e, visando uma maior discriminação

na relação acompanhante-acompanhado, optaram por acompanhante terapêutico. A denominação de amigo qualificado passou a ser entendida como incompatível com o tipo de relação que se estabelecia, já que valorizava o componente afetivo. Com a mudança para acompanhantes terapêuticos, eles entendiam que a tarefa terapêutica ficava enfatizada.

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

Também no Brasil a nomenclatura gerou discussões. O atendente e o auxiliar psiquiátrico desempenhavam um papel de auxiliar de psiquiatras e/ou psicólogos, sendo esses os responsáveis pelos atendimentos. Com isso, entendia-se que as intervenções clínicas, terapêuticas estavam fora da competência dos acompanhantes (Pelliccioli, 2004). Trazendo à tona a discussão de como se sentiam ocupando um lugar “menor” em relação aos outros modos de fazer clínica, os atendentes e auxiliares colocaram em discussão o modo como estavam trabalhando, questionando se eles não estariam reproduzindo, no cotidiano do acompanhado, os mesmos princípios da Psiquiatria tradicional que esperava do AT uma intervenção puramente objetiva, de contenção, normatizadora e moralizante (FIORATI, 2006). Esse importante questionamento mobilizou a mudança do nome de auxiliares psiquiátricos para acompanhantes terapêuticos (Serenio, 1996), configurando a reafirmação de um movimento de ruptura com a terapêutica baseada na tradicional Psiquiatria (Richter, 2003). Nesse movimento, os ats produziram um deslocamento interior ao dispositivo, arguindo sobre suas funções, descolando-as daquelas de auxiliar da Psiquiatria.

Ao mesmo tempo, no campo discursivo do AT, este aparece como uma prática em busca de uma identidade e de uma teoria que ajudasse na construção de justificativas clínicas para a prática, o que culminou em uma grande aproximação com a Psicanálise. Tal movimento parece ter sido produzido por uma identificação do AT como uma “clínica menor”, como coadjuvante, criando entre os ats a perspectiva de que

seu reconhecimento e sua valorização se dariam pela garantia de uma identidade e de uma teoria capaz de sustentar sua prática.

A nosso ver, a condição minoritária (Deleuze & Guattari, 1997) em que se encontravam ao propor uma clínica no território, fora dos espaços fechados e fora de uma lógica manicomial, foi confundida com uma condição de menoridade. Tal confusão parece ter produzido uma busca pelo saber supostamente capaz de emprestar identidade e legitimidade para o AT. Entretanto, quando o AT passou a operar não mais como um auxiliar do Psiquiatria/Psicanalista/Psicólogo, mas como um dispositivo composto por diferentes saberes; constituiu-se como dispositivo híbrido, não pertencendo a nenhuma disciplina específica. Segundo alguns autores (Araújo, 2005; Pellicioli, 2004; Reis Neto, 1995), tal liberdade e riqueza do trabalho do AT se devem exatamente ao fato de ele não possuir uma formação regulamentada e poder ser exercido tanto por profissionais com curso superior (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, professores de educação física, artistas plásticos, etc.) quanto por agentes de nível médio e técnico (Pellicioli, 2004).

A potência minoritária do AT, portanto, diz de uma atitude que se diferencia daquilo que na clínica é um padrão majoritário, atitude que radicaliza uma aposta na intercessão entre diferentes saberes e na abertura para novas formas de se conceber e de se operar a clínica.

O que vemos acontecer, desde a década de 1960 até os dias atuais, é uma modulação do dispositivo. No Brasil, o AT vem sendo influenciado pelas conquistas e transformações do próprio processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Quando surgiu, seu fazer era submetido a um saber médico e psicológico e foi aos poucos que se abriu para o encontro com outros saberes, num processo de ampliação do fazer clínico. O movimento de ida às ruas para acompanhar as pessoas em seu cotidiano surgiu como possibilidade de abertura para que o não clínico da clínica fosse nela incluído, ampliando-a. A abordagem terapêutica e o próprio campo de atuação foram se expandindo, de tal forma que o espaço público passou a ser um campo possível para a circulação da loucura.

Ao mesmo tempo, sobretudo na Argentina, foi sendo construído um movimento de institucionalização do AT, com a formalização e regulamentação da prática através de associações e códigos de ética, com um reforço do discurso do AT como especialização, numa tentativa de tornar hegemônico o fazer AT, fechando-o em uma unidade totalizada (e totalitária). Entretanto, a potência da experiência de AT se faz justamente

desmanchando os rígidos contornos dos territórios identitários.

O AT desloca a clínica do consultório, seu território por excelência, e ocupa outros territórios: casas, quartos, carros, ruas, shoppings, padarias, ônibus, praias. Na experiência do AT, portanto, a clínica vê-se deslocada do consultório, desterritorializando (Deleuze, 1991) e equivocando o consultório como espaço instituído do *setting* analítico. O AT evidencia que a clínica se dá num lugar que já não porta nem espacialidade nem temporalidade dada, de modo que a experiência clínica não é localizável: faz-se enquanto clínica sem local fixo; dá-se, desse modo, num não lugar, no “meio”, no “entre”, sempre em relação com uma paisagem da cidade, constituindo-se no que Araújo (2005) pontuou como uma clínica peripatética.

Não podemos restringir a deslocalização da clínica a uma diferença espacial. Mais do que deslocalizar o espaço da clínica, há a invenção de uma nova atitude clínica. Não queremos, portanto, evidenciar somente uma alteração de lugar no sentido espacial, topológico (topos), mas sim a convocação de uma nova atitude (ethos). O trabalho na cidade desperta outra sensibilidade clínica, principalmente em função de acontecimentos que não são produzidos nem pelo analista nem pelo analisando, mas que irrompem da/cidade e que têm a força de reconfigurar o contexto de análise. Dessa forma, no AT, ativamos uma abertura e uma prontidão para o imprevisível, e elementos que compõem o território passam a ser manejados numa operação transversal, na composição de uma nova atitude e de uma nova subjetividade.

Em contato com a dimensão de movimento da própria clínica, o AT se afirma como dispositivo clínico-político analisador da própria clínica, colocando-a em análise. No dispositivo do AT, as intervenções deixam de ser localizadas exclusivamente no analista. A função de análise é deslocalizada da figura do analista, sendo realizada por analisadores que podem ser qualquer evento, situação ou pessoa com potência de catalisar os fluxos e fazê-los falar (Lourau, 1975). A clínica deixa de estar referida a um lugar e a uma pessoa. Tais deslocalização e despersonalização significam a afirmação de um plano comum da clínica, de um domínio público resultante de uma operação em rede.

Segundo Passos e Benevides de Barros (2004), a operação analítica nas intervenções clínicas não é outra coisa senão a desestabilização das formas, permitindo o aparecimento do plano de forças de produção a partir do qual tal realidade se constituiu. No plano de produção, plano coletivo das forças, não há propriedade particular, nem nada que seja privado. Lidamos com o que é de ninguém, com o que é da ordem do impessoal,

já que todas as forças estão disponíveis para serem experimentadas. É com isso que os autores entendem como se dá a experiência da clínica: experimentação no plano coletivo, experimentação pública.

### **A produção do comum na clínica**

Ao tomar a cidade como espaço por excelência de sua clínica, o AT opera uma retomada do espaço público (Pelliccioli, 2004), mas também do estatuto público da clínica.

Segundo Hardt e Negri (2005), do ponto de vista social, há uma tendência atual a tornar tudo público e, portanto, suscetível de vigilância e controle por parte do governo. Do ponto de vista econômico, há uma tendência a tornar tudo privado e sujeito aos direitos de propriedade. Disso resulta um entendimento de que os interesses, os desejos e até a alma são como “propriedades” do indivíduo, reduzindo todas as facetas da subjetividade à realidade econômica. Segundo Baptista (1999), a economia, excluída de sua dimensão política, adere a um discurso psicológico que tende a uma intimização da vida, destituindo-a da história das práticas humanas, esvaziando sua multiplicidade de formas e conexões. Público e privado se dicotomizam em antagônicos espaços, e um aprisionamento efetua-se em lugares universalmente chamados de interiores, tornando a vida privada uma conquista individual à margem da história. Ainda segundo o autor, a privacidade, individualizada, toma a forma de territórios impermeáveis e sedentários, que inviabilizam estratégias de escape ou fuga de formas sufocantes e fechadas de vida. Fechada, a vida perde movimento, a força política.

Para Hardt e Negri (2005), o conceito de “público”, por sua vez, tende a tornar indistinta uma importante diferença entre o controle do Estado e aquilo que está submetido à posse e à gestão comuns. Podemos, assim, distinguir a função pública atrelada às funções reguladoras do Estado daquelas atreladas aos processos coletivos, ao comum. O comum não diz da recriação do corpo social unificado e, portanto, da recriação de uma unidade do povo, por exemplo, mas diz das singularidades, das minorias. Os autores apontam uma tendência democrática para organizações em rede, organizações de resistência e revolucionárias, que deslocam a autoridade por relações colaborativas, construindo dentro de suas estruturas organizacionais relações democráticas, redes de produção do comum.

Interessa-nos destacar a função pública que o AT opera na clínica ao evocar a cidade e as articulações em rede que ela possibilita como força política, como

espaço coletivo de dissensos e embates. Enfatizamos, então, a noção de público enquanto comum, a produção de comum que o dispositivo opera, produzindo o que chamamos de publicização da clínica. Nesse sentido, a separação entre os campos público e privado comparece como falsa dicotomia, importando atentarmos para a dimensão pública, essa sim produtora de diferenciação. O que queremos enfatizar é a distinção entre modos de privatização e de publicização da saúde e da vida. Temos experimentado dois movimentos correlatos de privatização: dos serviços públicos e da vida. O primeiro diz respeito a uma tendência da saúde como direito de ser continuamente ameaçada pelo contexto de Estado mínimo que atende à demanda crescente de racionalização de despesas atreladas ao imperativo econômico em escala mundial e a concebe como mercadoria. Nesse movimento, a saúde vai, aos poucos, deixando de ser função do Estado. O segundo diz de uma tendência à produção de uma vida cada vez mais individualizada, isolada e solitária, com cada vez menos possibilidades de circulação e reinvenção.

Independente do campo em que comparece, percebemos que o AT opera a transformação da vida cotidiana, a partir de sua ação e circulação no território e da reativação dos espaços abertos. Experiência organizada em rede, o AT faz-se como experiência coletiva, fora dos limites do indivíduo, propondo uma gestão comum da produção da saúde, e é nisso também que está radicada sua potência. Aventura-se nas experiências de crise de pessoas em intenso sofrimento psíquico, experimentando e produzindo, no limite da própria experiência, outros modos de pensar, amar, sentir. A aposta na potência de criação própria dos momentos de crise possibilita convivência e trocas com pessoas prisioneiras do seu próprio adoecimento, sem operar no sentido da normalidade, mas na produção de novos modos de viver. Desse modo, desvela-se sua dimensão política revolucionária (Palombini, Cabral & Belloc, 2005).

É essa dimensão de rede, de circulação de fluxos, de abertura ao plano das intensidades e das forças desindividualizantes que afirma a dimensão pública, coletiva ou comum, como preferem Hardt e Negri. A dimensão pública ou coletiva é a própria dimensão das redes no contemporâneo (Passos & Benevides de Barros, 2004). A operação de publicização da clínica reforça-a como operação de desestabilização das propriedades, do próprio, das essências e das identidades, num processo de criação de si e do mundo, como resistência às formas de assujeitamento. O AT opera como resistência aos movimentos de privatização dos serviços e das práticas em saúde mental, produzindo aberturas e passagens aos fluxos



da vida. O AT comparece, portanto, como função de publicização ou de produção de um plano comum na clínica, colocando para ela um estatuto, uma dimensão não privada e não especialista, que diríamos pública, indicando um modo de fazer a clínica indissociável da experiência política.

### Notas

- <sup>1</sup> Ao longo do texto, utilizamos AT, para designar Acompanhamento Terapêutico e at, para acompanhante terapêutico. Tal abreviação foi inicialmente adotada por Kleber Duarte Barreto no livro *A ética e a técnica no Acompanhamento Terapêutico* (2000).
- <sup>2</sup> O conceito de transversalidade foi proposto por Guattari (1981), em 1964, como um coeficiente que diz respeito a graus diferentes de abertura e de composição de diferentes vetores. Diz respeito a uma abertura no plano da clínica através de práticas de atravessamento e conexões, uma espécie de nomadismo de fronteiras, desmanchando incessantemente os territórios cristalizados (Benevides de Barros, 2007).
- <sup>3</sup> O conceito de transdisciplinaridade é inspirado no conceito de transversalidade, de modo que a proposta da clínica transdisciplinar é de romper com as dicotomias sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, entendendo que a *relação* entre esses termos é primeira e constituidora deles.
- <sup>4</sup> No que diz respeito ao Fora, o tempo impõe seu primado ao espaço (Deleuze, 2005).

### Agradecimento

Ao CNPq pelo fomento à pesquisa através da bolsa de mestrado concedida.

### Referências

- Araújo, F. (2005). *Um passeio esquizo pelo Acompanhamento Terapêutico*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.
- Barreto, K. D. (2000). *Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança*. São Paulo: Editora Unimarco.
- Baptista, L. A. (1999). *A cidade dos sábios*. São Paulo: Summus Editorial.
- Benevides de Barros, R. (2007). *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Cabral, K. V. (2005). *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: considerações sobre o Setting*. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Carvalho, S. S. (2004). *Acompanhamento Terapêutico: que clínica é essa?* São Paulo: Annablume.
- Deleuze, G. (1991). *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. (2005). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1997). 10.1730 – Devir-Intenso, Devir-Animal, Devir-Imperceptível. In G. Deleuze & F. Guattari, *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 4, pp. 11-114). Rio de Janeiro: Editora. 34.
- Ferreira Neto, J. L. (2006). Psicologia e política: uma interpretação foucaultiana. *Revista Psicologia Política*, 6, 65-81.
- Fiorati, R. C. (2006). *Acompanhamento Terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Guattari, F. (1981). A transversalidade. In F. Guattari, *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo* (pp. 88-105). São Paulo: Brasiliense.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1986). *Micropolítica - cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Hardt, M. & Negri, A. (2005). Os rastros da multidão. In M. Hardt & A. Negri, *Multidão* (pp.247-290). Rio de Janeiro: Record.
- Hermann, M. C. (2005). O significante e o real na psicose: ferramentas conceituais para o Acompanhamento Terapêutico. *Estilos da clínica*, 10(19), 132-153.
- Ibrahim, C. (1991). Do louco à loucura: percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. In Equipe de AT do Hospital – Dia “A Casa” (Org.), *A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico* (pp. 43-49). São Paulo: Escuta.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (1975). No rumo da intervenção socioanalítica. In R. Lourau, *A análise institucional* (pp. 265-288). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Marinho, D. (2006). Das teias familiares à encarnação da águia. In Equipe de AT do Hospital – Dia “A Casa” (Org.), *Textos, texturas e tessituras* (pp. 133-141). São Paulo: Hucitec.
- Mauer, S. K. & Resnizky, S. (1987). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: Manual introdutório a uma estratégia clínica*. Campinas, SP: Papyrus.
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Palombini, A. L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Palombini, A. L., Cabral, K. V., & Belloc, M. M. (2005). Acompanhamento Terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade. *Estilos da Clínica*, 10(19), 32- 59.
- Passos, E. & Benevides de Barros, R. (2004). Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*, 19-20, 159-171.
- Pelliccioli, E. (2004). *O trabalho do Acompanhamento Terapêutico em Grupo: novas tecnologias na rede pública de saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Portaria GM 251/2002. (2002, 31 de janeiro). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acesso em 12 de outubro, 2008, em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>
- Reis Neto, R. O. (1995). *Acompanhamento Terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em Saúde Mental no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.



- Richter, E. P. (2003). *Fragmentos de um acompanhamento terapêutico: reflexões a partir da teoria crítica da sociedade*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Rolnik, S. (1997). Clínica nômade. In Equipe de AT do Hospital – Dia “A Casa” (Org.), *Crise e cidade: Acompanhamento Terapêutico* (pp. 83-97). São Paulo: EDUC.
- Rotelli, F. (2001). O inventário das subtrações. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 61-64). São Paulo: Hucitec.
- Santos, A. R. C. (2003). *Alienados, anormais, usuários, claudicantes: a máquina psiquiátrica e a produção da subjetividade falha*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.
- Sereno, D. (1996). *Acompanhamento Terapêutico de pacientes psicóticos: uma clínica na cidade*. Dissertação de Mestrado, Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Varella, M. R. D., Lacerda, F., & Madeira, M. (2006). Acompanhamento Terapêutico: da construção da rede à reconstrução do social. *Psiquê*, 10(18), 129-140.
- Veloso, R. S. & Serpa Júnior, O. D. (2006, junho). O Acompanhante Terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. *Revista Latino-Americana e Psicopatologia Fundamental*, ano 9, 2, 318-338.
- Zilberleib, C. M. O. Vieira. (2005). *O Acompanhamento Terapêutico e as relações de objeto em pacientes-limites*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Recebido em: 01/12/2009

Revisão em: 08/10/2011

Aceite em: 17/08/2013

*Laura Lamas Martins Gonçalves* é pós-doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2000), mestrado em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (2007) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2013). Foi consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2007-2011). Tem experiência em psicologia clínica, em Saúde Coletiva (ênfase em planejamento, gestão e avaliação), Saúde Mental e humanização. Endereço: Rua Dr. Tácito Monteiro de Carvalho e Silva, 645. Cidade Universitária Um. Campinas/SP, Brasil. CEP 13.083-835.  
E-mail: [laulmg@gmail.com](mailto:laulmg@gmail.com)

*Regina Duarte Benevides de Barros* trabalha atualmente em Washington para Pathfinder International como assessora técnica em Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens. Antes disso, foi Diretora de Projetos de Saúde, Educação e Políticas Sociais pela mesma instituição em Moçambique. Entre 1983 e 2007 foi Professora do Departamento de Psicologia e da Pós Graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Trabalhou no Ministério da Saúde do Brasil coordenando a Política Nacional de Humanização (2003-2005) e tem prestado consultorias na área da Gestão em Saúde desde então. Possui doutorado em

Psicologia Clínica e Pós- Doutorado em Saude Coletiva. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Tratamento e Prevenção Psicológica, clínica, produção de subjetividade, transdisciplinaridade, saúde coletiva e humanização.  
E-mail: [RBenevides@pathfind.org](mailto:RBenevides@pathfind.org)

### Como citar:

Gonçalves, L. L. M. & Benevides de Barros, R. D. (2013). Função de publicização do Acompanhamento Terapêutico: a produção do comum na clínica. *Psicologia & Sociedade*, 25(n. spe. 2), 108-116.