

MARCOS VINÍCIUS THOMAZ

**REPENSANDO O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO CAMPO DA SAÚDE  
MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA ATOR-REDE**

São João del-Rei – MG

PPGPSI-UFSJ

2018

MARCOS VINÍCIUS THOMAZ

**REPENSANDO O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO CAMPO DA SAÚDE  
MENTAL: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA ATOR-REDE**

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

Área de concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Instituições, saúde e sociedade

Orientador: Walter Melo

São João del-Rei – MG

PPGPSI-UFSJ

2018

A Dissertação “**Repensando o Acompanhamento Terapêutico no campo da saúde mental: contribuições da Teoria Ator-Rede**”

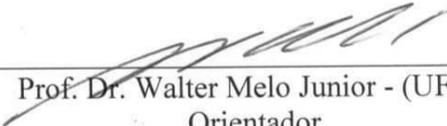
elaborada por **Marcos Vinícius Thomaz**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

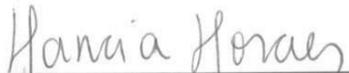
São João del-Rei, 19 de março de 2018

**BANCA EXAMINADORA:**



---

Prof. Dr. Walter Melo Junior - (UFSJ)  
Orientador



---

Profa. Dra. Marcia Oliveira Moraes - (UFF)



---

Profa. Dra. Maria de Fátima Aranha de Queiroz e Melo - (UFSJ)

A Zoraide, minha mãe, e Samuel (em memória), meu pai.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe Zoraide, ao meu pai Samuel (que nos deixou ainda enquanto eu desenvolvia este trabalho) e aos meus irmãos, Noemí e Wilgner, por acreditarem e confiarem em mim, apoiando incondicionalmente o projeto de vida que escolhi e confiando em minha capacidade de trilhar um caminho que até então era estranho à nossa família.

Agradeço à minha companheira Cibelle, que esteve ao meu lado desde o início de toda minha trajetória acadêmica, agraciando-me com sua confiança, seu companheirismo e seu amor.

Ao meu filho, Caio Miguel, que, em meio ao conturbado processo de construção e desenvolvimento da pesquisa, anunciou sua chegada, trazendo consigo muito amor e fazendo com que eu pudesse ser ainda mais determinado diante de meus anseios.

Agradeço ao meu orientador, professor Walter, não só por este trabalho, mas por toda trajetória acadêmica que trilhei. Sempre com muita paciência e atenção, guiou-me rumo aos caminhos que escolhi. Mais que um colega de trabalho, considero-o um grande amigo.

Agradeço à professora Fatinha, que assim como Walter, instruiu-me desde os meus primeiros passos acadêmicos, apresentando “lentes” que hoje me permitem ver o mundo com outros olhos. Sou muito grato por tudo o que fez por mim.

Agradeço aos colegas do NEPIS, em especial à equipe de Acompanhantes Terapêutico: Andressa Pêgo, Carolina Boonen, Cecylia Moreira, Graziela Carmo, Jéssica Machado, Juliana Araújo, Karoline de Paula, Letícia Carmo, Lívia Miranda, Lucas Gorgone, Tainah Tavares, Marcio Kumaira, Mariana Vieira, João Marcos Lara, Marina Paula, Ubiratan Rodrigues e Ana Carolina. Graças ao trabalho conjunto de todos, o desenvolvimento desta pesquisa se tornou possível.

Agradeço à toda equipe da RAPS de São João del-Rei pelo aprendizado proporcionado.

Agradeço aos pacientes por nós acompanhados, assim como seus familiares, que são também coautores deste trabalho. Aprendi muito com cada um de vocês.

Agradeço aos colegas do mestrado, em especial àqueles que acompanharam meu trabalho mais de perto, fazendo leituras conjuntas e contribuindo a todo o momento com seu desenvolvimento: Luiza Fernandes, Ana Carolina, Cecylia Moreira, Emanuel Proença, Juliana Guedes e Jessica Maíres. Obrigado por tudo!

Agradeço à professora Márcia Moraes pelas ricas contribuições que impulsionaram, de forma indispensável, o desenvolvimento do trabalho.

À UFSJ, em especial o PPGPSI, por ter me proporcionado uma formação qualificada.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Aos demais atores que, mesmo não mencionados, em rede, contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

*“Abandonai agora todas as vossas esperanças, pois não se fazem navegadores sem distanciar-se dos portos seguros. É preciso seguir estrelas”.*

Guilherme José da Silva e Sá

## **RESUMO**

O presente estudo partiu de uma pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2014), pode ser caracterizada como pesquisa social em saúde. Seu objeto de investigação foi o Acompanhamento Terapêutico (AT), uma modalidade de atenção aos sujeitos que apresentam sofrimento Psíquico, diferente dos modelos tradicionais de atendimento nesse campo, por buscar ir além da lógica institucional. Nessa modalidade de atenção, o território é incluído como potencialidade para que sejam feitas as ações terapêuticas. Trata-se de uma ação psicossocial, já que ela engloba o tratamento a partir da relação do sujeito com os elementos do cotidiano. Tal estudo permitiu traçar reflexões acerca dessa prática, contando com contribuições da Teoria Ator-Rede (TAR), referencial teórico e metodológico que sustentou seu desenvolvimento. Nesse sentido, buscou-se compreender, tanto a dimensão conceitual que caracteriza o AT, quanto o seu modo de fazer. O campo de ação sobre o qual se debruçou para o segundo foco de compreensão foi o acervo documental do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS), que mantém registrados dados de práticas de AT realizadas por um ano de trabalho, o que a caracteriza esta pesquisa, também, como pesquisa documental.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Teoria Ator-Rede; Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

The present study came from a qualitative research that, according to Minayo (2014), can be characterized as a social research about health. Its object of study was the Therapeutic Accompaniment (TA), a form of attention to individuals on mental suffering that differs from the traditional models of care in this field and goes beyond the institutional logic. In this mode of attention, the territory is included as potentiality for the therapeutic actions. It is a psychosocial action, since it encompasses the subject's relationship with elements of daily life. This study allowed us to outline reflections about this practice, with contributions of Actor-Network Theory (ANT) as the theoretical and methodological framework that supported its development. In this sense, we sought to understand the conceptual dimension that characterizes the TA and also its method. The field on which the second focus of understanding leaned was the documentary collection of the Nucleus of Study, Research and Intervention in Health (NEPIS), which has recorded TA practices data of one year of work, which also characterizes this research as documentary research.

**Key-words:** Therapeutic Accompaniment; Actor Network Theory; Mental Health.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
Considerações Iniciais .....	11
Percurso Metodológico .....	16
1    CAPITULO 1 - O Acompanhamento Terapêutico .....	25
1.1    Seguindo a literatura disponível: o que nos dizem os autores sobre a caracterização do AT? 26	
1.2    O AT em um processo de construção controverso .....	28
1.3    A teorização no AT .....	32
1.4    A loucura no tempo e no espaço .....	33
2    CAPITULO 2–O AT em Rede .....	37
2.1    Memórias .....	38
2.1.1    A pesca .....	42
2.1.2    O baile .....	43
2.1.3    O futebol.....	44
2.1.4    Por fim, memórias .....	44
2.2    Percurso que falam e fazem falar .....	46
2.3    Dispositivos .....	50
2.4    Psicologia e Recalcitrância.....	55
CONSIDERAÇÕES.....	63
REFERÊNCIAS.....	65

## LISTA DE SIGLA

AT	Acompanhamento Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
LAPIP	Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NELUS	Núcleo de Estudos em Ludicidade e Sociotecnologia
NEPIS	Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SILP	Serviços de Internação de Longa Permanência
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria Ator-Rede
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei

## INTRODUÇÃO

### Considerações Iniciais

O campo da saúde mental, como área de conhecimento e campo de atuação, encontra-se ainda em constante processo de mudança. As alterações ocorridas na legislação por meio da lei federal n.º 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários de serviços de saúde mental, redirecionaram o modelo assistencial a partir de serviços substitutivos aos hospitais. Tais mudanças permitiram que as internações em manicômios, que caracterizavam as práticas de exclusão social, dessem lugar a tratamentos em serviços inseridos no cotidiano dos sujeitos. Podemos destacar a portaria n.º 336/02, do Ministério da Saúde, a qual regulamenta o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico que possibilita a manutenção dos vínculos familiares e sociais, prezando pela atenção psicossocial dos usuários desse serviço.

Para Delgado (2016), essa é a principal portaria da Reforma brasileira, aparecendo como um efeito imediato da aprovação da lei que já tramitava por 12 anos no Congresso Nacional. Ela permite a reestruturação de toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fazendo valer dois pontos nevrálgicos no âmbito da Reforma: garantir o tratamento comunitário e reconhecer o paciente como um sujeito pleno de seus direitos civis. No entanto, Lancetti (2009) aponta que o mau funcionamento do CAPS pode se tornar um obstáculo, fazendo uma centralização da atenção em saúde mental com pouca abertura para o território e reproduzindo um tratamento exclusivamente ambulatorial. Amarante (2003) também aponta o risco dessa centralização, que pode fazer ocorrer o que chamou de *capsização* da Reforma brasileira, descaracterizando o movimento enquanto um processo social complexo, que engloba o cotidiano dos sujeitos.

Com muita tristeza, enquanto escrevo e reescrevo as linhas que compõem esta dissertação, presenciemos o que talvez seja o maior retrocesso diante a Reforma brasileira, desde a aprovação de sua Lei em 2001. A reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) decidiu pela aprovação de novas diretrizes para a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde (em dezembro de 2017) e o fez de forma arbitrária, sem consultar autoridades

competentes e sem diálogo com os civis. Tais medidas pretendem direcionar parte dos recursos da saúde mental para a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e ainda aumentar o financiamento de comunidades terapêuticas<sup>1</sup>.

Trata-se de um retrocesso sem precedentes, que pode desarticular toda a proposta da Reforma, com o sucateamento dos recursos extra-hospitalares. São consequências do Golpe de 2016<sup>2</sup>, das ações de um governo ilegítimo que tem atentado contra diversas conquistas até então asseguradas pela Constituição de 1988, como (i) a lamentável aprovação da PEC 241, transformada na Emenda Constitucional 95/2016, da Reforma Trabalhista (Lei n.º 13.467/17), (ii) a tentativa de implantar uma Reforma Previdenciária (PEC 287/2016), que penaliza principalmente a parcela mais carente da população, e (iii) ainda outras medidas que representam interesses de uma elite que pouco se importa com o bem-estar social e visa interesses próprios. Tudo isso nos mostra a necessidade de reafirmar nosso fazer acadêmico enquanto um elemento político, que possa se tornar ferramenta no enfrentamento de retrocessos como o que estamos vivenciando.

Destaco o Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS) da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – vinculado ao Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (LAPIP), como um grupo que apresenta essa potencialidade. O NEPIS vem coordenando ações vinculadas aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2007. Por meio de atividades de pesquisa e extensão, o NEPIS tem impactado a formação do futuro profissional da saúde de nossa universidade. Tem contribuído, também,

---

<sup>1</sup> Conhecidas também como clínicas de reabilitação ou fazendinhas comunitárias, essas, oferecem “tratamento” a usuários de álcool e outras drogas, em sua maioria, pautadas na abstinência e com sustentação em princípios religiosos.

<sup>2</sup> Tratou-se de um movimento de derrubada da presidenta Dilma Rousseff, legitimamente reeleita pelo povo em 2014. O golpe se inicia em 2015 e tem seu desfecho em 2016. Fez-se uso e abuso da elasticidade da constituição em busca de brechas para tentar tornar legal esse movimento, por meio de um processo de *impeachment* (Jinkings, Doria & Cleto, 2016). Muitos o defenderam como um processo legal, no qual o motivo seria o crime de responsabilidade que atentava contra a lei orçamentária e a lei de improbidade através do que foi chamado “pedaladas fiscais”. No entanto, assim como eu, há aqueles que acreditam ter se tratado de um golpe de estado que contou com articulações políticas, midiáticas e ainda o apoio Judiciário. Além do incomodo de alguns setores do estado com os processos de democratização que vinham acontecendo nos últimos 12 anos em nosso país, essa derrubada significou também a tentativa de “estancar a sangria”, frase dita pelo senador Romero Jucá, em um diálogo gravado entre ele e o ex-presidente da Traspetro, Sérgio Machado. Na conversa, referiam-se à necessidade de derrubar a presidenta Dilma e colocar em seu lugar Michel Temer, em um grande pacto nacional para barrar as investigações da Operação Lava Jato.

com a educação permanente das equipes envolvidas, influenciando na dinâmica e na organização dos serviços oferecidos à população de São João del-Rei e região.

Meu interesse em desenvolver pesquisas na área da saúde, assim como meu posicionamento ético e político em relação à saúde mental, constitui-se a partir do envolvimento com esse núcleo. O ingresso no NEPIS em 2012 me possibilitou acompanhar uma série de situações e experiências que englobam os diferentes contextos da saúde. Essas experiências passaram pela participação em ações junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), CAPS e sua relação com outros serviços da rede<sup>3</sup>, pelo desenvolvimento de um projeto de iniciação científica<sup>4</sup>, pela participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes) e, ainda, por uma vasta leitura acompanhada de discussões em supervisão. Tudo isso se tornou terreno fértil para que questões de pesquisa relacionadas às diferentes dimensões do campo da saúde pudessem emergir. Podemos falar desses diferentes contextos a partir de Amarante (2007) que coloca quatro dimensões pelas quais a Reforma Psiquiátrica se estrutura, sendo elas: jurídico-política, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sociocultural.

A dimensão jurídico-política possui como principal aspecto a reformulação da legislação referente à saúde mental que, coerente com os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e com a lei n.º 8080/90, promulgou a já citada lei n.º 10.216/01, assim como a portaria ministerial n.º 336/02. Podemos destacar, também, (i) o Programa de Volta para Casa, que se sustenta na lei n.º 10.708/03 e na portaria n.º 2.007/03, destinado a pessoas com dois anos ou mais de internação psiquiátrica, de maneira especial os que se encontravam em Serviços de Internação de Longa Permanência (SILP), e (ii) o direito a receber um benefício

---

<sup>3</sup> Trata-se das atividades oferecidas pelo programa de extensão “Sistema de Saúde e Educação: estreitamento dos laços e ações conjuntas” (Laços e Ações), parte integrante do NEPIS. Dentre as diferentes atividades já realizadas pelo programa, aqui faço referência ao período de setembro/2012 a dezembro/2013 que contou com: territorialização de bairros, promoção de ações intersetoriais entre as diferentes secretarias municipais, coordenação de grupos de prevenção e combate ao tabagismo proposto pelo Ministério da Saúde e, ainda, atuação junto a lideranças comunitárias para solução de problemas do cotidiano, como precariedade da coleta de lixo e outros questões ligadas ao saneamento básico.

<sup>4</sup> Intitulado “As Diferenças Metodológicas entre Ações de Inclusão Digital de Usuários de Serviços de Saúde Mental”, o projeto teve como o objetivo investigar como as tecnologias da informação e comunicação têm sido utilizadas no campo da saúde mental, a partir de quatro instituições que têm feito uso dessa ferramenta no referido campo: projetos de extensão de duas universidades federais, um serviço público de saúde mental e uma organização não governamental. A pesquisa se desenvolveu de março de 2014 a fevereiro de 2015 e foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).

financeiro mensal garantido pela lei n.º 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS).

A dimensão técnico-assistencial diz respeito à reestruturação dos serviços oferecidos. Nesse sentido, os CAPS aparecem como dispositivos estratégicos, inseridos no território, mantendo constante diálogo com outros elementos do campo social. Os CAPS se diferenciam dos antigos ambulatórios de saúde mental (Bezerra, 1987) porque tomam como princípio uma perspectiva terapêutica, que se alia à inserção na cidade caracterizando uma abordagem comunitária (Melo, 2013).

A dimensão teórico-conceitual refere-se à necessidade de se romper com as teorias e conceitos estabelecidos no âmbito da psiquiatria clássica, sobretudo as noções de degenerescência, embotamento afetivo e periculosidade, privilegiando os conceitos de reabilitação psicossocial (Pitta, 1996) e de território (Santos, 2005). Trata-se, então, de uma mudança de paradigma, que segundo Amarante (1995), coloca a desinstitucionalização enquanto condição de tratamento, o que significa:

tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (p. 494).

Por fim, a dimensão sociocultural busca criar mecanismos de interação social, possibilitando uma gradual mudança de mentalidade e representação em relação à loucura. Nesse sentido, podemos levantar uma série de práticas que contam com atividades artísticas e culturais, como: (i) as comemorações do dia 18 de maio (Dia da Luta Antimanicomial) que acontecem por todo o país com manifestações culturais diversas – desfiles em blocos de carnaval e escolas de samba; (ii) formação de grupos musicais organizados por usuários e profissionais dos serviços, como, Harmonia Enlouquece, Sistema Nervoso Alterado, Black Confusion, Os Impacientes; (iii) no teatro e no cinema, há grupos como Sapos e Afogados e Pirei na Cenna... Enfim, há uma infinidade de trabalhos que nos dizem desta dimensão.

Tomando como base o direcionamento apontado por essas dimensões e as demandas emergentes a partir de trabalhos anteriores, tivemos a aprovação, em edital, da proposta para

desenvolver um trabalho através do PET-Saúde/Redes, para o período de 2013 a 2015<sup>5</sup>. Trata-se de um programa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, que tem como objetivo aproximar a formação acadêmica com o processo de trabalho. Suas ações se fazem mediante a articulação de profissionais atuantes e alunos de graduação, possibilitando, a esses estudantes, uma formação pautada na realidade dos serviços públicos de saúde e, aos profissionais, a oportunidade repensar sua prática e de qualificar sua formação enquanto preceptores do programa. No primeiro ano de projeto, tomamos como objetivo o estreitamento da relação entre a equipe do CAPS de São João del-Rei e as equipes das ESF, a partir de ações de matriciamento em saúde mental. No segundo ano, passamos a realizar práticas de Acompanhamento Terapêutico (AT).

Foi a partir desse segundo ano de trabalho que o presente projeto passou a ser pensado. Os diversos questionamentos levantados diante dos acompanhamentos realizados, as leituras e discussões que fizeram parte da supervisão, as orientações do tutor e ainda meu interesse pela temática culminaram com a construção da proposta desta pesquisa. Entendendo que as práticas de AT buscam dialogar com os pressupostos do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, ou seja, priorizam o território como estratégico para a atenção em saúde mental, considere relevante articular a experiência de AT que tivemos no NEPIS com a dimensão da pesquisa, buscando proporcionar reflexões sobre o campo da saúde mental, pautadas em nossas práticas.

Para tal, contei com o referencial teórico e metodológico da Teoria Ator-Rede (TAR), que também se relaciona com a minha trajetória acadêmica. Paralela à minha participação como estagiário e bolsista de iniciação científica no NEPIS, empreendia esses mesmos movimentos enquanto membro, desde 2011, do Núcleo de Estudos em Ludicidade e Sociotecnologia (NELUS<sup>6</sup>) da UFSJ, também vinculado ao LAPIP. É importante salientar que esse núcleo é um grupo potente, compromissado com uma formação crítica e reflexiva. Junto a tal grupo, passei a conhecer a abordagem teórico-metodológica da TAR, tendo a oportunidade

---

<sup>5</sup> Edital da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) n.º 14, de 8 de março de 2013, PET-Saúde/Redes 2013-2015.

<sup>6</sup> Coordenado pela Professora Maria de Fátima Aranha de Queiroz e Melo, o grupo de pesquisa NELUS surge a partir da inauguração da brinquedoteca da UFSJ em 2003. Desde então, o grupo vem desenvolvendo, a cada ano, projetos de pesquisa e extensão, pautados na intervenção psicossocial. Tem, como pano de fundo, discutir ações da psicologia a partir da relação dos sujeitos com a ludicidade e a sociotecnologia, com mediação de brinquedos, jogos tradicionais e jogos digitais, dentre outros dispositivos.

de desenvolver um projeto de iniciação científica sob essa perspectiva<sup>7</sup>. A partir de leituras e discussões que problematizavam a relação entre humanos e não humanos e suas implicações para a psicologia, ficou difícil não pensar as ações por mim desenvolvidas no NEPIS levando-se em consideração essas reflexões. A pesquisa que aqui relato é fruto desse processo, sendo um ponto de encontro dos dois caminhos por mim percorridos.

Este trabalho teve o objetivo de investigar como se dá a relação terapêutica a partir do AT, uma estratégia de atenção em saúde mental que difere dos modelos com os quais tradicionalmente a psicologia clínica e a psiquiatria operam. Ao se valer dos espaços abertos como estratégia de intervenção, o AT passa a contar com uma multiplicidade de agentes, que vão permear a relação terapêutica. Busquei, então, tentar compreender tais intervenções, extrapolando a tradicional relação dual terapeuta-paciente, levando-se em consideração, humanos e não humanos em interação. É válido ressaltar que, para fins desta pesquisa, a expressão “não humanos” diz respeito a aquilo que, mesmo não sendo humano, compõe nossa humanidade, aparecendo no AT como um agente que pode ser percebido enquanto componente de uma interação.

## **Percurso Metodológico**

O campo no qual a presente pesquisa se desenvolveu a caracteriza como uma pesquisa social em saúde, conceituada por Minayo (2014) como *todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, na sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários* (p. 47). Segundo a autora, as propostas de pesquisa que se encontram nessa temática são, necessariamente, de caráter qualitativo, em decorrência da complexidade dos fenômenos da saúde, da vida social e da rede de sentidos e significados pela qual é composta. Assim, lanço mão da TAR como referencial

---

<sup>7</sup> Intitulada “*The Sims: o jogo como potencializador do processo identitário de adolescentes abrigados*”, esta pesquisa se desenvolveu em uma *Lan House*, que funciona com oficinas ofertadas a diferentes públicos da comunidade de São João del Rei e região. Foram realizadas oficinas lúdicas mediadas por jogos eletrônicos, tendo como público, adolescentes e pré-adolescentes de duas Casas Lares. O jogo de simulação *The Sims*, frequentemente acionado, foi cenário para a investigação sobre as trocas que se construíram entre o jogo e os jogadores, com efeitos para a construção identitária dos participantes destas oficinas. A pesquisa se desenvolveu de março de 2013 a fevereiro de 2014 e foi financiada pela FAPEMIG.

teórico e metodológico, por considerar que seus pressupostos estão em coerência com a dinâmica do campo.

ATAR nasce a partir de um grupo bastante diverso de estudiosos, composto por sociólogos, engenheiros, antropólogos, filósofos, dos quais podemos destacar Bruno Latour, John Law, Annemarie Mol e Michel Calon, dentre outros. Nasce como uma proposta metodológica com a qual se operam diversos estudos sobre a ciência e a sociedade, mas ganha também status de teoria diante da riqueza dos conceitos apresentados e da forte crítica ao pensamento moderno (Freire, 2006). A partir dessa crítica busca superar as grandes divisões que são características da modernidade, ou seja, a separação entre natureza e cultura, sujeito e objeto, indivíduo e sociedade, normal e patológico, verdadeiro e falso, humanos e não humanos.

Buscar a superação de pressupostos ancorados nas grandes divisões implica em repensar aquilo que denominamos de social/sociedade. Como nos diz Law (1992), na TAR, o social deve ser entendido como redes heterogêneas, das quais fazem parte pessoas, objetos, edificações, animais, textos, leis, princípios filosóficos, ou seja, tudo aquilo que tem potencial de ação, que pode modificar a rede a qual faz parte e, por consequência, modificar a si mesmo. Diferente das concepções tradicionais, que a concebem a sociedade a partir das relações prioritariamente humanas, aqui, deixamos de ser o centro das atenções, passando a ser vistos de forma simétrica como mais um dos diversos atores que, em rede, configuram o social. Latour (2000) propõe ainda que utilizemos o termo *actante* por ser mais adequado, uma vez que o termo ator remete a centralidade no humano.

Latour (2006; 2012) busca demarcar a diferença entre a forma como tradicionalmente a sociologia tem concebido a sociedade, o que chamou de sociologia do social, e a maneira defendida pela TAR, o que denominou de sociologia das associações. Para o autor, na primeira concepção, o social aparece como um bloco homogêneo no qual as relações humanas se estabelecem, sendo invocado com frequência como explicação última dos fenômenos. São comuns jargões como: “por influência do social”, “trata-se de uma questão social”, sem que o conceito seja problematizado. A segunda concebe o social como fruto de conexões heterogêneas que não nos servem para explicar os fenômenos. Ao contrário, são as conexões que devem ser rastreadas, mapeadas e explicitadas em suas especificidades a partir dos efeitos que provocam em rede.

Diante dessa colocação, de que forma a TAR nos pode ser útil em um programa de pesquisa em Psicologia? De maneira mais específica, de que forma ela poderia nos ajudar a conduzir uma pesquisa, que tem como campo práticas de AT já realizadas por um determinado grupo de trabalho? Essas questões nos ajudam a redesenhar os caminhos que percorri na escolha e desenvolvimento do objeto e na realização da pesquisa.

Tomei como objetos de investigação as ações desenvolvidas pelo NEPIS, em um recorte específico: uma parte do trabalho realizado a partir do PET-Saúde/Redes. No início dos trabalhos com o AT, havia uma lista com 104 usuários catalogados pela equipe do CAPS, dos quais, 53<sup>8</sup> foram atendidos pela ESF de referência a partir do matriciamento e, desses, 15 foram selecionados para participar do AT. A seleção dos usuários se deu em negociação entre a equipe do CAPS, a equipe do NEPIS, familiares e o próprio usuário, sendo priorizados os casos que apresentavam maior demanda de atenção psicossocial. Os acompanhamentos foram realizados semanalmente por duplas ou trios de estagiários dos cursos de Psicologia, Medicina e Biologia da UFSJ. Semanalmente, também foram realizadas (i) supervisões de campo com as preceptoras que atuavam nos serviços e (ii) supervisões acadêmicas com o professor tutor do programa.

Cada dupla ou trio de acompanhantes era responsável pelos registros, em diários de campo, das ações empreendidas no trabalho desenvolvido. Esses diários continham informações técnicas e objetivas de cada caso, impressões pessoais dos estagiários e descrição dos percursos, das intervenções, situações e falas dos acompanhados, familiares, profissionais e demais envolvidos. Mesmo com toda essa riqueza de informações, esses registros ficaram desorganizados por um período, apenas sobre posse de cada acompanhante.

Quando me interessei por esse material com a intenção de defini-lo como *corpus* de investigação, foi preciso dar forma àquilo que, embora já registrado, encontrava-se disperso. Como memórias distantes, desconectadas e desarticuladas, a riqueza e a potência que os diários guardavam e ainda guardam, correram o risco de se perderem com o tempo. Nesse caso, minha proposta de pesquisa aparece como um *actante*, que, em rede, começa a mobilizar outros atores a fim de dar forma e sentido aos fragmentos do diário.

---

<sup>8</sup> Os motivos pelos quais houve 51 impossibilidades de atendimento, estão: pacientes que já haviam falecido e ainda estavam cadastrados no serviço (5), mudança de cidade (11), erro ou ausência de dados cadastrais que impediram a localização do usuário (20) e pessoas que não quiseram participar (15).

A difícil tarefa de mobilizar a rede com a qual estavam conectados esses diários não se concretizaria sem o apoio de Karolina, colega de estágio no NEPIS, hoje também já formada e colega de profissão, que inclusive atua na RAPS de São João del-Rei. Karolina não mediu esforços para organizar os diários em um documento mais palpável, conectado e articulado. Foram muitas as negociações com os colegas, que em decorrência de suas outras inúmeras conexões, por vezes se atrasavam ou esqueciam de mandar os arquivos. Em meio a diários atrasados, prazos perdidos, cobranças, *pen drivers* em mau funcionamento, e-mails que desapareceram com o anexo, arquivos corrompidos e diversas outras situações, os registros que viriam a se tornar meu campo de investigação ganharam forma e se materializam em um documento extenso, com aproximadamente 300 páginas de memórias registradas. Medos, dúvidas, certezas, incertezas, anseios, receios, tensões, pressões, explicações, agora, poderiam fomentar minha proposta de investigação, podendo ser revisitados, repensados, misturados a novas associações, a fim de ganhar um novo sentido.

Para Minayo (2014), essa é a riqueza de lançar mão de diários de campo como ferramentas em nossas pesquisas. As contradições entre falas e comportamentos observados, as impressões pessoais dos pesquisadores, o próprio movimento de organização dos diários, fazem de nossas pesquisas qualitativas mais coerentes com a dinâmica do campo social. Assim, embasado na TAR, busquei me conectar com as práticas de AT realizadas por nós do NEPIS, a partir desses registros, estando atento para as diferentes formas de tentar compreender seus sentidos, seguindo os atores envolvidos e permitindo que falem por si mesmos (Latour, 2004; 2012). Nessa perspectiva, procurei descrever a forma como as conexões se estabeleceram e como e quais efeitos produziram, a partir dos rastros deixados no processo.

No entanto, para fazer valer toda essa potencialidade, foi preciso me conectar com esse conteúdo, sem ter medo de me afetar. Como sugere Moraes (2010), é preciso *pesquisarCOM*, o que significa fazer, de cada autor dessas memórias, parceiros na atividade da pesquisa. Isso significa, também, romper com um modelo com o qual por muito tempo se fez pesquisa em Ciências Humanas, no qual o pesquisador procura se manter distante, desinteressado, buscando uma suposta neutralidade e objetividade. Na ânsia de superar esse modelo, trago esses registros como quem conta histórias, convocando cada personagem nelas envolvido a COMpor comigo o trabalho que aqui se segue. Como defendem Moraes e Tsallis (2016), o

fazerCOM, pesquisarCOM e escreverCOM representam o compromisso ético, político e epistemológico dos modos de se fazer pesquisa na atualidade. Busco, assim, manter uma dinâmica na escrita, que seja coerente com este COMpromisso.

Cada memória revisitada e cada história aqui contada serão lidas como traduções que, segundo Law (1992), são transformações, novas configurações entre elementos que não se misturavam e, quando conectados, passam a apresentar algo novo, mas sem deixar de manter algo daquilo que tinham antes. Explorando os diários de campo, trago traduções das histórias que os compõem, histórias dos acompanhamentos realizados por mim e por meus colegas, que agora podem ganhar uma nova configuração.

É interessante pensar que minha própria trajetória acadêmica representa um processo de tradução/conexão entre dois núcleos de pesquisa, NELUS e NEPIS, os quais, embora desenvolvendo atividades distintas, permearam minha formação e trouxeram para este trabalho algo novo, que não se conectava e, aqui, traduz-se com elementos de ambos. Há, nesse sentido, convergência com o que nos diz Minayo (2009; 2014), quando afirma que a construção do conhecimento se faz de forma cíclica, pois os caminhos aos quais nossas investigações nos levam têm caráter provisório e nos coloca frente a novos questionamentos. Seguindo essa perspectiva, a autora sustenta que o processo de trabalho em pesquisa qualitativa pode ser direcionado por meio de três etapas básicas, sendo elas: fase exploratória, trabalho de campo e tratamento do material empírico e documental.

A fase exploratória representa os primeiros movimentos da construção de uma proposta de investigação. Nesse primeiro momento, os temas que se pretende pesquisar são desenhados, assim como os objetos e os objetivos a serem explorados dentro da referida temática, levando-se em conta o referencial teórico pelo qual o pesquisador pretende se apoiar. Trata-se da etapa que dá sustentação a uma proposta em construção. No caso da presente pesquisa, esses movimentos já se iniciam a partir das práticas de AT das quais participei e foram aprimorados com a construção do projeto de qualificação no primeiro ano do mestrado.

O trabalho de campo é o segundo momento com o qual o pesquisador se mobiliza em sua trajetória. Ir a campo, neste trabalho, significou ir até as memórias dos acompanhamentos, reconhecendo-as em sua capacidade de *tornar presente aquilo que está ausente e essa ausência, registrada no tempo, pode se tornar um Agora através da evocação do outrora* (Guilarduci, Almeida & Vasconcelos, 2016, p. 223).

A terceira fase corresponde à maneira como o pesquisador busca trabalhar o conteúdo com o qual se conectou em campo. Minayo (2014) ressalta que, nessa etapa, as perspectivas adotadas devem possibilitar ao pesquisador *o aprofundamento de sua pergunta central e de suas perguntas sucessivas, levantadas a partir do encontro com seu objeto empírico ou documental* (p. 300). Não devem, portanto, ser utilizadas de forma rígida, frente ao conteúdo estudado; as perspectivas, ao contrário, devem ser mediadoras, criando condições para que haja melhor compreensão desse conteúdo. Há, nesse sentido, a intenção de compreender a relação terapêutica no AT, também como processos de tradução e de transformação dos sujeitos acompanhados, dos acompanhantes, das famílias, dos serviços, ou seja, de toda a rede na qual se fez o AT.

Pensando ainda nos percursos pelos quais passam o pesquisador durante desenvolvimento de uma investigação, Latour (1985) traçou alguns caminhos que podem nos orientar durante esse processo. Para o autor, toda prática científica é de algum modo fruto desses movimentos, em que as realidades estudadas são mobilizadas e se tornam passíveis de experimentações, comparações e articulações. Durante o processo de realização da pesquisa, tomei como guias as seguintes estratégias:

1. Mobilizar a realidade: significa transportar quaisquer estados do mundo, ou seja, nossos objetos de estudo, para um lugar (o laboratório, o escritório, a universidade) onde poderão ser trabalhados pelo pesquisador.
2. Fixar as formas: de modo que o conteúdo a ser mobilizado se mantenha minimamente estável durante o processo de mobilização.
3. Achatar os dados: traduzindo-os de tridimensionais para bidimensionais, podendo ser expostos como um documento, tornando-os passíveis de comparação.
4. Variar a escala: possibilitando apropriar-se tanto daquilo que seria infinitamente grande quanto infinitamente pequeno. Isso se dá com a transposição de nossos objetos de estudo para meios em que se tornam palpáveis.
5. Recombinar e superpor os traços: fazendo aproximações e comparações, propondo diálogos e tensões com outras produções que até então se mantinham distantes.

6. Incorporar a inscrição em um texto: aqui o pesquisador estabelece diálogo com a comunidade científica, tornando pública sua produção.
7. Fundir com a matemática: tornar possível que o conteúdo inscrito seja lido a partir de dados, gráficos, tabelas ou figuras.

O que representam tais movimentos a partir do trabalho que desenvolvi e dos caminhos que percorri na realização desta pesquisa? Qual realidade me dispus a mobilizar? Com qual finalidade? De que forma? As atividades de pesquisa no campo de psicologia, sobretudo as que operam com metodologias qualitativas, buscam mobilizar a realidade que pretendem investigar, a partir da inserção no campo onde se encontram seus objetos de investigação, seja por meio da observação participante, grupos focais, e ainda outras. Como estratégia de fixação das formas, geralmente são utilizadas ferramentas e técnicas, como entrevistas, questionários, confecção de diários de campo, recursos de gravação audiovisual, ou seja, busca-se por estratégias que auxiliem no transporte dos fenômenos a serem estudados, garantindo minimamente que eles não se percam entre o momento em que se está em campo e o momento em que serão trabalhados pelo pesquisador. Dessa forma, é possível transformar os conteúdos a serem investigados em móveis imutáveis (Latour, 1985).

Achatar os dados significa transformar as falas, as entrevistas, áudios e vídeos em textos transcritos, tornar o fenômeno fisicamente palpável. Pensando em nossa proposta, como se apropriar de nosso objeto de estudo, ou seja, da relação terapêutica e dos processos de subjetivação que se fizeram durante os acompanhamentos, se não pela descrição, transcrição e transformação deste processo em documentos? Para Latour (1985), é este o papel das técnicas de inscrição. Nos acompanhamentos realizados por mim e pelos colegas do NEPIS, os diários de campo foram essa ferramenta, trazendo em seu conteúdo a realidade mobilizada (descrição dos acompanhamentos), achatada e em escalas variadas (falas, observações e percepções, transformadas em textos e organizadas como documentos que agora compõem o acervo do NEPIS).

Então, passei a explorar esse documento, encarando-o tal como um cientista manipula os elementos em um laboratório (Latour, 2012), fazendo articulações, comparações, propondo diálogos e tensões, por meio de uma leitura exaustiva de seu conteúdo, lançando um olhar para a relação terapêutica como uma rede da qual participam humanos e não humanos. Em relação

aos dois últimos pontos da estratégia adotada, este próprio texto, a banca de defesa desta dissertação e publicações futuras que a ele venham se relacionar representam os meios pelos quais busco estabelecer o diálogo com o campo social e com a comunidade acadêmica, seja por meio da apresentação de trabalhos em eventos científicos, da publicação de artigos em revistas especializadas ou do diálogo com serviços públicos.

O trabalho está organizado em duas partes. Na primeira, procurei fazer uma caracterização da prática de AT, buscando refletir sobre as bases que propiciaram seu surgimento, os caminhos e trajetórias pelos quais se fez, as mudanças de nomenclatura pelas quais passou, ressaltando as consequências políticas e epistemológicas desses movimentos. Com as contribuições de Venturini (2009; 2010), lancei um olhar para este trajeto, tomando o AT como um ator-rede (Latour, 2012), ou seja, considerei o AT como um fenômeno controverso, em um processo de construção se faz em meio a uma multiplicidade de elementos.

A partir das leituras realizadas durante o percurso da pesquisa, foi possível reconhecer as tentativas de teorização dessa prática e de caracterização de uma identidade profissional. Busquei também, nesta primeira parte, situar a relação do AT com os movimentos que culminaram com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, concebendo o AT como herdeiro desses movimentos. Já em transição para a segunda parte, situo brevemente a relação da loucura com o espaço, apontando alguns desdobramentos dessa relação como consequência dos modos de pensar o sujeito, a sociedade, a natureza, a cultura, a ciência etc.

Na segunda parte, abordei as redes com as quais se fizeram os acompanhamentos realizados pelo NEPIS. Os registros que compõem o acervo documental deste grupo são fruto de muitas memórias. Memórias minhas e dos colegas que também fizeram parte dessa experiência. Trago tais registros como narrativas de histórias únicas e singulares. Vale a pena ressaltar que os sujeitos que fizeram parte destas práticas de AT trazem, em sua trajetória, um histórico de exclusão<sup>9</sup> da vida cotidiana e, a partir de tal experiência, puderam interagir com o território, com diversos estabelecimentos, com outras pessoas para além das que já se relacionavam e com uma variedade de outros elementos.

---

<sup>9</sup> Um dos critérios levados em consideração para decidir quais sujeitos que já haviam sido atendidos e, em um segundo momento, fariam parte do AT, foi a pouca apropriação que faziam do território. Dentre os acompanhados, havia pessoas que nunca tinham visitado o centro de São João del-Rei, pessoas que tinham seu percurso limitado ao entorno da própria casa e aqueles cujos vínculos se restringiam às equipes dos serviços de saúde.

A relação desses sujeitos com a cidade foi explorada não no sentido dual, onde há, de um lado, a realidade concreta a ser conhecida e, na outra ponta, o sujeito, dotado de uma interioridade que conhece, mas nas tramas que produzem uma subjetividade em interação (Rodrigues & Baptista, 2010). Procurei fazer dos relatos que narram essa interação, uma ação política, *no sentido de possibilitar a emergência de formas outras de narrar e de encarar o passado, tomando-o não como homogêneo e vazio, mas fundando uma experiência com ele e, assim, tornando-o repleto de 'agoras', de acontecimentos inusitados, que podem interpelar nosso presente* (Ribeiro & Baptista, 2016 p. 387).

Ressalto ainda que todos os cuidados éticos para a realização da pesquisa e construção do texto foram tomados. Após a aprovação na banca de qualificação e atendidas as sugestões dos avaliadores, tomei as medidas cabíveis junto a Plataforma Brasil, por meio da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPES) da UFSJ. Feitos os ajustes necessários e atendendo aos critérios exigidos, tive o aval para dar sequência aos trabalhos. Todos os sujeitos que, direta ou indiretamente, compõem o texto que segue tiveram suas identidades resguardadas, sendo os nomes que aparecem no texto fictícios em decorrência dessa finalidade.

## 1 CAPÍTULO 1 - O Acompanhamento Terapêutico

*Uma foto, uma foto*

*Estampada numa grande avenida*

*Uma foto, uma foto*

*Publicada no jornal pela manhã*

*Uma foto, uma foto*

*Na denúncia de perigo na televisão*

*A placa de censura no meu rosto diz:*

*Não recomendado à sociedade*

*A tarja de conforto no meu corpo diz:*

*Não recomendado à sociedade (...)*

Caio Prado – Não recomendado

## 1.1 Seguindo a literatura disponível: o que nos dizem os autores sobre a caracterização do AT?

Como uma versão mais didática e menos complicada dos princípios da TAR, Venturini (2009; 2010) condensa algumas estratégias para seguir os fenômenos em meio à complexidade do tecido social. Segundo ele, quando nos colocamos diante de tal tarefa, devemos observar *os atores-redes, isto é, as configurações transitórias onde os atores estão renegociando os laços de redes antigas e o surgimento de novas redes está redefinindo a identidade dos atores* (Venturini, 2009 p. 264, tradução nossa). Para tal tarefa, o autor apresenta algumas lentes de observação, que, mais do que um guia metódico, são instruções para quem quer seguir situações controversas. Para compreender em que consiste o AT, vamos nos valer de uma dessas lentes, que diz que devemos ir das afirmações à literatura, mapeando a rede de referências disponíveis, revelando como os diferentes discursos e concepções se articularam para caracterização do fenômeno observado.

O fenômeno sobre o qual estamos nos debruçando é o AT, que vem sendo utilizado no campo da saúde mental como uma proposta diferenciada de atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico. São várias as definições que nos dizem sobre essa prática. Lancetti (2009) a denomina de clínica peripatética, em virtude do mesmo sentido dado à prática filosófica do liceu aristotélico (385-322 a.C.), em que se fazia filosofia enquanto caminhavam. Barretto (1997) trabalha o AT como um procedimento clínico que utiliza o cotidiano do sujeito como potência simbólica. Palombini (2006) conceitua o AT como um dispositivo clínico-político. Reis Neto (1995) diz que o AT, além de uma técnica, configura-se como um campo de intervenção, entre outras conceituações.

Apesar das diferentes concepções, que se aproximam em alguns aspectos e se afastam em outros, o AT pode ser caracterizado por se fazer fora dos espaços que, por muito tempo, eram exclusivamente locais de tratamento, a saber: as clínicas fechadas e as instituições psiquiátricas. Seu *setting*<sup>10</sup> diferenciado cria condições para que ocorra uma ampliação das relações entre o terapeuta e o paciente acompanhado, usando como potencialidade o território em que estão inseridos, a casa do paciente, as praças da cidade, cinemas, mercados, ou seja, os

---

<sup>10</sup> A partir de Lancetti (2009), o *setting* é entendido aqui como o espaço, situação ou cenário, no qual o processo terapêutico se faz.

espaços e acontecimentos da vida cotidiana (Barretto, 1997; Reis Neto, 1995; Simões e Kirschbaum, 2003; Palombini, 2006).

Vários relatos de experiência trazem um pouco de como a clínica no espaço aberto pode se valer dos elementos do cotidiano. Melo (2009), em seu texto intitulado *A Reta e a Curva: cidade e subjetividade* descreve uma de suas experiências como acompanhante terapêutico, em que utiliza, como potencialidades, as dimensões do espaço por onde caminhava semanalmente durante o acompanhamento. Ao perceber que caminhar por locais curvos ou retos trazia modificações na forma como o sujeito organizava sua fala, o autor passou a estruturar o projeto terapêutico a partir dessa relação do sujeito com o espaço, valendo-se de referenciais que lhe deram condições de pensar a clínica no espaço aberto.

Aqui, busco fazer uma leitura do AT considerando-o como um Ator-Rede que, segundo Latour (2012), é aquilo que age e faz agir impulsionado por uma rede complexa composta por um amplo conjunto de entidades. Eis aqui o sentido da metáfora do ator em uma peça de teatro que, ao atuar, nunca o faz sozinho. Desde a organização arquitetônica do teatro, até as fichas impressas para memorização das falas, há uma gama de elementos que atuam em conjunto para produzir o personagem. A disposição dos assentos da plateia, a organização do cenário, os recursos de som e iluminação, a direção da peça, enfim, poderíamos elencar detalhadamente cada elemento que, de forma muito singular, é indispensável para o desenvolvimento de uma atuação. É, nesse sentido, que Latour é categórico ao defender que nenhum ator age sozinho. Assim, aquilo que age pode ser entendido tanto quanto ator, mobilizando ação e produzindo efeito, como rede, sendo também fruto de múltiplas conexões. O hífen na expressão Ator-Rede não é aleatório e busca expressar esse sentido.

Assim, o AT é um ator, pois mobiliza ação e produz efeitos: redireciona um sentido estabelecido e estagnado de tratamento em saúde mental, modifica a lógica de funcionamento de instituições, impacta a vida dos usuários atendidos e seus familiares, transforma a relação dos usuários com seu território e a percepção que a comunidade tem sobre ele, dentre diversos outros possíveis desdobramentos. É também uma rede, pois cada ação que mobiliza se faz mediante um emaranhado de conexões que, em conjunto, possibilitaram a configuração do AT: toda a legislação do SUS e da Reforma Psiquiátrica, que autorizam um modelo diferenciado de tratamento; os serviços substitutivos aos hospitais, que, buscando romper como os muros das instituições, tornam possível o uso do território como campo de atuação;

os princípios filosóficos e teóricos, que tencionam conceitos como o de loucura, saúde, doença e permitem repensar os modos de atuação no campo.

Encarar o AT como um Ator-Rede é o que nos permite tomá-lo como objeto de investigação a partir da TAR, uma vez que, sendo rede, permite-nos encará-lo como fruto de conexões rastreáveis. Neste primeiro momento, passaremos a tais conexões, dando destaque aos imbrólios pelos quais essa prática se emaranhou até a chegada do conceito que hoje temos. Depois, voltaremos nossos olhares para o AT realizado pela equipe do NEPIS, buscando uma compreensão ainda mais singular diante das práticas que realizamos.

## **1.2 O AT em um processo de construção controverso**

O AT tem suas primeiras experiências em meados da década de 50, nos EUA e na Europa, frente a um contexto em que começam a ocorrer mudanças significativas nos métodos de atenção à saúde, em comparação às práticas adotadas nos manicômios clássicos (Silva & Silva, 2006). No Brasil, o AT surge influenciado pela experiência argentina que, mobilizada pelos movimentos da psiquiatria social inglesa, buscava por modelos que se propunham a romper com a lógica manicomial.

As primeiras experiências brasileiras datam do início da década de 60 com a abertura da Clínica Pinel em Porto Alegre, que funcionava tanto em regime de internação quanto de hospital-dia. Nesse início, denominado de Atendente Psiquiátrico, o acompanhante tinha, como função, cuidar em tempo integral dos pacientes psiquiátricos em seu dia a dia. Esse cuidado passava pela administração dos medicamentos, pela atenção à higiene básica, pela participação nas atividades que a clínica oferecia e pelo contato do paciente com outros espaços fora do hospital (Reis Neto, 1995). Com uma função muito próxima a de um enfermeiro tradicional, o autor ressalta que a função do Atendente Psiquiátrico não se resumia à primeira. O vínculo estabelecido entre o atendente e o paciente já se colocava como um elemento importante para marcar a diferença dessas funções. Através desse vínculo, considerava-se importante buscar estratégias de atenção a esses sujeitos, que não se fizessem pela repressão e pelo silenciamento de sua experiência, a qual não seguia uma norma

estabelecida, convocando assim o atendente a ter uma postura de escuta e diálogo com a loucura.

Assumir tal postura em uma clínica de saúde mental não seria possível sem uma concepção de tratamento que permitisse tal atitude. Essa concepção se deu a partir do programa de comunidades terapêuticas<sup>11</sup>, que marca a criação dessa clínica, fazendo dela uma estratégia importante para se pensar a atenção em saúde mental no cenário brasileiro. Assim como em diversos países da Europa e na Argentina, pautado na ideia de que a contenção e a medicalização não configuram tratamento, o modelo pretendido pelas comunidades defende o tratamento pela humanização. Na base para o funcionamento dessas comunidades, estavam práticas e terapias ocupacionais e em grupo, trabalhos culturais e artísticos, por meio das quais se buscava criar uma atmosfera terapêutica na relação entre os pacientes e a equipe profissional (Teixeira, 2012). É importante destacar que a comunidade terapêutica da qual nos referimos aqui diz respeito às estratégias de reestruturação e democratização dos hospitais, que, entre os anos 50 e 60, colocou em cheque a efetividade de um tratamento pautado na hierarquia entre o saber psiquiátrico e as experiências dos internos. Como nos diz Amarante (2007):

Cabe ainda ressaltar que esta proposta original e inovadora, não tem nenhuma relação com as atuais ‘fazendas’ e ‘fazendinhas’ de tratamento de dependência de álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – “comunidades terapêuticas” para ganharem legitimidade social e científica (p. 43).

No contexto em que a Clínica Pinel buscava assumir essa postura, o Atendente Psiquiátrico aparece, então, para ser um facilitador destes movimentos. A equipe dos atendentes era composta por estagiários do curso de medicina e, em sua maioria, por leigos, ou seja, quaisquer pessoas sem formação superior que procuravam emprego. Para Reis Neto (1995):

O fato de não pertencer a nenhuma categoria profissional instituída, permite ao atendente, por um lado, um deslizamento que atravessa a todas estas “instituições” – psicologia, psiquiatria, psicanálise, etc. – mas, por outro, o deixa num permanente estado de marginalidade em relação aos técnicos usualmente encontrados dentro do campo da saúde mental (p. 27).

Nesse sentido, conseguimos visualizar o AT ainda como uma prática imersa em controvérsias. Venturini (2009) diz que controvérsias são situações em que há discordância entre os atores envolvidos. Elas envolvem atores humanos e não humanos e, geralmente,

---

<sup>11</sup> Refiro-me, aqui, a outro modelo de comunidade terapêutica, como será explicitado nas linhas que seguem.

ganham tónus quando situações, que até então se viam mais ou menos estáveis, passam a ser questionadas. Em relação ao AT, podemos visualizar esses tensionamentos, que vão desde as incertezas em relação ao profissional designado para realização da prática até sua própria nomenclatura.

Em meio a essa situação, um primeiro desdobramento do trabalho desenvolvido pela Clínica Pinel se iniciou na Clínica Vila Pinheiros, no Rio de Janeiro, que começa a funcionar no fim da década de 60. No entanto, aparece já com uma nomenclatura diferente para aquele que teria como principal função acompanhar o paciente em seu cotidiano, em um trabalho inspirado no Atendente Psiquiátrico da Clínica Pinel (Reis Neto, 1995). Denominado de Auxiliar Psiquiátrico, os primeiros a desempenhar esta tarefa eram também leigos, sendo alguns deles egressos da Clínica Pinel, e, por causa disso, já traziam consigo experiências do trabalho realizado.

Embora o esforço para que o funcionamento dessa instituição se fizesse embasado nas concepções de uma comunidade terapêutica, a Clínica Vila Pinheiros passou por momentos de não efetividade desses pressupostos (Ayub, 1996). Nesse sentido, as mudanças que começam a ocorrer na postura do então Auxiliar Psiquiátrico da Vila Pinheiros em relação à postura do Atendente Psiquiátrico da Clínica Pinel mostram coerência com a colocação da autora. A própria nomenclatura, nesse caso, dá indícios dessa mudança. Aquele que acompanha o paciente é tido como apenas um “auxiliar”, enquanto o psiquiatra continua sendo o detentor de todo o saber sobre o paciente (Reis Neto, 1995). Esse auxiliar começa a fazer o ajustamento da vida social dos pacientes, claro, tomando como base, o que era concebido como ideal de sociabilidade pelo saber psiquiátrico.

É compreensível um processo de tradução em situações como essa, já que há, entre uma instituição e outra, uma gama de elementos que as tornam singulares. É compreensível, também, que em toda tradução algo se ganhe e algo se perca, há sempre a construção de algo novo acompanhado de uma parcela de traição. No entanto, nesse caso, parece haver mais traição que tradução, pois as mudanças foram o bastante para descaracterizar os princípios de onde partiram. Correu-se o risco de o AT se tornar outra coisa, perdendo aquilo que seria sua principal característica. A lógica que se buscava, de usar o vínculo estabelecido entre o auxiliar e o paciente, de escuta e de não repressão, foi sendo abandonada. Percebia-se, cada vez mais, uma tentativa de normatização dos sujeitos. As práticas grupais e demais atividades

que eram desenvolvidas começaram a ter uma postura enrijecida, na qual os pacientes eram coagidos a participar, muitas vezes a contragosto. Essas experiências que ocorreram na Vila Pinheiros retratam:

um passado ao qual a psiquiatria não se orgulha. O “louco” novamente posto no lugar daquele que não sabe o que é melhor para si, daquele que precisa de alguém que pense por ele; alguém que lhe municie de uma “razão auxiliar”. Razão que o auxiliar “empresta”, mas enquanto representante da racionalidade da clínica, do médico, ou, quando o auxiliar fala por si, de um certo senso comum (Reis Neto, 1995, p. 54).

Esse tipo de funcionamento refletia uma série de problemas institucionais e econômicos pelos quais a Vila Pinheiros passava. Aquela instituição que se propusera a funcionar em um modelo inovador, com pouco mais de 5 anos de funcionamento, já reproduzia uma lógica manicomial, culminando com seu fechamento em meados dos anos 70. No entanto, havia demanda dos familiares e pacientes que eram atendidos na clínica e pela continuidade de um trabalho que incluísse uma ação terapêutica para além da institucionalização. Assim, algumas ações tiveram continuidade a partir da organização de diferentes grupos de trabalho.

Ao longo de toda década de 80, tais grupos começam a se organizar para realizar o trabalho do então Atendente/Auxiliar Psiquiátrico e aqueles que assumem tal função deixam de ser, em sua maioria, leigos e estudantes. O trabalho começa a ser realizado por profissionais formados, como psicólogos, psicanalistas e alguns psiquiatras. Começam a ocorrer diversas reflexões acerca desse modo de fazer saúde mental, tanto no interior desses grupos quanto no meio acadêmico, com a organização de eventos e congressos. Tal prática passa, mais uma vez, por uma mudança de nomenclatura, a qual se encontra estabelecida até os dias atuais: Acompanhamento Terapêutico (Reis Neto, 1995).

Como se pode perceber, nas traduções que acompanharam a transição do Atendente Psiquiátrico para o Auxiliar Psiquiátrico, há também uma mudança de postura e de concepção em relação às práticas anteriores. O termo Acompanhante Terapêutico busca reivindicar certa autonomia em relação ao saber médico-psiquiátrico, demarcando a ação terapêutica dos acompanhamentos realizados. O acompanhante deixa de ser um mero auxiliar e passa a ser reconhecido em seu potencial de fazer uma clínica em saúde mental.

Esse período de consolidação do AT como uma prática consistente no campo da saúde mental é o mesmo em que os serviços públicos de saúde mental passam a ser organizados com o intuito de superar as internações. As concepções de saúde começam a levar em consideração

vários determinantes e condicionantes, tais como: moradia, saneamento básico, alimentação, renda, trabalho, transporte, educação e lazer. Assim, o AT passa a assumir um papel cada vez mais importante, com a consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, onde *a cidade, e não mais o asilo, é o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada* (Palombini, 2006, p. 117).

### **1.3 A teorização no AT**

Não há um referencial teórico específico pelo qual se definem os modos de atuar com o AT. No entanto, é notável que a maior parte das experiências documentadas na literatura disponível se amparam na perspectiva psicanalítica. Segundo alguns dos autores que versam sobre o AT (Chauí-Berlinck 2011; Simões e Kirschbaum 2005; Reis Neto 1995), isso reflete o seu período de surgimento no Brasil, sendo o mesmo em que tal perspectiva se potencializou no cenário acadêmico nacional, trazendo duras críticas aos pressupostos da psiquiatria clássica. Contudo, como nos diz Palombini (2006), a intenção nunca foi a de empregar a psicanálise como referencial específico para realização dessa prática. Para Ghertman (1997), não ter uma base teórica estabelecida pode contribuir para que ocorra fragmentação da identidade daqueles que desempenham o AT, mas, em contrapartida, pondera que a solução para essa questão não está em eleger uma única teoria, sob o risco de enrijecer as possibilidades colocadas por sua proposta diferenciada.

Nesse sentido, há poucos trabalhos que buscam explorar essa controvérsia. Em 1995, Reis Neto já apontava a ausência dessa discussão. Em 1997, quem abordava esse problema era Barreto, afirmando ter muitas publicações sobre relatos de experiência, mas poucas discussões conceituais. Em 2003, Simões & Kirschbaum, ao fazerem um levantamento das publicações acerca do AT, não conseguem avançar no que Barreto já havia dito e, em 2011, Chauí-Berlinck também nos coloca questões semelhantes.

Dentre os trabalhos que se propuseram a fazer tal discussão (Palombini, 2007; Gonçalves, 2007; Chauí-Berlinck, 2011), buscando problematizar as práticas de AT para além de uma narrativa em dimensão da prática clínica, aparece uma concepção que procura pensar o

AT, considerando outras dimensões que o compõem. São as proposições de Palombini (2006; 2007) que concebem o AT como um dispositivo<sup>12</sup> clínico político. Isso significa compreender o AT como:

uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade. E seu exercício – que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o seu dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma. (Palombini, 2006, p.117)

A proposta que trago aqui mantém proximidade com o que versa a autora, já que faço uma tentativa de compreender o AT em sua dimensão técnica, política e social, embasado nos princípios da TAR.

#### **1.4 A loucura no tempo e no espaço**

No período final do século II d.C., havia ao menos três concepções acerca da loucura. Em uma delas, a loucura aparecia como intervenção transcendente, em outra, como os conflitos passionais do homem e, em uma terceira concepção, era entendida como o efeito de desequilíbrios somáticos causados por questões afetivas (Pessotti, 1994). Segundo o autor, o convívio dessas perspectivas nunca foi harmonioso, havendo, ao longo da história ocidental, variações sobre qual perspectiva era predominante. Na época medieval, houve uma supremacia da concepção transcendente, sendo ela divina ou demonista. No entanto, as concepções passionais e organicistas ganharam força com o avanço da Idade Moderna, atingindo seu clímax no século XIX com o estabelecimento da psiquiatria e da concepção de doença mental.

A modernidade se caracteriza por uma perspectiva de pensamento em que a ciência se torna hegemônica frente à tarefa de explicar o mundo e seus fenômenos. Há, nessa perspectiva, a produção de assimetrias, com a tentativa de purificação das coisas, colocando, de um lado, os conteúdos que compõem a dimensão do campo social, como a cultura, as crenças, os valores e a política e, de outro, os fenômenos ligados à natureza e à realidade concreta, ou seja, de um lado o erro e do outro a verdade (Latour, 1994). Nas palavras do

---

<sup>12</sup> Tratarei de forma mais detalhada do conceito no próximo capítulo.

autor, é no mundo moderno que *a representação das coisas através do laboratório encontra-se para sempre dissociada da representação dos cidadãos através do contrato social* (p. 33).

A loucura, sendo entendida como doença e um artefato do saber médico, purificada de sua dimensão social e política, torna-se passível de um olhar específico, com lugar e técnicas estabelecidas para o “tratamento”. As internações aparecem como prática comum frente às experiências com a loucura, e os lugares estabelecidos foram os antigos leprosários, que viriam a se tornar os manicômios. O louco passa a ocupar o lugar que antes pertencia aos leprosos, tanto em sua dimensão espacial quanto em sua dimensão simbólica (Foucault, 2012a). Ainda segundo o autor:

Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de "polícia", referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora, será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. Despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados (p. 63).

Há, na própria concepção de loucura enquanto doença, uma característica que marca a lógica da modernidade, na qual loucura e razão são vistas como polos opostos (Foucault, 2012a; Pessotti, 1997). Sendo o louco aquele que se encontra desprovido de racionalidade, ou seja, daquilo que caracterizaria por excelência nossa humanidade, não há nessa perspectiva necessidade de tratá-lo como semelhante, justificando-se assim as barbáries acometidas aos desprovidos de razão.

A clausura e a exclusão da vida cotidiana marcaram historicamente a trajetória da loucura na passagem dos séculos. Hoje, avançamos muito nesse aspecto, mas a tentativa de fazer o cerceamento daqueles que fogem dos padrões ainda se faz presente. Os movimentos reformistas e de luta antimanicomial ainda se mantêm em constante atividade. Segundo Cetolin (2011), o cerceamento destes sujeitos pode ser feito atualmente, através do fenômeno da medicalização e do uso exagerado dos manuais diagnósticos que classificam e rotulam os sujeitos apontando apenas para seus sintomas. Essa prática não deixa de ser uma herança daquelas adotadas nos antigos manicômios, em que os pacientes eram vistos apenas como portadores de um transtorno.

Nesse sentido, somos levados a pensar que o fim dos manicômios e a criação de serviços substitutivos aos modelos de internação, por si só, não garantem o rompimento com a lógica manicomial. Há ainda uma banalização do que seriam as patologias de ordem mental, nas quais os sintomas que até então as caracterizavam – delírios, alucinações, rompantes de atos agressivos – cada vez mais começam a englobar condutas cotidianas, de forma que *a tristeza profunda, a sexualidade da infância, o alcoolismo e os mais diversos desvios de comportamento, passem a ser, pouco a pouco, objeto de discursos e de práticas médicas* (Caponi, 2012,p. 19).

Parece que estamos destruindo os muros, substituindo-os por portões. Vez ou outra, permitimos que a loucura “escape”, circule nas proximidades, mas, a qualquer sinal de desconforto de nossa parte, conduzimo-la de volta para um local “seguro”. Como sair dessa lógica e abandonar de vez as correntes, grades, muros e portões que insistem em acompanhar a experiência desviante? Para Pelbart (1990; 1993), precisamos nos livrar do manicômio mental. Segundo o autor, ainda vivemos culturalmente o império da razão e é dessas amarras, fruto da perspectiva moderna, que também precisamos nos livrar, sob pena de reproduzirmos as lógicas manicomiais mesmo em espaços abertos. Mas o que significa nos libertar do manicômio mental? Significar entender a loucura, ou como nos diz o autor, a desrazão, como potência, subversão, inventividade e criação. Significa entender a experiência desviante, não racional, como um clamor pela superação de um padrão, que há séculos tem moldado nossa sociedade, nossos modos de ser, pensar, agir e conhecer.

A incansável busca pela superação desse padrão, fruto das grandes divisões, requer de nós uma mudança de postura. Precisamos repensar os modos como produzimos conhecimento e como lidamos com a realidade a nossa volta, almejando uma concepção simétrica da relação com o mundo. Tentar superar a assimetria significa assumir uma postura que não exclui de antemão, que não tenta separar o que seria puramente normal do puramente patológico, reconhecendo (i) a simetria entre o natural, político e social, (ii) que humanos e não humanos não estão dissociados, (iii) que verdade e erro estão imbricadas e (iv) que indivíduo e sociedade não se contrapõem. Nas palavras de Latour (1994), essa seria uma atitude não moderna. Nesse sentido, seria possível termos um modo de fazer saúde mental não moderno? Poderia o AT contribuir para seguirmos adiante nessa difícil tarefa? Minha aposta é que sim.

No entanto, vamos agora nos debruçar sobre as produções que são fruto do AT que realizamos, antes de traçar considerações sobre esses questionamentos.

## 2 CAPÍTULO 2—O AT em Rede

*Aqui estou mais um dia, como ontem foi e  
amanhã vai ser*

*Cada qual com seus por quê*

*Os meus eu trago como ar nos pulmões*

*E a pior coisa a se fazer é esquecer suas razões*

*O choro e o riso são irmãos, andam de mãos  
dadas como o sol e a lua, flui*

*Essa hora e eu cheio de treta, tô precisando ver  
minha terapeuta, a rua*

*Fui!*

Rashid – Ruaterapia

Início esta segunda parte do texto, tomando como estratégia, mais uma lente de observação (Venturini, 2009). Assim, como no início da primeira parte, quando lancei mão das estratégias apresentada pelo autor na tarefa de seguir o conceito de AT, em meio a sua construção controversa – da literatura aos atores –, aqui, partiremos dos atores às redes pelas quais o AT realizado por nós do NEPIS se emaranhou. Busquei explorar as conexões em sua multiplicidade, seus efeitos e seus desdobramentos.

## 2.1 Memórias

Quando fui designado para ser um dos estagiários que acompanharia o caso que agora passo a narrar e recebi algumas informações a respeito do paciente, como seu histórico, seus diagnósticos e as últimas ações realizadas junto aos serviços da cidade, eu me senti provocado, em especial com uma das informações:

*Marcelo sofreu lesões cranianas graves com perda de massa encefálica, o que deixou algumas sequelas, dentre elas, uma dificuldade na capacidade de memorização. Recorda sem muitos problemas de eventos passados, o que tem dificuldade de fazer com acontecimentos mais recentes e situações do seu dia a dia. Pude evidenciar esta questão, quando Marcelo não se lembrava de mim a cada encontro que o acompanhava nos serviços da saúde da cidade, tendo que me apresentar como se ele estivesse acabando de me conhecer a cada encontro. (Diário de campo – NEPIS, 2013/2014)*

Assim nos informou Noelle, última estagiária que vinha acompanhando Marcelo durante o primeiro ano do PET. Essa informação me tocou de diversas formas e muitas perguntas passaram a me acompanhar desde então: Como realizar uma ação terapêutica com um sujeito que se esquece de seu acompanhante entre um encontro e outro? É realmente possível acompanhá-lo terapêuticamente? Com quais recursos? O que a psicologia pode fazer frente a essa demanda? Com quais ferramentas? O que são memórias? Dentre outras. Embora, em um momento ou outro, tais perguntas pudessem ser entendidas como uma forma de enquadrar o sujeito em uma perspectiva patológica, não foi essa a intenção, já que tentei utilizá-las como combustível para pensar e repensar as possibilidades de minhas ações enquanto Acompanhante Terapêutico que operava no campo do saber *Psi*.

Éramos um trio de estagiários, eu e Marina, estudantes de psicologia, e Ubiratan, estudante de medicina. Dedicamos os primeiros encontros, que aconteceram na casa de Marcelo, para estreitar relações com ele e sua família, buscando conhecer também o lugar onde morava e seus afazeres cotidianos. Claro que as informações advindas daqueles que o acompanharam anteriormente foram indispensáveis para dar continuidade ao trabalho já iniciado, mas consideramos indispensável ouvir, também, o que eles (paciente e família) teriam a nos dizer por eles mesmos, perceber o que falam, como falam, como interagem, o que esperam de nós da universidade. Queríamos sentir as vibrações e as ansiedades que o encontro com o novo é capaz de proporcionar, antes de perambular pelas ruas da cidade.

Foram cerca de quatro encontros com essa dinâmica. Falamos da proposta do AT, o que mudaria com nossa chegada como novos estagiários e das propostas para o segundo ano de trabalho que ali se iniciava. Marcelo falou muito de suas vivências, daquilo que mais gostava de fazer e do que gostaria de fazer conosco no AT. Em sua juventude, Marcelo teve uma vida bastante intensa. Era um craque no futebol de campo, reconhecido na cidade e na região. O futebol parece ter ocupado um papel importante em sua vida antes da situação que trouxe complicações para sua saúde e ele manifestava intensamente o desejo de jogar futebol novamente. Também queria muito pescar e ir ao baile. Anotamos essas e outras sugestões e passamos a pensar um itinerário terapêutico que levasse em consideração a possibilidade de realizar ações ligadas a essas vontades.

Pudemos ter, também, a partir da fala de Marcelo e de sua irmã, um panorama de seu quadro de saúde, incluindo o episódio que o deixou bastante debilitado. Já no primeiro encontro, essa irmã, que hoje cuida de Marcelo, ressaltou suas limitações e apontou algumas dificuldades ligadas a tal situação:

*Temos que reconhecer que há claramente alguns limites para ele. A perda de massa encefálica deixou várias sequelas que vocês podem ver, como a dificuldade na fala, no equilíbrio e principalmente nas memórias. Ele se esquece que tomou banho e toma vários ao dia, esquece que já comeu, come novamente e depois passa mal, recebe visitas e esquece. Querem ver? Quem são eles? – Então Marcelo responde que não sabe, pouco depois que nos apresentamos e o convidamos a participar do AT. (Diário de campo – NEPIS, 2013/2014)*

Desde a adolescência, Marcelo era conhecido pela intensidade com que se envolvia em tudo o que fazia. Além do futebol, nos bailes era também uma figura bastante conhecida, nesse caso, por ser um “brigador”, por ser aquele que sempre se envolvia em confusões e saía por cima, até o dia em que ocorreu um episódio que lhe deixou em mau estado. Em uma dessas confusões, Marcelo foi pego sozinho por uma turma, levou facadas, muitas pancadas na cabeça, foi pisoteado e ficou em estado gravíssimo. Os médicos não acreditavam ser possível sua recuperação após o acontecido. Mas ele sobreviveu. No entanto, seu quadro de saúde ficou bastante delicado. Perdeu parte do pulmão, ficou cego e parálítico devido à perda de massa encefálica e, mais uma vez, os médicos disseram que, mesmo sobrevivendo, ele iria vegetar em cima de uma cama até o fim de seus dias.

Mas Marcelo era forte, não queria vegetar. Ele queria viver. Contrariando as expectativas dos médicos, aos poucos foi se recompondo: recuperou a visão e voltou a andar e a falar. Mesmo apresentando um pouco de dificuldade tanto na motricidade da fala quanto dos membros, lutou para viver. Passou por diversas instituições asilares e, na medida em que foi reconquistando suas aptidões, começou a ser considerado como agressivo e perturbador da ordem, sendo “convidado” a se retirar. A agressividade que se fazia presente em campo quando disputava uma bola ou quando partia em direção ao gol adversário, que amedrontava alguns e causava admiração em outros em meio às confusões nos bailes que frequentava, que era presente no momento em que manejava a vara de pescar e desafiava a resistência dos peixes que fisgava, também se fazia presente ali, onde brigava dia a dia para viver, para se recompor e reconquistar seu espaço. O que seria essa agressividade se não um sinal de saúde? Ninguém se torna um centroavante no futebol se não agir com intensidade, se não for agressivo, assim como ninguém enfrenta uma situação enferma em passividade. Mas não era essa a visão nem da família e nem daqueles que o atendiam nessas instituições.

Marcelo voltou para a casa onde antes morava sozinho, no entanto, sem ter o mínimo de cuidados que agora se faziam necessários. Um dos irmãos, com o discurso de que queria protegê-lo, trancou bem a porta e as janelas, colocou grades e só ia até o local uma vez ao dia para passar uma marmita pelas frestas das grades. Marcelo ficou enjaulado e seu contato com o território se reduzia a ganhar alimentos e cigarros de transeuntes que por ali passavam. O estado da casa era péssimo, instalações elétricas e sanitárias deixaram de funcionar, parte do telhado havia cedido, fazendo com que a água da chuva que ali caía fosse misturada ao lixo e

aos dejetos acumulados e por ali espalhados. Todas essas precariedades fizeram daquele cenário algo tão caótico quanto aquele dos manicômios clássicos do século passado. Foi necessário ser feita uma denúncia ao Ministério Público para que a situação mudasse. Após tal intervenção, seus familiares se organizaram e, entre eles, a irmã que ainda hoje reside com Marcelo, dispôs-se a morar na casa, que é um bem da família, cuidar e se responsabilizar por ele.

Quando o conhecemos, a situação já era outra. A casa foi toda restaurada e revitalizada, todas as instalações já funcionavam adequadamente e Marcelo vem sendo muito bem assistido pela irmã: tem boa alimentação, vestuário, acesso aos serviços de saúde, não fica mais trancado e mantém certa relação com o bairro onde mora. Em comparação ao que vinha passando antes da intervenção do Ministério Público, Marcelo hoje leva uma vida saudável. Sendo assim, qual era a demanda por AT? Se a intenção do programa era priorizar aqueles que teriam poucos vínculos e pouca relação com o território, havia demanda de AT neste caso? Consideramos que sim por diversos motivos: embora circule por alguns espaços, o percurso feito por Marcelo era quase sempre o mesmo, limitando-se, muitas vezes, a ir a mercados e padarias; com a irmã assumindo o papel de cuidadora, quase não houve envolvimento de outros familiares, criando uma relação de dependência que a faz se queixar de sobrecarga; as limitações de Marcelo após o acidente eram usadas como pretexto para desconsiderar alguns dos seus pedidos. Buscamos, então, por estratégias que promovessem uma ampliação de sua rede de relações e que o ajudassem a ser ouvido e romper com alguns de seus limites.

Quando olhamos em perspectiva para a situação de Marcelo, não podemos negar que os avanços foram muitos. Com moradia adequada, alimentação, renda mínima, saneamento, dentre outros recursos básicos, podemos dizer que Marcelo reconquistou parte daquilo que tinha antes do acidente. Não se pode negar, porém, que alguns limites de fato passaram a acompanhá-lo. Ressaltamos, no entanto, que reconhecer as limitações para a realização de qualquer ação não é um problema em si, o que pode se tornar um problema é a maneira como nos portamos diante delas. Como exemplo disso, temos a postura de um dos médicos, um neurologista, que atendeu Marcelo em um dado momento de sua trajetória, e disse a ele e aos seus familiares que ele não teria muito o que fazer em sua vida e que seu único lazer, dali em

diante, seria fumar um cigarro. Esse profissional fez dessas limitações uma barreira e arbitrou sobre o que ele poderia ou não fazer.

Marcelo se viu enquadrado em uma norma imposta. Essa norma não variava muito além dos seus afazeres mais básicos, do percurso para buscar seu cigarro e dialogar com sua irmã. Mas Marcelo queria ir além e percebíamos que ele não só queria, mas que podia fazer mais que isso, que ele poderia romper com essa norma e buscar ser um sujeito normativo, ou seja, aquele que, mesmo em uma situação limite ou enferma, reinventa-se e se mobiliza para se fazer sujeito (Canguilhem, 2009). São exatamente esses rompimentos com o que está arbitrado, a potência daquilo que desvia e que manifesta a singularidade do sujeito, que entendemos como saúde, era exatamente isso o que nos interessava. Destaco, então, alguns dos momentos em que tentamos criar, junto com Marcelo, a possibilidade de ir além dessas limitações e colocar em prática um pouco do que ele queria.

### ***2.1.1 A pesca***

Marcelo havia afirmado, várias vezes, o desejo de um dia pescar novamente. Então, combinamos a data, organizamo-nos e fomos a um pesqueiro. Lá, encontramos com outras pessoas e Marcelo interagiu com todos, porém parecia estar um pouco nervoso, ou com receio de desempenhar a atividade que ele mesmo se propôs realizar. Por mais que insistíssemos, ele não queria lançar sua linha no lago e nem mesmo a vara ele queria segurar. Depois de um tempo, ele o fez, mas, mesmo ficando por um período considerável na atividade, não conseguiu pegar nenhum peixe. Nós também tentamos várias vezes e não conseguimos.

Ficamos intrigados com a situação. Como assim não conseguimos pegar nada? Aproximamo-nos de outro pescador que ali estava. Ele, sim, estava pegando peixes. Pedimos ajuda e conseguimos pegar pelo menos um. Rimos bastante, tiramos fotos e depois devolvemos o peixe. Conversamos com o senhor mais um pouco, e Marcelo passou a falar com ele da multiplicidade de eventos envolvidos para se pegar um peixe: é preciso conhecer o rio ou o lago, quais tipos de peixe têm ali, usar a linha, anzol e a isca apropriados, fazer o lançamento considerando a corrente (se houver), o vento, o tipo de chumbada e a força imprimida no lançamento... Enfim, bateram um bom papo. O senhor concordou e afirmou que Marcelo, de fato, era um pescador e que entendia muito do assunto.

Compreendi, então, que não se trata de simplesmente lançar o anzol na água ou segurar a vara, que pescar envolve a mobilização de atores humanos e não humanos que, em rede, materializam-se na pescaria. Conversamos mais um pouco, fizemos mais algumas tentativas e, ao fim da tarde, fomos embora.

### **2.1.2 O baile**

Ir ao baile também era uma vontade apontada com frequência por Marcelo. Buscamos levantar quais bailes ainda aconteciam na cidade, em quais dias e horários, organizamo-nos e combinamos. Arrumamo-nos e fomos até ele, em sua casa. Ele estava elegante, muito bem vestido, perfumado e bastante animado. Ele próprio foi nos conduzindo até o local, que inclusive é o mesmo onde ocorreu sua última briga. Chegamos ao local e fomos até a bilheteria onde cada um pagou sua entrada. Passamos pelo portão principal e, pela frente, ainda havia um trecho bastante bonito, verde e bem cuidado.

Nesse pequeno trecho, Marcelo se dirigia a nós visivelmente emocionado e nos agradecia por estarmos lhe acompanhando. Dissemos que também estávamos agradecidos por ele estar nos levando a lugares que são significativos para ele. Em cada encontro, cada percurso, cada lugar que íamos com Marcelo, era bastante perceptível como ele ansiava por comunicação. Aproxima-se muito das pessoas, sempre puxando assunto, muito educado e prestativo. Certa vez, disse que gosta de estar com as pessoas, porque assim percebe que está vivo e não morto.

No baile, não foi diferente e era possível ver como ansiava por vida. Muitas pessoas se aproximaram para conversar, sendo que a maioria já o conhecia de tempos antigos. Alguns transpareciam surpresa de vê-lo novamente no baile, outros se dirigiam a nós como se ele não pudesse responder por ele mesmo, mas, diante de nossa postura, logo entendiam e refaziam a pergunta diretamente para ele. Naturalmente, ofereceram-lhe bebida e ele disse que parou, que não tem controle e não pode beber porque “fica muito doido”. Todos rimos e a conversa continuou.

Aos poucos, mais pessoas foram chegando, mas Marcelo começou a nos dizer que seu sapato estava incomodando. Propusemos que ele se sentasse em uma cadeira ou que fosse ao banheiro para que pudesse arrumar o sapato, mas ele se recusou. Queria ir embora. Insistimos um pouco, perguntamos se não queria dançar nem que fosse uma música, que dançaríamos

com ele. Novamente, recusou. Queria ir embora porque o sapato estava lhe incomodando. Começou a ficar bastante irritado. Então, atendemos a seu pedido e fomos embora. Acabou que ficamos pouco tempo. No caminho, decidimos perguntar sobre a experiência de voltar àquele lugar, questionando por que ele quis ir embora e se alguma outra coisa lhe incomodou. Já bastante irritado, ele grita: *já falei que não é nada, é meu sapato que está incomodando* (Diário de campo – NEPIS, 2013/2014). Não insistimos mais e o acompanhamos até sua casa.

### **2.1.3 O futebol**

Fizemos algumas ações envolvendo futebol em diferentes momentos. No primeiro deles, Marcelo quis nos levar a um dos estádios que jogava. Conduziu-nos por todo o caminho sem dificuldades. No entanto, o estádio estava fechado e não conseguimos sequer ver o campo. Tentamos mais uma vez em outro dia e, dessa vez, encontramos-lo aberto, sendo que um treino acontecia naquele momento. Logo, pensamos que pudesse ser interessante assistir ao treino enquanto batíamos um papo, mas curiosamente Marcelo logo quis ir embora, em uma postura muito parecida com a do baile. Achamos estranho, mas não insistimos e o acompanhamos.

Chegamos a visitar outros estádios em outros encontros. Em um desses, Marcelo também se emocionou bastante enquanto íamos em direção ao campo e ele se lembrava de momentos em que fazia aquele percurso para jogar uma partida. Nesse dia, levamos uma bola para tentar jogar um pouco. Marcelo ficou muito tímido no início, mal queria tocar na bola, mas, aos poucos, foi se soltando. Só jogamos entre a gente. Jogamos “bobinho”, “altinho” e “cruzamento”. Embora não tenhamos chegado a jogar uma partida completa, em disputa de um time contra o outro, ele se mostrou bastante realizado.

### **2.1.4 Por fim, memórias**

Dentre os vários encontros que tivemos e as diversas situações que vivenciamos, destaco essas que foram as que Marcelo mais manifestava vontade de realizar. De alguma forma, elas também foram a que mais me impactaram. Com a realização de cada uma delas, pegava-me novamente em meio a mais questionamentos: será que deram certo? Quais efeitos elas produziram? Como produziram? Agiram como intermediários ou mediadores no sentido proposto por Latour? Na visão do autor, um intermediário é aquele que participa da ação,

transportando significados sem transformá-los. Por outro lado, um mediador não só transporta como modifica significados, mobiliza outros elementos e outros mediadores e permite que o novo, o inusitado e o imprevisto ocorra (Latour, 2012). Encarar as ações empregadas no AT como mediadores e não como meros intermediários é, justamente, reconhecê-las e fazer delas potência terapêutica.

Após quase um ano de acompanhamento com Marcelo, em uma conversa onde rememoramos os diversos encontros, as ações realizadas, os lugares visitados, a reaproximação de amigos e familiares, as expectativas, os desejos e as frustrações, perguntamos como ele se sentia em relação a esse tempo em que esteve com a gente. Perguntamos também como estavam suas memórias quanto a isso, se ele se lembrava e do que se lembrava. Ele nos disse:

*Eu sei que minha cabeça está muito ruim e que eu não consigo lembrar de algumas coisas, mas de vocês eu lembro. Posso até esquecer dos nomes uma vez ou outra, mas de vocês eu sempre vou me lembrar. Vou me lembrar porque vocês se tornaram meus amigos e os amigos a gente não guarda na cabeça, a gente guarda no coração (Diário de campo – NEPIS, 2013/2014).*

Confesso que me emocionei quando escutei essa resposta, assim como me emociono agora enquanto me recorro e reescrevo esse relato. Marcelo nos deu uma resposta que, de certa forma, atinge os diversos questionamentos que me acompanharam desde o início do projeto. De alguma forma, Marcelo nos disse que a psicologia, por meio do AT, pode nos ajudar a tecer redes e que memórias são essas redes, que além de conexões entre neurônios e neurotransmissores em interação, também se fazem em conexões com anzóis, linhas, lagos, peixes, bola, grama, bailes, sapatos que apertam... Enfim, fazem-se na heterogeneidade daquilo que compõe o social. Disse-nos, ainda, que aquilo que nomeamos de relação terapêutica também pode ser chamado de amizade e que, se a cabeça não está boa, podemos buscar outra estratégia e guardar tudo isso no coração.

## 2.2 Percursos que falam e fazem falar

Denis é mais um dos pacientes referenciados no CAPS, acompanhado por duas estagiárias de psicologia que estiveram com ele desde o primeiro ano do projeto. Ambas apontaram com frequência, em seus registros, dificuldade em acolher com mais profundidade a história de Denis. Quando iniciaram os trabalhos, ele ficava em silêncio. Praticamente só se manifestava quando era questionado, trazendo respostas simples e diretas, sem explorar muito o que lhe era perguntado. Também gaguejava um pouco ao falar e, para completar, das poucas vezes que se pronunciava, apresentava um discurso um pouco desconexo, com um tipo de organização que as estagiárias não compreendiam muito bem.

Apesar de Denis falar pouco, os acompanhamentos eram sempre planejados a partir de seus pedidos. Havia lugares que ele tinha vontade de ir e coisas que tinha vontade de fazer e isso era sempre colocado em cada acompanhamento, para que pudessem planejar o próximo. Havia lugares que, a princípio, pareciam ocupar uma função corriqueira no cotidiano da maior parte das pessoas, mas que ele gostaria de visitar por nunca ter estado ali, como o próprio centro da cidade. Não há, portanto, a cidade e sim cidades, no sentido de que há diferentes possibilidades de se habitar, transitar e se afetar com ela (Rodrigues & Baptista, 2010).

A dificuldade em conduzir um diálogo que aparecia na relação entre Denis e as acompanhantes lhes incomodava, sendo constantemente levada à reflexão durante as supervisões. No entanto, os acompanhamentos continuavam acontecendo e os relatos nos davam pistas de que os lugares escolhidos, os trajetos por onde caminharam durante o AT, não só diziam de Denis, mas o convocava a falar, mesmo com dificuldade.

Durante um ano de AT, visitaram inúmeras praças, comércios, museus, igrejas, até mesmo cemitérios. Denis se mostrava em intensa conexão com aquilo que permeava os acompanhamentos e isso lhe permitia falar. Suas questões familiares, seus medos, anseios, incertezas, ou seja, aquilo a sua subjetividade emergia a partir do encontro com a objetividade, com os elementos concretos com os quais se deparava no percurso terapêutico. Temas antes abordados sem que Denis se interessasse muito em falar emergiam quando em conexão com lugares, coisas e pessoas, criando condições para que as acompanhantes pudessem pensar as intervenções e um sentido terapêutico a seguir.

Estar em uma igreja lhe convocou a dizer de sua infância, da relação com o pai, de uma série de eventos que marcaram sua história e que se fizeram em conexão com o espaço religioso e desencadearam outras memórias, outras lembranças, de situações que ainda hoje o afetam. Denis também queria falar sobre a morte, mas não o fez de forma isolada, abordando o assunto enquanto caminhava por um cemitério. Dedicou um bom tempo a explorar todo o espaço do cemitério, leu algumas lápides e, enquanto o fazia, falou de suas dúvidas, de seus medos e de suas crenças acerca da morte.

Denis não foi o único acompanhado a trazer o tema da morte a partir das conexões pelas quais se fazem o AT. O percurso com o Sr. Jorge também permitiu que falasse daquilo que o incomodava, partindo do tema da morte. A questão emergiu em um dos dias em que o Sr. Jorge caminhava junto aos acompanhantes e falavam de assuntos diversos. Quando passaram em frente a uma funerária, Jorge parou, olhou atentamente para um caixão que estava exposto na porta e disse que sente muita inveja dos mortos. Assim como avistar o caixão parece ter impactado Sr. Jorge, sua frase impactou aqueles que o acompanhavam.

Há, aqui, um reconhecimento de que os objetos são partícipes da ação, porém, isso não significa tomá-los como seu determinante. Não significa que eles imponham a ação dos sujeitos que a eles se conectam. Estaríamos, nesta perspectiva, colocando-os como causa. Não se trata também de adotar uma postura inversa, tomando-os como meros panos de fundo no curso da ação. Na contramão dessa dualidade, devemos reconhecê-los como aquilo que autoriza, permite, estimula, concede, influencia, possibilita, proíbe etc. (Latour, 2012).

Até então, já há algum tempo acompanhando o Sr. Jorge, os estagiários também não haviam conseguido tocar em muitas questões que os ajudassem a dar sequência na prática terapêutica. Jorge mantinha uma relação conturbada com a bebida e, embora já tenha iniciado tratamento junto ao CAPS, não houve a elaboração de uma estratégia que o ajudasse a lidar com essa relação em uma perspectiva não proibicionista. A equipe do CAPS se limitava a apontar a ausência do Sr. Jorge às consultas e falar de uma não aderência ao tratamento. Com os acompanhamentos, buscou-se entender as vivências do Sr. Jorge, que se queixava de falta de motivação na vida, colocando a bebida como aquilo que lhe minimizava o sofrimento e lhe trazia alegria. Eis, então, a necessidade de traçar redes e mapear conexões com as quais o Sr. Jorge pudesse lidar com a questão da bebida e ir além de um padrão de discurso pautado em uma lógica de patologização.

Carlos é mais um dos pacientes por nós acompanhados. Dentre eles, foi o que passou a maior parte de sua vida em confinamento. Foram vários anos na Casa de Custódia e alguns anos na prisão comum que, juntos, somam mais de 40 anos de confinamento. Hoje, é também referenciado ao CAPS para acompanhamento de sua saúde mental. Carlos sentia-se muito desconfiado com as estagiárias. Quando iniciaram o acompanhamento, por vezes falava que elas estariam tentando encontrar uma maneira de interná-lo novamente. Frente a isso, expressava total discordância, assim como questionava o tratamento do CAPS, encarando-o como uma punição, uma continuidade da pena que cumprira na Casa de Custódia.

O crime que culminou com a prisão de Carlos no referido manicômio, há 40 anos, foi um assassinato. Em surto e em um ato de descontrole de si mesmo, Carlos agrediu o padrasto, levando-o a óbito. Em uma cidade que na época não passava de seus oitenta mil habitantes, a repercussão do caso foi marcante, assim como o estigma sobre usuários de serviços de saúde mental, em especial o próprio Carlos, que acabara de cometer o ato. O estigma construído na cidade sobre o caso foi intenso o bastante para, ainda hoje, Carlos ser lembrado por seus atos passados.

Elaborar essas questões era algo que pouco lhe era permitido. Seu caso era praticamente um tabu e, quando mencionado, era sempre no sentido de limitar alguma ação, visto seu “grau de periculosidade”. No entanto, tais questões apareciam durante os acompanhamentos e, conforme sentiam abertura, as acompanhantes acolhiam e trabalhavam esses conteúdos. A própria relação com elas era algo a ser trabalhado com ele, pois guardava consigo um enorme receio em relação à Universidade e aos estudantes, sendo que, com frequência, sentia como se estivesse sendo avaliado por elas.

A percepção que Carlos tem da Universidade retoma os períodos em que esteve no manicômio e recebia visitas de pessoas ligadas a essa instituição, não a nossa, mas a uma instituição universitária. Ainda que não expressando claramente o que essas pessoas faziam lá, como atuavam, como se relacionavam com ele, o receio que Carlos expressava nos sinaliza sobre que tipo de relação poderia ter se estabelecido com ele naquele espaço. Com a intenção de também trabalhar questões ansiogênicas para Carlos, as acompanhantes o convidaram para ir um dia à universidade, conhecer o espaço, as pessoas que circulam por lá e um pouco do que fazem. A proposta deste AT foi trabalhada com bastante diálogo e Carlos de fato se interessou em ir até lá.

Então, visitaram o *campus*. Ao adentrar o espaço da universidade, Carlos demonstrou estar bastante afetado, mas continuou. Passaram com ele por diversos lugares e foram conversando durante o percurso. No entanto, Carlos demonstrava estar cada vez mais afetado: seu discurso foi ficando muito desorganizado e a compreensão do que Carlos tentava expressar, mais difícil. Carlos adora livros, pensaram então em visitar a biblioteca e assim fizeram. Enquanto entravam no prédio, foram explicando para ele o que faziam lá, como funcionava o espaço e as muitas possibilidades de leitura que havia ali. Mas algo parece ter impactado Carlos, mais do que os livros. Quando olhou para um extintor de incêndio que ali estava, ficou paralisado, arregalou os olhos e começou a tremer.

As acompanhantes perceberam que ele não estava bem e perguntaram se ele queria voltar e ele disse que sim. Quando saíram do prédio, ele disse: *Nossa, a senhora não acredita... eu era 3 e virei 45* (Diário de campo – NEPIS, 2013/2014). As acompanhantes tentaram explorar um pouco mais essa fala, mas não conseguiram naquele momento. O que ficou perceptível para elas foi o quão fragmentado ele se sentiu diante de algo que nem mesmo ele conseguiu expressar, mas que, de alguma forma, se conectava com aquele espaço e com os objetos que ali estavam.

Narrativas como essas marcam que existe uma diferença entre a ação terapêutica em uma clínica tradicional ou o fazer de um serviço de saúde que limita suas ações ao espaço institucional em relação ao AT. Esse último nos coloca diante da possibilidade de as conexões, as associações e os processos de subjetivação acontecerem diante da própria prática terapêutica. O AT tem a vantagem de acompanhar o sujeito e a rede em processo de formação e transformação, a partir das próprias vivências cotidianas.

O AT, mais que nunca, marca o terapeuta como aquele que deve seguir rastros, trajetórias, ações, associações, conexões, ou seja, o terapeuta no AT é aquele que segue um ator-rede. A relação terapêutica se configura, então, como a própria rede que se faz entre acompanhante, acompanhando e demais atores, humanos e não humanos, que atuam como subjetivadores ou condutores de subjetividade (Latour, 2012). Os condutores de subjetividade, subjetivadores ou personalizadores, são as próprias conexões, aquilo que mobiliza ação, aquilo que faz-fazer (Latour, 2001; 2002). Diante dessa articulação, como nos diz o autor, é possível mostrar *que as fronteiras entre psicologia e sociologia podem ser remanejadas com proveito. Para tanto, só existe uma solução: fazer cada entidade distinta, que povoa o antigo interior*

*vir do exterior, não como ação negativa, 'limitadora da subjetividade', mas como oferta de subjetivação positiva (Latour, 2012 p. 306).*

### **2.3 Dispositivos**

Vamos retomar mais um episódio do acompanhamento com Carlos. Na contramão dos pré-conceitos e estigmas que envolvem o caso, as acompanhantes buscavam construir, junto com Carlos, outros laços e, se possível, ajudá-lo a reconquistar sua autonomia no cotidiano. Para tal, buscaram estar com Carlos nas mais diversas situações: em família, nos espaços públicos e também nas consultas junto aos serviços de saúde. No entanto, não esperavam que, justamente do CAPS, o dispositivo estratégico para se fazer saúde mental, pudessem partir ações tão retrógradas quanto aquelas empreendidas em uma lógica manicomial. Vejamos o relato da situação em que acompanharam uma consulta com Carlos, um familiar e o psiquiatra do CAPS:

*Chegamos ao CAPS por volta de 7h da manhã, para acompanhar Carlos em uma consulta com o psiquiatra. O motivo da consulta envolvia as queixas de Carlos de um cansaço forte, que o dificultava até mesmo de vestir suas meias e um incômodo no peito e garganta, que o estavam deixando com a voz rouca. Além do mais, segundo ele, houve coincidência entre a troca de sua medicação e o início do forte cansaço. Seus remédios foram trocados acerca de três semanas.*

*Ao chegarmos, encontramos Carlos no pátio e ele veio até nós, dizendo que, naquele dia, sua irmã (e tutora) também iria comparecer a consulta. Falou que o médico já estava atendendo e que logo deveria ser chamado. Enquanto esperávamos, conversamos sobre as queixas que ele queria fazer ao médico e ele comentou novamente sobre a vontade de colocar uma dentadura na parte de baixo da boca, dizendo que a estética ficaria melhor. Dissemos que marcaríamos também um dentista. Carlos fumou um cigarro e outros usuários se aproximaram de nós neste tempo, até que sua irmã chegou.*

*Por volta de 8h e 30min chamaram Carlos, que demorou um pouco a vir, pois estava terminando um cigarro. Ele entrou no consultório com um cigarro feito à mão, com papel de caderno. Entramos: as duas acompanhantes, a irmã dele e Carlos. O psiquiatra pergunta quem éramos. Depois da apresentação, ele deu início aos piores 30 min que já passei diante de um médico. Eu e a outra acompanhante resolvemos não interferir nas barbaridades que se seguiram, visto que percebemos estar diante de um “senhor do saber” que não estava interessado em escutar o que poderíamos ter a dizer, já que nem o próprio paciente e sua irmã ele escutou.*

*O psiquiatra inicia dizendo: “vamos falar então do seu passado, do seu histórico”. Carlos se mostrou muito incomodado, dizendo que não queria falar de uma coisa que aconteceu há muitos anos, que ele não lembrava o que tinha acontecido. Então o médico virou para sua irmã e disse: “me conta o que foi que ele fez. Quando ele começou a surtar?”. A irmã também disse que não se lembrava e que não se sentia bem em falar daquilo e que não ia falar. Seus olhos se encheram de lágrimas (a irmã estava presente quando Carlos matou o padrasto).*

*Então, o médico se dirigiu novamente a Carlos, que já estava bastante nervoso e repetia que não queria falar do que tinha acontecido, que as pessoas sempre ficavam lembrando a ele uma coisa que tinha feito há muito tempo e que já estava arrependido, que não tinha feito mais nada de mal, que já havia ficado preso por isso, que já saiu da cadeia e estava socializando de novo, que nós (as acompanhantes) estávamos ali e que não devíamos ter que escutar aquelas coisas. O médico disse que teríamos que saber o que ele fez sim, já que éramos psicólogas. Então, pergunta novamente o que acontecia na época. Carlos responde que ouvia vozes, mas que depois de ter sido preso passou a tomar os remédios e as vozes sumiram. O médico perguntou o que as vozes diziam e ele disse que as vozes falavam para ele matar alguém ou ele mesmo seria morto. O médico olha para a irmã e pergunta: “Aí ele matou né? Quem ele matou?”; com a voz sufocada, a irmã respondeu: “nosso padrasto”.*

*Carlos continuava muito nervoso e, ao mesmo tempo em que olhava para nós, falava para o médico que não tinha ido lá para aquilo e ficava pedindo desculpas a ele. Com isso, o médico perguntou o motivo dele ter ido à consulta. Carlos disse que queria um papel dizendo que ele estava bem com sua consciência, que estava normal e que*

*poderia voltar a morar em sua antiga casa. Esta casa, segundo sua irmã, é a casa do acontecido. Carlos tinha vontade de voltar a morar lá, mas eles não tinham dinheiro para consertá-la. O médico mal escutava Carlos e ficava repetidamente perguntando o que era consciência para ele.*

*Carlos disse que queria a casa para morar com uma “senhorinha” e o médico interpelou dizendo que ele queria então era transar com alguém. Carlos disse que queria ter uma companhia para a vida e que não ia falar aquelas coisas na frente das crianças (as acompanhantes). O médico disse para ele nos deixar de lado, pois éramos profissionais, como ele e como a enfermeira. Então, Carlos contou que há 27 anos não tinha relações sexuais e o médico retrucou em palavras muito chulas, repetindo várias vezes que ele deveria esquecer o seu órgão genital, que deveria virar um anjo, que não precisava dessas coisas e perguntou: “você precisa disso pra quê?”. Carlos respondeu que o médico dizia aquilo para ele, mas que certamente não era anjo e o médico disse que era sim, que estava treinando para ser santo e perguntou para Carlos se ele não queria ser santo também, recebendo uma resposta negativa.*

(Diário de campo – NEPIS, 2013/2014).

A continuidade da consulta não se deu em teor diferente. Carlos mal teve a possibilidade de falar do cansaço e da dor que estava sentindo nas costas. Quando questionou a quantidade excessiva de medicação e disse que era o próprio quem ministrava seus remédios no dia a dia, foi repudiado. A situação exposta pelas acompanhantes demonstra, de forma bastante caricata, algumas das dificuldades de se fazer valer a atuação no campo da saúde mental, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica. No entanto, não se trata de um caso isolado. Cada um dos outros pacientes e cada dupla de acompanhantes, em algum momento do período do AT, se viram diante de situações que comungam com o que foi relatado no caso do Carlos, o que nos mostra não ser um problema individual, pessoal e isolado desse psiquiatra como profissional. Há, nesse sentido, a construção de uma prática que contradiz os pressupostos do cuidado em saúde mental. Por que um serviço que seria estratégico para um fazer antimanicomial, com frequência, não consegue funcionar seguindo o que foi proposto? Sua própria caracterização pode nos ajudar a pensar: justamente por se tratar de um dispositivo. Retomemos o que nos diz Foucault (2012b) que conceitua dispositivo como:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos (p. 364).

O dispositivo é, portanto, complexo no termo mais fiel da palavra. Embora os CAPS tenham sido pensados e estruturados a partir dos princípios teóricos, conceituais e jurídicos da Reforma Psiquiátrica, a heterogeneidade da rede pela qual é composto: política, gestão municipal, estrutura física, quadro profissional, formação e princípios morais, éticos e filosóficos de seus profissionais, recursos, convênios, parcerias, enfim, é preciso olhar para o fazer cotidiano de cada serviço, levando em consideração todas essas e outras especificidades, para entender sua lógica de funcionamento. O que tem permitido o médico que atendeu Carlos a se posicionar de tal maneira frente ao seu paciente? Por que um médico com tal posicionamento está atuando em um serviço como o CAPS? Quem o contratou? Com quais critérios? Como se posicionam os demais profissionais frente ao caso? E frente à postura do médico? Quais os efeitos dessa intervenção?

É importante ressaltar ainda que as ações desse profissional não estão à parte de tudo aquilo que permeia, constrói e estrutura nossas relações sociais, como as questões de gênero, em que há, na figura do homem hétero, conexões que historicamente têm lhe dado condições de concentrar e exercer poderes e privilégios. Se há no campo do saber médico verticalidade em relação aqueles que não o possuem (relação médico x paciente; relação medicina x outros saberes), na consulta de Carlos, essa distância se ampliou pelas relações de gênero. Na situação, as duas acompanhantes, psicólogas em formação, além de ocuparem uma posição no campo do saber por vezes preterida por profissionais de medicina, eram mulheres. A irmã de Carlos, além de leiga, também estava ali como mulher. Carlos entra para consulta como homem, mas não como sujeito homem; ele era um homem alienado, desprovido de razão, um doente mental. Há ainda, no decorrer da consulta, uma desqualificação da masculinidade de Carlos pelo médico. Ao esbravejar de forma chula que Carlos deve esquecer seu órgão genital e ainda colocá-lo na condição de anjo, ou seja, de um ser assexuado, o médico concentra para si, naquela situação, toda masculinidade, toda virilidade, que se soma à sua posição de saber e lhe confere ainda mais poder.

Mas e o papel do AT diante disso? Precisamos lembrar que o AT também aparece na literatura como um dispositivo (Palombini, 2006; 2007). Para discorrer sobre esta conceituação, a autora elenca alguns pontos:

- AT marcado pela disponibilidade para o encontro com o outro: uma disponibilidade que reconheça a dimensão do risco, de abertura para o desconhecido e para o imprevisível;
- AT como espaço de pertença aos acompanhantes: através de participação em grupos externos ao serviço em que estão inseridos (grupos de estudos e supervisão), ou da dimensão de abertura remetida pela própria multiplicidade oferecida pelo território, demarcando, para esses profissionais, o sentido de abertura frente a uma lógica institucional;
- AT como herdeiro da Reforma Psiquiátrica: entendida enquanto leis, discursos, medidas administrativas, instituições, serviços, diretrizes etc.;
- AT regido por uma teoria: mas uma teoria que considere a subjetividade como constituída em relação a uma alteridade;
- AT como um deslocamento pela cidade: entendida enquanto produto de relações diversas, conflitos, diálogos, negociações, afeto etc.

Seja pensando o CAPS, o AT, ou ambos, como dispositivos, a proximidade entre a noção de rede na TAR com o conceito foucaultiano se torna perceptível. Nos dois conceitos, há o reconhecimento de um amplo conjunto de entidades, que são heterogêneas e agem em conjunto, não se limitando a conexões estritamente humanas.

As experiências que aqui estamos narrando nos contam um pouco de como esses dispositivos, ou esses atores-rede, fazem-se, refazem-se, constroem-se e se reconstroem, caso a caso, cada um com suas particularidades. Como agiram, então, as estagiárias que acompanhavam Carlos? Pela rede, em conexão com o território, com a universidade, com o grupo de supervisão, com a literatura, com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com a família de Carlos, buscaram ampliar e fortalecer as redes de seus dispositivos. Diferente do psiquiatra que atendeu Carlos, procuraram fazer valer o que pressupõe a Reforma Psiquiátrica,

reconhecendo-o como sujeito, em sua totalidade, a partir de uma relação terapêutica mais horizontal possível.

Diferente da maioria dos olhares que sempre enquadram Carlos considerando dois estigmas de muito peso, o de louco e o de criminoso, as acompanhantes se interessaram por ele como sujeito. O que mais Carlos tem a dizer além de ter que explicar que já se arrependeu do que fez no passado e que “está bem com sua consciência”? Em quase todos os espaços pelos quais as acompanhantes circularam com ele, o espanto das pessoas era evidente, sendo que algumas até tentaram “alertá-las” de um possível risco que estariam correndo ao estar com ele. Nesse sentido, o próprio ato de estar com ele, nos mais diversos lugares, acompanhando-o com naturalidade, já representava uma intervenção potente. Afinal de contas, o que duas garotas, tão jovens, com seus vinte e poucos anos, fazem com alguém “tão perigoso”? Será que ele de fato é “tão perigoso”?

Os efeitos do acompanhamento com Carlos também podem ser sentidos em rede. De alguma forma, as pessoas passam a se questionar sobre como olham para ele: a própria equipe do CAPS, muito receosa em suas intervenções com Carlos, passa a ver possibilidades para seu projeto terapêutico singular (PTS); a família deixa de se sentir tão sozinha frente as suas demandas de cuidado; as acompanhantes se vêem, a todo o momento, lidando com suas frustrações, pré-conceitos, medos e incertezas em relação a um acompanhamento muito comentado; o próprio Carlos, mais conectado a cidade, coisas e pessoas, consegue dizer mais de si, trazer e elaborar questões.

## **2.4 Psicologia e Recalcitrância**

João é um senhor que no período em que foi acompanhado estava com seus 53 anos. Seu histórico de reincidência em internações é impactante. A primeira se deu aos seus 17 anos e, desde então, passou por mais de 100 internações, uma média de quase três internações por ano. O mais estranho é a naturalização dessa reincidência por todos: pelo próprio João, pela família e até pela equipe do CAPS. A naturalização é tanta que João chega a se referir aos períodos em que esteve em internação como um passeio e, assim também, referia-se à equipe quando ia lhe informar de uma possível internação. Em seu acompanhamento, buscamos

construir outras possibilidades para João, principalmente nos períodos de maior demanda de atenção por parte dele.

Os acompanhamentos com João se valeram de momentos de supervalorização por ele, daqueles que o acompanhavam e também por momentos de recusa e depreciação dos mesmos, da prática do AT e da prática *psi*. Em alguns momentos, disse que a família e o CAPS estavam incomodando, que a sociedade estava incomodando. Disse também que se sentia inundado pela psicologia, cheio dela, que ela estava lhe sufocando e isso também o incomodava. Repetiu isso várias vezes e questionava qual era a finalidade do AT, queria saber o que os acompanhantes estavam analisando nele e para qual fim.

*Perguntamos a ele que tipo de incômodo ele sentia com a gente e ele disse que não gostava que as pessoas ficassem querendo saber da vida dele, que ele não gostava de ficar falando da vida dele com a gente. É importante ressaltar, que em momento algum, em nenhum de nossos encontros com João, nós o questionamos ou interrogamos sobre qualquer coisa de sua vida. Os relatos feitos por ele se deram de forma livre e espontânea o que indica que nossos encontros e o conteúdo deles tenham provocado João de alguma forma, o que acredito que seja um dos objetivos do AT, de gerar incômodo no usuário, no sentido de torná-lo ativo e consciente de seu tratamento.*

*Em um dado momento, João foi ficando mais agitado e disse que estávamos machucando-o. Quando perguntei o que estávamos fazendo que o machucava, ele começou a gritar na rua, de forma chorosa, repetidamente: “Vocês estão me incomodando!”. Quando parou de gritar, ainda muito agitado, prosseguiu falando que não queria acompanhamento, que a gente não precisava voltar na próxima semana, que ele não queria mais ficar com a gente, que ele não gostava de nós, que estávamos julgando-o. Porém, todas as vezes que ele se acalmava brevemente, continuava nos dizendo para onde ir com ele e continuava nos falando sobre ele.*

(Diário de campo – NEPIS, 2013/2014).

Em vários dos acompanhamentos, João teve posturas como essa. Disse ter vontade de morrer, pois a morte daria a ele o descanso eterno, do qual ele jamais sairia. Disse também que sua doença o tornava um inútil, que ele não podia trabalhar nem fazer mais nada. Disse estar

muito desanimado, o que para ele significava estar morrendo. Nesse dia, virou para a acompanhante e disse: “sabe o que eu acho? Acho que a psicologia não pode fazer nada por mim”. O que a psicologia pode fazer pelos muitos Joões, que não se enquadram em um padrão e sofrem pela maneira com a qual vivenciam sua experiência com a coletividade?

Nesse sentido, a fala de João pode ser entendida como uma crítica precisa ao saber *psi*, no mesmo sentido em que faz Canguilhem quando diz que *de muitos trabalhos de psicologia, se tem a impressão de que misturam a uma filosofia sem rigor, uma ética sem exigência e uma medicina sem controle* (1973, p. n/d). João nos diz de uma psicologia que rotula, que diz para o sujeito quem ele é, como deve ser e agir, que o sufoca, o inunda, o incomoda, diz-nos, ainda, que está farto dela. Diante da psicologia, João é recalcitrante e vai de encontro a ela ao dizer que, por ele, ela não pode fazer nada.

A recalcitrância pode ser entendida como a capacidade que um sujeito tem de resistir diante de algo que dele é esperado. Para Latour (1997), nas ciências exatas, a recalcitrância ocorre mesmo com toda tentativa de rigor que se busca nos laboratórios, uma vez que seus objetos de estudo não se moldam frente ao pesquisador, sendo exatamente quando fogem a este controle, ou seja, quando eles recalcitram, que os cientistas avançam na construção de algo novo. Em ciências humanas, nossos sujeitos tendem a ser complacentes diante do conhecedor, já que há, nessa relação, uma verticalidade instituída, em que um discurso transvertido de científico se impõe como autoridade diante daquele que não o tem.

No entanto, são justamente nas situações em que não há total complacência, situações nas quais o inesperado acontece, situações em que os sujeitos se colocam em condições de não domínio (Arent, 2008) é que temos a possibilidade de questionar até que ponto nossas praticas produzem efeitos desejáveis diante daqueles que atendemos. Vemo-nos diante dessas situações, forçados a buscar outras possibilidades, outros caminhos. Sendo assim, a preocupação das ciências humanas não deve ser a de copiar a objetividade e o rigor das ciências exatas, mas sim a sua capacidade de lidar com situações recalcitrantes (Latour, 1997).

Naquela situação, João se fez recalcitrante diante de uma psicologia com a qual não queria mais se relacionar. Mas, durante os acompanhamentos, mostra-nos ter percebido que aquela psicologia, com a qual parecia estar habituado, talvez não fosse a única. Em uma de suas falas, nos sinaliza que havia uma diferença entre aquela e a maneira como operaram os acompanhantes: *João disse que não somos como os psicólogos que ele conheceu e conhece, e*

*ao perguntarmos o porquê, disse que não ficamos fazendo perguntas para ele responder (Diário de campo – NEPIS, 2013/2014).*

Havia, então, uma psicologia com a qual João estava habituado e havia a psicologia pela qual era acompanhado no AT. João tinha pré-noções, pré-juízos e expectativas de certas ações da psicologia. No entanto, no AT elas se fizeram de forma diferente. Diria que essa segunda se posicionou como uma psicologia recalcitrante, uma psicologia que quebra com os protocolos e se conecta com os sujeitos em acompanhamento, como mais um dos atores em rede, minimizando um possível distanciamento marcado pela verticalidade entre o terapeuta e o paciente. Assim, as possibilidades de ação/intervenção ficam mais fluidas, há mais negociação entre os envolvidos e vários caminhos possíveis se abrem.

Portanto, o AT também pode se fazer como potência recalcitrante, desde que os acompanhantes assumam uma postura que leve em consideração a imprevisibilidade que se faz marcante nessa modalidade de atendimento e que busquem acompanhar estes sujeitos sem fazer com que essa prática se configure como um mecanismo de controle e ajustamento. Nesse mesmo sentido, quero apresentar mais uma situação que nos ajuda a pensar o AT marcado pela imprevisibilidade. Trata-se do acompanhamento de um sujeito, que como escreve Arendt (2008):

assume publicamente a transgressão, a resistência, a desobediência civil frente ao social instituído, assumindo igualmente sua culpa e eventual punição, colocando-se num nexu *não social*, num lugar fora do domínio que o coletivo possa exercer sobre ele. Este indivíduo pode fazer explodir o coletivo e propicia uma transformação política (lembrando que nesta abordagem *política* é a construção de um coletivo, de um mundo comum)(p. n/d).

O sujeito por nós acompanhado foi Sérgio, diagnosticado com esquizofrenia. Sérgio carrega o estigma da loucura e ainda o de usuário de crack, além de ser preto, pobre e morador de periferia, como ele mesmo afirma. Essas características já o colocam como quem não se enquadra nos padrões de normatização e foge a certa ordem social. Nesse sentido, os diagnósticos, que poderiam ser utilizados pela equipe de saúde como uma ferramenta que auxilia na elaboração de caminhos e estratégias para atendê-lo só apareciam para enquadrá-lo, em uma tentativa de silenciar aquilo com o que não sabiam lidar. A fala de Sérgio evidencia esse fato: *“Perguntamos a Sérgio qual a sua compreensão acerca da origem e conteúdo das vozes, ele respondeu que as escutava porque era um ‘F20’:É esquizofrenia né? Me disseram que é esquizofrenia, é uma doença que eu tenho”*. Infelizmente, a falta de recursos para

acolher Sérgio, não se limitava a um diagnóstico mal empregado. Esse, na verdade, emergia como consequência de um despreparo ainda maior, como aparece nos diários.

*Chegamos à casa de Sérgio no horário combinado, sendo que desta vez, ao irmos ao CAPS encontrá-lo, Sérgio já não estava lá. Fomos informados que ele fez uso de crack dentro da instituição, e o mandaram embora para casa, sob o pretexto de que, caso ele continuasse fazendo uso dentro do serviço, chamariam a polícia para ele.*

(Diário de campo – NEPIS, 2013/2014).

Ao fumar crack dentro da instituição, Sérgio se fez recalcitrante, evidenciou sua transgressão, quebrou com o padrão de funcionamento da mesma. Mas, ao mesmo tempo, abriu possibilidades, convocou os profissionais a se posicionarem, a encontrar caminhos, a intervir. No entanto, como vimos anteriormente, o CAPS é um dispositivo e, como tal, se faz em meio a uma gama de atores em rede, envolvendo concepções teóricas, princípios filosóficos, éticos e morais, daqueles que, de alguma forma, o compõem. Dentre as possibilidades de intervenção que caracterizassem ações do campo da saúde, foi invocado ali um tratamento moral e, para não ser entregue à polícia, Sérgio teve que ir embora.

*Encaminhamo-nos então a sua casa, e conversamos a respeito de tal intervenção realizada no CAPS, discordando da forma de atuação dos profissionais ao chamar a polícia, em uma lógica de criminalização do uso de maneira violenta. Concordamos com a existência de limites impostos pela instituição, mas não como isso foi ministrado, com base em ameaça e não em diálogo. Nós, estagiários, compartilhamos de uma ansiedade quanto a como iríamos encontrar Sérgio em casa, porém pautamos acerca de nossa própria atuação frente a isso, que deveria ser o oposto da do CAPS, para que estabelecêssemos, sobretudo, uma relação mais próxima com o usuário, de confiança, retirando nossos juízos de valor acima do uso de drogas, tornando a relação conosco sincera, sem falseamentos e omissões.*

*Ao chegarmos a casa de Sérgio, percebemos que ele realmente estava bastante alterado, muito agitado e ainda fazendo uso. Convidou-nos para que entrássemos e, entrando na sala, relatou-nos que não se alterava com uso de crack, indo fumar e voltando sempre com o mesmo discurso, tentando fazer-nos perceber que ele fumava, a “onda” batia, durava dois segundos e ele voltava ao normal. Entretanto, apesar de*

*Sérgio enfatizar isso a todo o momento, visualizamos sim, durante todo o acompanhamento, um estado alterado, exaltado ao falar e gesticular, verborrágico e muito confiante de si e de sua relação com a droga. Dissemos a Sérgio que ele não precisaria se preocupar com nossa presença e que poderia continuar com o uso na nossa frente. Assim ele fez. Perguntamos a Sérgio o motivo de ele ter voltado a fumar e ele respondeu que outros usuários apareciam em sua casa e ofereciam, sendo que um dos dias em que isso aconteceu, ele não resistiu e fumou.*

*Tentamos abordar mais questões sobre o que o leva a fumar. Sérgio disse que fuma pelo prazer proporcionado pela droga, e que por esse prazer ser curto, de apenas dois segundos, ele faz uso compulsivo. Durante nosso diálogo procuramos viabilizar a percepção de Sérgio acerca dos prejuízos, que remetiam não apenas a seu estado físico. No final do AT, fizemos um enquadre com Sérgio, ao dizer que nossa função ali era terapêutica e que firmássemos um contrato de que durante os acompanhamentos ele não fizesse uso. Ele concordou, despedimo-nos e fomos embora*

(Diário de campo – NEPIS, 2013/2014).

Os estagiários se viram, também, diante de um sujeito recalcitrante. Ao fumar crack, ainda que em sua residência, diante de seus acompanhantes, Sérgio mais uma vez evidencia sua transgressão. No entanto, havia ali outra rede, outras conexões, também compostas por concepções teóricas, princípios éticos, filosóficos e morais. Não podemos negar que, na primeira situação, junto ao profissional do serviço que fez a intervenção, havia o peso da prestação de contas diante da instituição, o peso de estar em seu local de trabalho, o peso de esbarrar em uma questão legal. Nas duas situações, buscaram colocar limites. No entanto, na primeira, não houve a possibilidade do diálogo, ou era ir embora ou ir preso. Na segunda, houve escuta e negociação, e, a partir dessa ação, possibilidades foram abertas.

Os estagiários sentiram que havia entre eles e Sérgio um vínculo sendo constantemente construído e apostaram nisso para pensar suas ações no AT. Quanto mais frequentavam a casa de Sérgio e se interessavam por ele, mais esse vínculo se fortalecia. Essa relação permitia a Sérgio dizer de si e, junto com os acompanhantes, encontrar caminhos para lidar com aquilo que lhe trazia sofrimento, tanto em relação às experiências de ouvir vozes, quanto sua relação com o uso do crack.

*Percebemos uma íntima relação entre os sintomas do uso de drogas e audição de vozes diante de uma vida marcada por frustrações que paulatinamente o impediram de realizar seu projeto de vida. Além disso, Sérgio passou por diversos tratamentos em sua vida relativos a seu uso compulsivo de drogas, mas nenhum deles trouxe efeitos permanentes. Estes tratamentos não propiciaram a Sérgio uma reinserção social, pelo contrário, os primeiros se pautavam em abstinência, frustrando-o muito quando em recaída. Os seguintes, o institucionalizaram, em uma lógica da psiquiatria clássica, onde o uso de medicamentos aparecia como o único recurso utilizado*

(Diário de campo – NEPIS, 2013/2014).

Os acompanhantes buscaram, então, se valer daquilo que Sérgio apresentava como potencialidade, em especial seu gosto pela arte e pela música. Sérgio já havia se interessado por uma oficina de música que acontece na cidade, também desenvolvida pelo NEPIS junto aos serviços de saúde. Como um dos acompanhantes era também estagiário nessa oficina, não foi difícil desenvolver algumas ações no acompanhamento de Sérgio, valendo-se de seu interesse pela música. Levaram para casa de Sérgio uma bateria e um violão. Sérgio ficou muito empolgado com a bateria e começou, com exercícios básicos, aprender a tocar. A bateria ficou com ele, para que ele pudesse praticar em seu dia a dia, o que demonstrou, além de confiança, a força do vínculo que estavam construindo, já que, com frequência, Sérgio vendia as poucas coisas que ainda tinha em casa para conseguir dinheiro e comprar drogas. Mas, ainda sim, apostaram que ele não venderia a bateria.

Os acompanhantes ressaltam que, nesse dia, um primo de Sérgio fazia o uso do crack em sua casa, mas, em nenhum momento, ele o fez. Tal situação evidencia a força do vínculo estabelecido entre eles, desde a primeira conversa que tiveram, em que pediram para que Sérgio não fizesse o uso durante os acompanhamentos. Evidencia também que a rede que ali se fazia – os acompanhantes, o acompanhado, a casa, a bateria, o gosto de Sérgio pela música, a confiança nele depositada – fizeram daquele momento algo bem mais interessante que fumar uma pedra de crack.

A cada acompanhamento e também no seu dia a dia, Sérgio continuou treinando com a bateria. Em algumas semanas, avançava um pouco no aprendizado; em outras, menos. Embora fosse interessante Sérgio aprender de fato a tocar o instrumento, a intenção prioritária não era

essa, mas fazer dessa relação, entre Sérgio, os acompanhantes e a bateria, dispositivo que lhes permitissem trabalhar as questões de Sérgio. Tomando como princípio a redução de danos, tentaram ajudá-lo ao menos a diminuir o uso, sugerindo, por exemplo, que fumasse maconha ao invés do crack, ajudando-o, também, a pensar em construir um cachimbo que não queimasse sua mão, dentre outras ações que, no entanto, não tiveram muito apoio da RAPS da cidade.

Sérgio passou por períodos em que intensificou o uso. Gastava praticamente todo o dinheiro do benefício que recebia com drogas. Vendeu praticamente tudo o que restava em sua residência. Mas a bateria ficou. Foram quase três meses nessa situação de uso intenso. Os acompanhantes assumiram a responsabilidade de, ainda assim, deixar a bateria, pois não sabiam o que significaria para ele a retirada da bateria da sua casa, já que ela representava, de maneira muito clara, o vínculo entre eles. Por fim, a bateria também foi vendida. A última coisa na casa a ser vendida. Os acompanhantes se viram novamente diante daquela situação, em que são convocados a buscar novas possibilidades e assim fizeram, apostaram mais uma vez no diálogo e na negociação.

## CONSIDERAÇÕES

Considerações não precisam ser finais, já que trilhamos um caminho ainda árduo em busca de uma política de saúde mental que exige e exigirá de nós muita mobilização. Como defende Minayo, há sempre um caráter cíclico no pesquisar, que coloca a conclusão de uma proposta de investigação como abertura de novas possibilidades. A saúde mental, como um ator-rede, estará sempre em meio a um controverso processo de construção e reconstrução, no qual velhas e novas conexões – interesses políticos, financeiros, ideológicos, de classe, de categoria profissional etc. – colocam-na diante de movimentos constantes.

Nesse sentido, tais considerações aparecem aqui como mais um actante nesta complexa rede, que, como nos sugere o título, conecta o campo da Saúde Mental com os princípios da TAR e traça contribuições para pensar e repensar não só o AT, mas os modos de fazer Saúde Mental na atualidade. Tais reflexões se justificam e se fazem ainda mais necessárias nesse cenário político conturbado com o qual estamos lidando.

Ao articular a TAR com as práticas de AT, não busquei fazer desse referencial uma teoria ou saber pronto, distante e desconectado de um objeto a ser conhecido. Ao contrário disso, lancei mão da TAR como quem usa lentes, que ao se conectar com o globo ocular daquele que a utiliza, modifica-o e modifica a si mesma, tornando-se um híbrido (Latour, 2001; 2012): lente-olho. Esse híbrido lente-olho produz também um novo sujeito, capaz agora de se conectar e de se afetar, de uma outra forma, com um novo olhar. Assim, foi imbuído dessa outra forma possível de se conectar às práticas de AT que busquei tais contribuições.

Eis, então, o momento propício para retomar as questões com a quais encerramos a primeira parte do texto e abrimos a segunda: seria possível termos um modo de fazer saúde mental não moderno? Poderia o AT contribuir para seguirmos adiante nessa difícil tarefa? Arendt (2010) defende a produção de uma psicologia não moderna, que seria *uma psicologia da relação indivíduo-sociedade não assimétrica* (p. 27). Trata-se de um modo de fazer psicologia que não se limita ao psicologismo, mas também não se seduz pelo sociologismo. Trata-se de uma psicologia que atua nas fronteiras, lançando um olhar para a subjetividade, mas reconhecendo-a enquanto conexão com o espaço, coisas, pessoas, ou seja, a partir de uma

multiplicidade de elementos que contribuem com sua constituição (Arendt, Moraes & Tsallis, 2015).

Mas, por que o AT? Ele não se engessa em seu modo de fazer, a partir de um referencial específico. A forma como se estrutura permite refletir, repensar, construir e reconstruir uma relação terapêutica e identificar os processos de subjetivação pelos quais passam os sujeitos acompanhados, de forma diferenciada. Ele potencializa a possibilidade da mistura, da conexão entre o normal e o anormal, do racional e o irracional, do estranho e o aceito. No entanto, para que essa possibilidade se concretize em seu modo de fazer, é necessário que o acompanhante assuma uma postura que leve em consideração a imprevisibilidade que se faz marcante nessa modalidade de atendimento, a partir das múltiplas possibilidades de interações que o compõem.

É preciso acompanhar os sujeitos no AT, sem fazer com que tal experiência se configure em um mecanismo de controle e normatização de um ideal de sociabilidade, ou seja, sem fazer com que essas ações se tornem uma psicologia da adaptação e do ajustamento (Moraes, 2003). O AT, portanto, é potente como possibilidade e, ao mesmo tempo, um desafio. Desafio que nós, do NEPIS, aceitamos em 2014 quando iniciamos nossos trabalhos com o AT e que agora foram rememorados, não com um olhar de fiscalização e de avaliação, mas com a intenção de nos ensinar com suas singularidades, com seus erros e acertos e com aquilo que tal experiência pode vir a oferecer enquanto possibilidades de atuação em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1995, julho/setembro). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491- 494.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante (Org.), *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, 1(1), 45-66.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Arendt, R. J. J. (2008). Considerações sobre os conceitos de recalcitrância e de plasma e sua relação com o conceito de não domínio na obra de Bruno Latour. In: *VII Esocite - Jornadas Latino-Americanas de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias*, Rio de Janeiro.
- Arendt, R. J. J. (2010). Enfim: e a tua psicologia, como é e para quê?. In A. A. L. Ferreira, L. Freire., M. Moraes., & R. J. J. Arendt (Orgs.), *Teoria do Ator-rede e Psicologia* (pp. 180-196). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Arendt, R. J. J., Moraes, M., & Tsallis, A. C. (2015). Por uma psicologia não moderna: o pesquisarCOM como prática meso-política. *Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online)*, 15(4), 1143, 2015.
- Ayub, P. (1996, agosto). Do Amigo Qualificado ao Acompanhante Terapêutico. *Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência*, (4)2, 37-40.
- Barretto, K. D. (1997). Uma proposta de visão ética no acompanhamento terapêutico. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa (Org.), *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico* (pp. 241-268). São Paulo, SP: EDUC.

Bezerra, B. (1987) Considerações sobre Terapêuticas Ambulatoriais em Saúde Mental. In N. Costa & S. Tunidis. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental* (pp 133-169). Petrópolis, RJ: Vozes.

Brasil. (1988). Constituição Federal.

Brasil. (1990, 19 de novembro). *Lei 8080*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. (1993, 07 de dezembro). *Lei 8742*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

Brasil. (2001, 06 de abril). *Lei 10216*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Brasil. (2002, 19 de fevereiro). *Portaria 336/GM*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2003, 31 de julho). *Lei 10708*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Brasil. (2003, 31 de outubro). *Portaria 2077/GM*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2016, 05 de dezembro). *Proposta de Emenda à Constituição 287*. Altera os artigos 37, 40, 109, 149, 167, 195, 201 e 203 da Constituição, para dispor sobre a seguridade social, estabelece regras de transição e dá outras providências.

Brasil. (2016, 15 de dezembro). *Emenda Constitucional 95*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

Brasil. (2017, 13 de julho). *Lei 13.467*. Altera a Consolidação das Leis de trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n° 5.452 de 1° de maio de 1943, e as leis n° 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho.

- Canguilem, G. (1973). O que é a psicologia? *Tempo Brasileiro*(30)31, 104-123.
- Canguilhem, G (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Caponi, S. (2012). *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Cetolin, S. K. (2011). *Representações Sociais da Loucura: um estudo com profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia - HCT/BA*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Chauí-Berlink, L. (2011). *Andarilhos do Bem: Os Caminhos do Acompanhamento Terapêutico*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Delgado, P. G. (2016). São João Del Rei: diálogo sobre os caminhos da Reforma Psiquiátrica. Entrevista com Pedro Gabriel Delgado, em 28/06/2013. Michelle de Almeida César, entrevista e transcrição; Walter Melo, orientação. Revista pelo autor. In: W. Melo, P. H. C. Resende, S. R. Baeta, & T. O. S. Moreira. (Orgs.). *Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária* (pp. 11-45). Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Foucault, M. (2012a). *História da loucura*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Foucault, M. (2012b). Sobre a história da sexualidade. In M. Foucault, *Microfísica do poder*(pp. 363-406).São Paulo, SP: Gaal.
- Freire, L. L. (2006, janeiro/julho). Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. *Comum*, 11(26), 46-65.
- Ghertman, I. A. (1997). A teorização no acompanhamento terapêutico: impasse ou ruptura?. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos de A Casa (Org.), *Crise e Cidade*(pp. 233-239). São Paulo, SP: EDUC.

- Gonçalves, L. L. M. (2007). *A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica: o contexto, o texto e o foratexto do AT*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.
- Guilarduci, C. Almeida, A. K. T. & Vasconcelos, R. P. T. (2016). Conversa A-Fiada (de velhos e loucos): história, memória e narrativa. In: W. Melo, P. H. C. Resende, S. R. Baeta, & T. O. S. Moreira. (Orgs.). *Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária* (pp. 213-228). Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Jinkings, I. (2016). O Golpe que tem vergonha de ser chamado de golpe. In: I. Jinkings, K. Doria & M. Cleto. (orgs.). *Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo: Boitempo.
- Lancetti, A. (2009). *Clínica peripatética* (4ª ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Latour, B. (1985). As visões do Espírito: uma introdução a antropologia das ciências e das técnicas. *Culture Technique*, 14, 5-29. Traduzido para Publicações didáticas. Março, 1990 por J.M. Carvalho de Mello e C.J. Saldanha Machado.
- Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Latour, B. (1997). Des sujets recalcitrants. *Recherche*, 301.
- Latour, B. (2000). *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP.
- Latour, B. (2001). *A esperança de Pandora: ensaio sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru, SP: EDUSC.
- Latour, B. (2002). *Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches*. Bauru, SP: EDUSC.
- Latour, B. (2004). Por uma antropologia do centro. *Mana* 10(2), 397-414.

Latour, B. (2006). Como prosseguir a tarefa de delinear associações? *Revista Configurações*, 2, 11-27.

Latour, B. (2012). *Reagregando o Social*. Bauru, SP: EDUSC.

Law, J. (1992). Notas sobre a Teoria do Ator-Rede: ordenamento, estratégia, e heterogeneidade. Tradução de Fernando Manso. Recuperado em outubro de 2016, de [http://www.necso.ufrj.br/Trads/Notas%20sobre%20a%20teoria%20Ator-Rede.htm#\\_ftnref4](http://www.necso.ufrj.br/Trads/Notas%20sobre%20a%20teoria%20Ator-Rede.htm#_ftnref4).

Melo, W. (2009). A reta e a curva: cidade e subjetividade. In W. Melo, *O terapeuta como companheiro mítico: ensaios de psicologia analítica* (pp. 153-187). Rio de Janeiro, RJ: Espaço Artaud.

Melo, W. (2013). *Oswaldo Santos*. Rio de Janeiro: Fundação Miguel de Cervantes.

Minayo, M.C.S. (2009). O desafio da pesquisa social. In S. F. Deslandes, R. Gomes., & M. C. S. Minayo, *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp. 9-30). Rio de Janeiro: Vozes.

Minayo, M.C.S. (2014). *O desafio do conhecimento*. São Paulo, SP: Hucitec.

Moraes, M. (2003, setembro). A psicologia como reflexão sobre as práticas humanas: da adaptação à errância. *Estudos de Psicologia*, 8(13), 535-539.

Moraes, M. (2010). PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. In: M. Moraes, & V. Katrup. *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual*. Rio de Janeiro: Nau Editora.

Moraes, M. & Tsallis, A. (2016). Contar histórias, povoar o mundo: a escrita acadêmica e o feminino na ciência. *Rev. Polis e Psique*, (6)1, 39-50.

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

- 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, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Pelbart, P. P. (1990). Manicômio Mental: a outra face da clausura. In A. Lancetti, *Saúde Loucura* (pp. 131-138). São Paulo: Hucitec
- Pelbart, P. P. (1993). *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Pessoti, I. (1994). *A Loucura e as Épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pitta, A. (1996). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Santos, M. (2005). *Da Totalidade ao Lugar*. São Paulo, SP: EdUSP.
- Reis Neto, R. O. (1995). *Acompanhamento terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio do Janeiro, Rio de Janeiro.
- Ribeiro, E. S. & Baptista, L. A. S. (2016). Ruídos e silêncios de um corpo na cidade: paradoxos da produção da diferença no contemporâneo. *Psicologia em Revista* (22)2, 374-391.
- Rodrigues, A. C. & Baptista, L. A. S. (2010). Cidades-imagem: afirmações e enfrentamento às políticas da subjetividade. *Psicologia & Sociedade* (22)3, 422-429.
- Silva, A. S. T., & Silva, R. A. N. (2006). A Emergência do Acompanhamento e as Políticas de Saúde Mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26, 210-221.
- Simões, C. H. D., & Kirschbaum, D. I. R. (2003, dezembro). Produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica. *Rev Gaúcha Enferm*, 26(3), 392-402.

Teixeira, M. O. L. (2012). De Belmont ao Odilon Galotti: as comunidades terapêuticas no Brasil e a resistência à ditadura militar. *Culturas Psi*, 0, 63-83.

Venturini, T. (2009). Diving in magma: how to explore controversies with actor-network theory. *Public Understanding of Science* (19)3, 258-273.

Venturini, T. (2010). Building on faults: how to represent controversies with digital methods *Public Understanding of Science* (21)7, 796-812.