

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

JOHANA BEATRIZ CANTANHÊDE LOPES

**A DIMENSÃO POLÍTICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO UM
DISPOSITIVO PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA**

São Luís

2022

JOHANA BEATRIZ CANTANHÊDE LOPES

**A DIMENSÃO POLÍTICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO UM
DISPOSITIVO PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia,
da Universidade Federal do Maranhão, como
requisito para obtenção do grau de Bacharel em
Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Julia Maciel Soares.

São Luís

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Lopes, Johana Beatriz Cantanhêde.

A dimensão política do Acompanhamento Terapêutico como um dispositivo para a desinstitucionalização da loucura / Johana Beatriz Cantanhêde Lopes. - 2022.

53 f.

Orientador(a): Julia Maciel Soares.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. Acompanhamento Terapêutico. 2. Lugar Social da Loucura. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Territorialização.
I. Soares, Julia Maciel. II. Título.

JOHANA BEATRIZ CANTANHÊDE LOPES

**A DIMENSÃO POLÍTICA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO UM
DISPOSITIVO PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia,
da Universidade Federal do Maranhão, como
requisito para obtenção do grau de Bacharel em
Psicologia.

Aprovada em: ___/___/2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Julia Maciel Soares (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

William Amorim de Sousa

Jean Marlos Pinheiro Borba

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus. Me reconectar com a minha espiritualidade foi, com certeza, crucial na minha jornada até a conclusão desta monografia.

Agradeço à minha família, os principais responsáveis por eu ter chegado até aqui. Agradeço à minha mãe, Maria Rita, a mulher mais incrível que eu conheço, a minha maior incentivadora, o meu maior ponto de apoio, a pessoa que sempre colocou as minhas necessidades acima das dela. Não existem palavras suficientes para expressar o quanto eu sou grata. Agradeço ao meu pai, Domingos Lopes, meu incentivador, e maior exemplo de comprometimento com o trabalho. Nunca teria chegado até aqui sem as nossas conversas, que mesmo sem ele saber me davam força para levantar e ir à luta. Agradeço à minha irmã, Bruna, minha maior companheira, minha melhor amiga, a pessoa mais próxima de mim no mundo todo, e a pessoa que passou quase um ano me escutando falar sobre este trabalho, sei que não foi fácil. Vocês são tudo para mim, amo vocês mais que tudo.

Toda a minha família fez parte dessa caminhada de alguma forma, mas agradeço especialmente à minha madrinha, Maria Antonia, pessoa que sempre esteve presente na minha vida, e que sempre adivinhou os momentos certos para me mandar uma mensagem perguntando se estava tudo bem. Também agradeço à minha prima, Letycia, companheira de muitas aventuras, desde sempre, e para sempre.

Agradeço aos cristais da psi, meus amigos e companheiros de graduação e de vida, as pessoas que acompanharam mais de perto essa jornada. Kaio, eu lembro de todas as conversas que tivemos na porta da minha casa, em Arari, das nossas aventuras em cima de uma bicicleta, e viver mais essa aventura com você me fez muito mais feliz; Larissa, a gente se conectou desde antes do primeiro dia, naquela fatídica calourada, eu só não imaginava que estava fazendo ali uma amiga tão importante; Edson, é incrível o quanto a gente se entende, poder contar com as tuas palavras nesses últimos anos foi um dos melhores presentes que eu já ganhei; Lara, eu não tenho palavras para você, você me inspira e me encanta, às vezes não acredito que tenho uma amiga tão especial; Anis, você é uma das melhores surpresas que a graduação me trouxe, é sempre um prazer te escutar falar sobre as coisas que eu não conheço. Eu amo vocês!

Agradeço aos amigos que estão comigo desde a infância, crescer junto com vocês foi e continua sendo incrível: Renata, Glórinha, Alexandre, Maryana, Rone, Brenda, Hyan, Samara, e todos os que aqui não foram citados, mas que também fazem parte dessa jornada. Também agradeço à Márcio André, Andreza, e Odesse, amigos que também fizeram parte da

minha infância, e que continuam sendo presentes e essenciais na minha vida adulta. Amo todos vocês!

Agradeço à Thais e Mariana, amigas que primeiro me acolheram quando eu cheguei em São Luís, e que ainda são muito presentes na minha vida. Talvez vocês nem saibam o quanto isso é importante para mim, amo vocês!

Por fim, agradeço a todos os professores que participaram da minha graduação, em especial à Prof^a Dr^a Julia Maciel Soares, além da orientação desta monografia, foram anos de grupos de estudo, monitoria, e estágio, escutar você falar sobre psicanálise e infância tem sido fundamental para minha formação, além de uma inspiração. Admiro muito a mulher e profissional que você é.

*“Estive doente
dos olhos
da boca
dos nervos até
destes olhos que viram mulheres perfeitas
da boca que recitou poemas em brasa
ah... dos nervos manchados de fumo e café*

*Estive doente
não quero escrever
Eu quero um punhado de estrelas maduras
Eu quero a doçura do verbo viver”.*

(Autoria Desconhecida)

RESUMO

O Acompanhamento Terapêutico é um dispositivo que aposta na rua como um espaço clínico possível para o tratamento da loucura. Sendo assim, o presente trabalho se propôs a investigar em que medida o Acompanhamento Terapêutico está alinhado com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e se ele pode atuar na efetivação da desinstitucionalização da loucura. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica a fim identificar os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, o lugar social dado à loucura antes e depois da reforma psiquiátrica, e as possíveis contribuições do Acompanhamento Terapêutico na possibilidade de (re)inserção do sujeito da loucura em seu território. Concluiu-se que o Acompanhamento Terapêutico é uma função emblemática da Reforma Psiquiátrica, visto que ele não só está alinhado aos seus princípios e diretrizes, como também é um fruto da reforma. Sendo assim, a inserção do Acompanhamento Terapêutico na rede de serviços substitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a expansão de serviços em saúde mental territorializados, mostra-se como uma importante estratégia para a efetivação da desinstitucionalização da loucura.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Reforma Psiquiátrica; Lugar Social da Loucura; Territorialização.

ABSTRACT

Therapeutic Accompaniment is a device that bets on the street as a possible clinical space for the treatment of madness. Thus, the present work aimed to investigate to what extent Therapeutic Accompaniment is aligned with the principles and guidelines of Brazilian Psychiatric Reform, and whether it can act to effect the deinstitutionalization of madness. For this, bibliographical research was carried out to identify the principles and guidelines of Brazilian Psychiatric Reform, the social place given to madness before and after psychiatric reform, and the possible contributions of Therapeutic Accompaniment in the possibility of (re)inserting the subject of madness in their territory. It was concluded that Therapeutic Accompaniment is an emblematic function of the Psychiatric Reform, since it is not only aligned with its principles and guidelines but is also a result of the reform. Thus, the insertion of Therapeutic Accompaniment in the network of substitute services of the Unified Health System (SUS), as well as the expansion of territorialized mental health services, is an important strategy for the realization of the deinstitutionalization of madness.

Keywords: Therapeutic Accompaniment; Psychiatric Reform; Social Place of Madness; Territorialization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	–	Artigo
AT	–	Acompanhamento Terapêutico
<i>at</i>	–	acompanhante terapêutico
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	–	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	–	Conferência Nacional em Saúde Mental
DINSAM	–	Divisão Nacional de Saúde Mental
MTSM	–	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	–	Núcleo de Atenção Psicossocial
RP	–	Reforma Psiquiátrica
SUS	–	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	14
1.2 Problema de pesquisa	16
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 METODOLOGIA	18
4 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: um breve histórico, seus princípios e diretrizes	19
4.1 Histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira	19
4.2 As Conferências Nacionais em Saúde Mental	22
4.3 Os serviços substitutivos	27
5 O LUGAR SOCIAL DA LOUCURA	31
5.1 A loucura através dos tempos	31
5.2 Uma nova concepção sobre a loucura	35
6 O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	39
6.1 As origens do Acompanhamento Terapêutico	39
6.2 A função do Acompanhante Terapêutico	41
6.3 O Acompanhamento Terapêutico como a “função emblemática” da Reforma Psiquiátrica	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45

1 INTRODUÇÃO

A loucura foi, na maior parte da história da humanidade, trancafiada e calada. Os manicômios, que por muito tempo foram os únicos lugares destinados ao louco, e onde predominavam formas de tratamento desumanas, são constantemente comparados a campos de concentração (ARBEX, 2019). Somente no século passado (XX), no momento pós Segunda Grande Guerra Mundial, que movimentos para a reformulação da lógica manicomial começaram a ecoar por toda a Europa. Os trabalhos de Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra italiano, podem ser citados como alguns dos mais relevantes para se pensar e estudar a história das tentativas dessa reformulação. Basaglia defendia a superação da institucionalização da loucura e a constituição de um tratamento que priorizasse a inserção do louco na comunidade e as “[...] relações que esta estabelece com o louco - através do trabalho, amizade, e vizinhança, matéria-prima para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social” (AMARANTE, 1998, p. 49).

No Brasil, o processo da Reforma Psiquiátrica é composto por muitas histórias e personagens, e também é muito influenciado pelos movimentos de reforma europeus. Em nosso território, os movimentos reformistas iniciaram na década de 70, no contexto da ditadura militar instaurada no país, e foram intensificados, principalmente, no momento pós-ditatorial. Após 21 nebulosos anos de repressão, violência e atentados aos direitos humanos e sociais, floresceram muitos movimentos que visavam a democratização do país. Esses movimentos resultaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, e desde então a saúde passou a ser entendida como direito de todo cidadão e dever do Estado, e assim nasce o nosso Sistema Único de Saúde (SUS). No que tange a saúde mental, o SUS, através dos dispositivos a ele integrados, passou a ser o principal mecanismo para a desinstitucionalização da loucura do nosso país. No entanto, a promulgação da nova constituição e o nascimento do SUS é apenas um (importantíssimo) capítulo da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e alguns outros marcos devem ser citados para um melhor entendimento.

Os movimentos encabeçados por profissionais da saúde mental, sujeitos da loucura e seus familiares também são pontos chaves para o surgimento de uma nova concepção sobre a loucura na sociedade brasileira. São esses personagens que denunciam as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos do país, e são esses personagens que começam a se organizar politicamente objetivando mudanças. As principais articulações pela reforma da saúde mental brasileira foram feitas em encontros de profissionais como, por exemplo, a 8ª Conferência

Nacional de Saúde (1986), o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987), as Conferências Nacionais de Saúde Mental, entre outros.

Em 2001, depois de 12 anos tramitando no Congresso, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 foi sancionada. Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, do deputado Paulo Delgado, garante aos portadores de transtornos mentais direito a um tratamento adequado às suas necessidades, a inserção na família, trabalho e na comunidade, e também enfatiza que a internação só deverá acontecer quando todos os recursos extra-hospitalares já tiverem sido experimentados pelo usuário.

Apesar dessa lei representar um grande avanço no que tange a saúde mental brasileira, o seu texto “[...] não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios [...]” (BRASIL, 2005, p. 8), o que torna necessária a realização de um estudo aprofundado sobre as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira a fim de pensar de que forma os seus ideais podem ser convertidos em novos dispositivos para o tratamento da loucura. Isso começou a ser desenhado a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que aconteceu em Brasília, e contou com a participação de profissionais, usuários e familiares, onde “[...] são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil” (BRASIL, 2005, p. 10). A superação dos hospitais psiquiátricos, a criação de uma rede substitutiva para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, e a responsabilização dos municípios para o desenvolvimento de políticas públicas que envolvam a saúde mental são alguns dos princípios e diretrizes apresentados no relatório final dessa conferência (BRASIL, 2002). Para este trabalho, um dos princípios a ser discutido é o que explicita a necessidade de “[...] implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental” (BRASIL, 2002, p. 25).

Assim, um ponto fundamental da Reforma Psiquiátrica brasileira a ser discutido neste trabalho é a noção de territorialidade, que nos leva a pensar no nosso território não apenas como um pedaço de terra, mas como um cenário cheio de possibilidades para a realocação da loucura:

[...] o território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre

as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005, p. 26).

O território é colocado como um local de construção social, no entanto, para alguns sujeitos, falando aqui especificamente dos loucos, circular no seu território pode ser muito difícil. Apesar disso, a Reforma Psiquiátrica, ao trazer à tona a noção de territorialidade, mostra que a circulação e participação do louco na sua comunidade pode ser também terapêutico. Então, cabe pensar, em estratégias que possam efetivar a possibilidade de inserção do louco no seu território.

Nesse sentido, o Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ sendo uma prática que é apoiada na noção de territorialidade, defende a circulação do louco pela cidade como uma possibilidade para o tratamento da loucura. O AT pode ser definido, de acordo com Porto e Sereno (1991, p. 30) como uma

[...] prática de saídas pela cidade, com a intenção de montar um ‘guia’ que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico.

Sendo assim, o louco é convidado a aventurar-se na cidade, seja indo comprar pão na padaria, seja fazendo uma caminhada até a casa de algum parente. Essa prática, que no Brasil pode ser desempenhada por um psicólogo, mas não exclusivamente, pode ser um dispositivo que auxilia na circulação do louco no seu território.

Dado o exposto, o presente trabalho almeja investigar em que medida o AT está alinhado aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e se tal prática pode de fato contribuir para a efetivação da desinstitucionalização da loucura.

¹ Para fins de diferenciação, usa-se “AT” para Acompanhamento Terapêutico e “at” para se referir a Acompanhante Terapêutico.

1.1 Justificativa

Este trabalho justifica-se à medida que, mesmo com a instituição da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que assegurou o direito da pessoa portadora de transtorno mental de “[...] ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [...]” (BRASIL, 2001), em 2021 ainda existam tentativas de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental. Movimento que tem sido chamado por diversos autores como “contrareforma psiquiátrica” (NUNES *et al.*, 2019). Sendo assim, pesquisas que tenham enfoque no estudo e desenvolvimento de dispositivos para o tratamento da loucura que superem a lógica manicomial têm sido cada vez mais necessários e relevantes. Principalmente em tempos tão sombrios como o que estamos vivendo no contexto político/social brasileiro.

O AT é uma prática que propicia a circulação, acompanhada, do louco pela cidade, seja num passeio ao parque, seja numa ida ao cinema, ou boate. Dessa forma, “[...] tem a intenção de ser um momento em que o sujeito, com a facilitação de estar acompanhado, exerça alguma coisa de sua potencialidade vital, o que, muitas vezes, tira-o do mergulho que pode estar fazendo em direção à morte psíquica” (PORTO; SERENO, 1991, p. 28). Embora essa prática tenha tido os seus primeiros registros datados na década de 70, ela ainda é pouco difundida no território brasileiro. Portanto, esta pesquisa pode ser relevante ao reafirmar o AT como um possível dispositivo para o tratamento da loucura, além atualizar os estudos sobre o tema, visto que ainda existe um certo desconhecimento sobre essa prática dentro dos serviços de saúde mental, assim como poucas publicações sobre a temática (CUNHA; PIO; RACIONI, 2017). Além disso, no repositório de monografias do curso de Graduação em Psicologia do Campus Bacanca só foi encontrada uma monografia que trata sobre o tema, apresentada por Felipe Fook Bastos, e orientada pelo Prof^o. Dr^o. Jean Marlos Pinheiro Borba, cujo objetivo é “[...] investigar as possibilidades de integração entre o acompanhamento terapêutico (AT) e a Terapia Assistida Por Animais (TAA)” (BASTOS, 2018, p. 7), tendo como base a Psicologia Fenomenológica.

O tema surgiu a partir da minha experiência de duas semanas como acompanhante terapêutica (*at*) de uma criança autista, por volta do segundo semestre de 2018. Na ocasião me deparei com o desejo de me aprofundar e me especializar no assunto, o que percebi ser possível, inicialmente, através de uma pesquisa da literatura já existente sobre o assunto. Desde então, já tive outras experiências como *at* em duas clínicas da cidade de São Luís, o que me fez ver mais de perto os benefícios que essa prática pode oferecer para pessoas portadoras de transtornos

mentais. Trabalhar nesta monografia me faz ter esperanças de que no futuro o louco e a loucura estejam, efetivamente, incluídos na sociedade.

1.2 Problema de pesquisa

Em que medida o Acompanhamento Terapêutico (AT) está alinhado com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, no sentido de atuar para efetivar a desinstitucionalização da loucura?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar o Acompanhamento Terapêutico (AT) como uma estratégia para a desinstitucionalização da loucura.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira;
- b) investigar o lugar social dado à loucura antes e depois da reforma psiquiátrica;
- c) analisar as contribuições do Acompanhamento Terapêutico (AT) na possibilidade de (re)inserção do sujeito da loucura em seu território.

3 METODOLOGIA

A pesquisa em questão se indaga acerca do AT como um possível dispositivo para o tratamento da loucura, contrário à lógica manicomial. Para responder a essa indagação foi realizada uma pesquisa bibliográfica que “[...] implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 38). Dessa forma, a pesquisa valeu-se do exame de artigos adquiridos por meio de pesquisa *online* em plataformas como o Google Acadêmico, SciELO, Academia.edu, e outros buscadores digitais; também foram examinados livros; capítulos de monografias; capítulos de teses de mestrado e doutorado. Além disso, também se fez necessária a realização de um exame dos relatórios finais de todas as Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas no Brasil até o ano de 2021, a fim de identificar os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O exame da literatura citada objetivou identificar o que tem sido publicado acerca do Acompanhamento Terapêutico, fazendo um percurso pela história e atualidades sobre tema para que assim fosse possível fazer um paralelo com o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, assim como com as suas implicações políticas.

Os descritores utilizados nas pesquisas foram: história da loucura; loucura como doença mental; institucionalização da loucura; reforma psiquiátrica; reforma psiquiátrica brasileira; territorialidade; rede de atenção à saúde mental; e acompanhamento terapêutico.

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: um breve histórico, seus princípios e diretrizes

4.1 Histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira

No Brasil, os movimentos que culminaram na Reforma Psiquiátrica começaram no final da década de 70, no contexto do regime militar instaurado no país. Inicialmente, ocorreram denúncias que eram focadas nas péssimas condições de trabalho a que os trabalhadores em saúde mental eram submetidos, o que ficou conhecido como “A crise no DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental): o órgão que não fazia concursos desde a década de 50 começou a contratar bolsistas (profissionais ou estudantes da área da saúde), que trabalhavam em condições degradantes, além de não terem a sua integridade física assegurada, fato que se estendia aos usuários. Após as denúncias, a crise no DINSAM ganha notoriedade na mídia e a sociedade fica sabendo das terríveis condições dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1998).

Organizações começam a surgir como uma tentativa de transformação dessa realidade, como por exemplo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que inicialmente se concentrou em denunciar as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos, e em elaborar propostas de desospitalização. Diferentemente de movimentos anteriores, “[...] o projeto do MTSM assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico que, a partir de então, tem delineado o surgimento da atual concepção da Reforma Psiquiátrica” (AMARANTE, 1998, p. 13-14). Já nos últimos anos da década de 80 o MTSM deixa de ser um movimento exclusivo dos trabalhadores de saúde mental, e passa a incluir outros personagens como usuários dos serviços psiquiátricos, familiares, ativistas pelos direitos humanos, entre outros. Dessa forma, as discussões sobre saúde mental saíram de uma esfera exclusivamente técnica e passaram a fazer parte da agenda política e popular (AMARANTE, 1998).

As conferências nacionais de saúde também figuram como os principais espaços de articulação para a efetivação de mudanças nas políticas públicas em saúde no Brasil, o que inclui saúde mental. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), aconteceu no ano de 1986, e contou com a participação de mais de 4.000 (quatro mil) pessoas, sendo elas profissionais de saúde, representantes da sociedade civil e partidos políticos, teve como principais temas: saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento social. As discussões sobre esses temas tiveram um caráter participativo e democrático, dando origem a uma série de propostas, dentre as quais destacam-se a necessidade da ampliação do conceito de

saúde, a criação de um Sistema Nacional de Saúde, e a separação da saúde da previdência (BRASIL, 1986).

Como resultado da 8ª CNS, a saúde finalmente passou a ser concebida como um direito de todo brasileiro e dever do Estado, também foram definidos

[...] alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde - como sinônimo de qualidade de vida (AMARANTE, 1998, p. 77).

Um importantíssimo marco para a constituição do SUS, e conseqüentemente, para o avanço nas discussões sobre saúde mental.

No ano seguinte da realização da 8ª CNS, aconteceu o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP. Nesse congresso, já não se tratava mais de discutir apenas reformas trabalhistas ou físicas nas instituições psiquiátricas, mas de uma luta por uma sociedade em que o louco e a loucura não fossem mais aprisionados como objeto de um saber médico, uma luta que objetivava mudar a concepção da loucura (AMARANTE, 1998). Dentro desse movimento é redigido o Manifesto de Bauru (1987), documento de fundação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, instituindo o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que reafirma o compromisso do movimento contra a exclusão, discriminação e institucionalização do louco e da loucura.

Como um dos desdobramentos do II Congresso Nacional do MTSM aconteceu o “surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional [...]” (AMARANTE, 1998, p. 83). O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nasceu em São Paulo, no ano de 1986, como um dispositivo que representa a possibilidade de dar outro lugar à loucura, que não o encarceramento. Atualmente, os CAPS constituem-se como os principais dispositivos para o tratamento da loucura no país, e existem em todo território nacional. É função dos CAPS:

[...] prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2005, p. 27).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde foi finalmente consolidada como um direito universal e dever do Estado, todos os brasileiros passaram a ter o direito de serem assistidos não importando a sua origem ou as suas questões subjetivas. É

também o que possibilita a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), como consta no art. 198 (BRASIL, 1988a, p. 119):

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC nº 29/2000, EC nº 51/2006, EC nº 63/2010 e EC nº 86/2015) I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

Os direitos conquistados a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988; a criação de um Sistema Único de Saúde; e a elaboração de leis como a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica de Saúde, que regula em todo território nacional os serviços de saúde (BRASIL, 1990), são marcos que possibilitaram a virada de chave para a constituição de novos dispositivos para o tratamento da loucura. Esses marcos, além das leis específicas sobre saúde mental criadas posteriormente, possibilitaram que a Reforma Psiquiátrica Brasileira fosse, de fato, posta em prática.

No entanto, foi necessário esperar até o ano de 2001 para que a Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, ou Lei Paulo Delgado, fosse sancionada (lei que tramitava no congresso desde 1989!). Tal lei dispõe “[...] sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). O art. 4º da lei determina que “[...] a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes [...]” (BRASIL, 2001), e explicita que o principal objetivo sempre deverá ser a reinserção social do sujeito no seu território.

Outra importantíssima lei brasileira que dispõe sobre os direitos dos sujeitos portadores de transtornos mentais é a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. A lei que ficou conhecida como “De volta para casa”, instituiu um auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes internados em unidades hospitalares e hospitais psiquiátricos por um tempo maior ou igual a 2 anos. O intuito era encaminhá-los para serviços de tratamento que substituíssem o internamento, promovendo a reintegração desses sujeitos no seu território.

Para identificar os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, além de examinar os marcos históricos, e as leis que atualmente regem os dispositivos de saúde mental do país, também se faz necessário observar as contribuições das conferências de saúde mental que vêm sendo realizadas desde o período em que o país passou pela sua democratização. A história do movimento pela Reforma Psiquiátrica no nosso país nos mostra que, desde o princípio, nada se fez sem organização popular, e uma das principais características

dessas conferências é a participação de vários setores da sociedade em um debate democrático acerca do campo da saúde mental no país. Dessa forma, analisar os relatórios finais das conferências nacionais de saúde mental é poder identificar o que vem sendo construído, através dos anos, em relação aos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

4.2 As Conferências Nacionais em Saúde Mental

A I Conferência Nacional em Saúde Mental (CNSM) foi realizada em junho de 1987, em Brasília, DF, como um desdobramento da 8ª CNS que aconteceu no ano anterior. Os três temas básicos debatidos, e posteriormente apresentados no relatório final da conferência foram: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

A I CNSM representa um importante marco para o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois, além de ter sido a primeiríssima conferência sobre o tema realizada no país, contou com a participação de vários setores da sociedade civil, como profissionais de saúde mental, associações de usuários, instituições privadas, instituições de ensino, etc, que debateram democraticamente acerca dos temas já citados, e chamaram a atenção da sociedade para a necessidade de uma reformulação das práticas em saúde mental adotadas pelo país.

As discussões enfatizaram as imensas desigualdades sociais sob as quais o nosso país foi construído, e que geraram uma imensa concentração de renda nas mãos de uma minoria da população. Foi destacado ainda a necessidade de ampliação do conceito de saúde, e junto a isso a criação de políticas públicas que realmente provocassem mudanças sociais (BRASIL, 1988b).

O relatório ainda destaca a notória exclusão social dos portadores de transtornos mentais, chamando a atenção dos trabalhadores de saúde mental que se colocam em posição de dominação diante desses sujeitos. Orienta que os trabalhadores de saúde mental façam “[...] uma revisão crítica, redefinindo o seu papel, reorientando a sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes exploradas” (BRASIL, 1988b, p. 12).

A I CNSM ainda reafirma que a reforma sanitária, convocada pela 8ª CNS, deve ser implementada em todos os estados do país, e pede a criação de uma Comissão de Saúde Mental que participe da criação de políticas em saúde. Reforça a necessidade de criação de um sistema de saúde único e descentralizado, e a necessidade de reformulação do modelo assistencial em saúde mental e a reorganização dos serviços (BRASIL, 1988b).

Por fim, uma das principais diretrizes a serem destacadas dessa conferência, é a orientação para a urgente mudança no modelo de assistência hospitalocêntrico em vigor, “[...] dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização” (BRASIL, 1988b, p. 18).

A II CNSM foi realizada em dezembro de 1992, em Brasília, DF. Também possui a característica de ter sido um espaço de debate democrático, com participação de diferentes camadas da sociedade: associações de usuários e familiares; profissionais de saúde mental; governantes; sociedade civil; entre outros. Os temas que guiaram os debates dessa conferência, e foram apresentados no seu relatório final, foram: Rede de Atenção em saúde mental; Transformação e cumprimento de leis; Direito à atenção e direito à cidadania (BRASIL, 1994).

Os conceitos de “Atenção Integral” e “Cidadania” são norteadores no que tange às discussões realizadas nessa conferência, dessa forma, coloca-se como fundamental o entendimento de que a saúde é um processo complexo, “[...] onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades” (BRASIL, 1994, p. 6).

Por fim, o relatório da II CNSM também aponta para a necessidade de mudança na concepção comum sobre doença mental, assim como sobre a pessoa portadora de transtorno mental. Sendo que isso passa pela tradição psiquiatrizante a partir da qual esses sujeitos são “tratados”, sendo necessária a efetivação de uma rede de atenção integral substitutiva ao hospital psiquiátrico, com uma conseqüente desospitalização desses sujeitos que encontravam-se internados em hospitais (BRASIL, 1994).

A III CNSM, que foi realizada em Brasília, DF, em dezembro de 2001, figura como uma das principais conferências sobre saúde mental já realizadas no país, visto que grande parte das políticas públicas de saúde mental atuais foram pensadas durante a sua realização. O seu título: “Cuidar, sim. Excluir, não. – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, já demarcava o tema central dos debates que aconteceram durante os seus cinco dias de duração. Além do tema central, os subtemas discutidos foram: Reorientação do modelo assistencial em saúde mental; Recursos humanos; Financiamento; Acessibilidade; Direitos e cidadania; e Controle social (BRASIL, 2002).

A III CNSM foi realizada apenas poucos meses depois da aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Além da etapa nacional que teve a participação de 1700 pessoas, a conferência também teve etapas municipais e estaduais (BRASIL, 2002). A cronologia e a enorme adesão da sociedade ressalta a validade

das propostas e estratégias apresentadas neste evento a fim de contribuir para a efetivação dos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo importante reafirmar que esse processo “[...] não se faz apenas com leis e propostas; essas precisam ser efetivamente implantadas e exercitadas no cotidiano das transformações institucionais, dos serviços e das práticas e relações interpessoais” (BRASIL, 2002, p. 20).

Para este trabalho, se faz necessário apresentar um resumo das conclusões, acerca dos temas já citados, que foram descritos no relatório final da III CNSM, a fim de identificar os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, o que será feito a seguir:

“Reorientação do modelo assistencial em saúde mental” é o primeiro tópico apresentado. Nesse ponto, a saúde é reafirmada como direito do cidadão e dever do Estado, assim como é reivindicado que as políticas públicas de saúde mental respeitem os princípios do SUS, as diretrizes da RP, e as Leis Federais sobre o tema. Também é posto que a constituição de uma rede de atenção integral em saúde mental deve ser priorizada, e podemos observar uma orientação para sejam pensadas

[...] políticas de saúde mental mediante a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental (BRASIL, 2002, p. 24).

Outro ponto essencial apresentado é a orientação para que o processo de superação dos hospitais psiquiátricos ocorra com uma progressiva extinção de leitos em hospitais psiquiátricos, concomitantemente com a criação de uma rede substitutiva de serviços integrados à rede de atenção básica de saúde. Também é orientado que os serviços de atenção à saúde mental sejam essencialmente públicos e municipalizados, tendo o CAPS como dispositivo de referência, sendo essencial que os serviços substitutivos não reproduzam a lógica manicomial (BRASIL, 2002).

“Recursos humanos” é o segundo tópico apresentado no relatório, e reafirma que para a efetivação da RP é necessário que sejam elaboradas políticas que garantam capacitação e qualificação continuadas, assim como supervisão clínica para os profissionais; remuneração justa, com condições de trabalho saudáveis; transparência à respeito da gestão; e assistência à saúde integral do trabalhador (BRASIL, 2002).

Também orienta que as contratações sejam feitas exclusivamente através de concursos públicos, e que sejam feitos investimentos em novas tecnologias de educação, informação e comunicação. Além disso, aponta para a necessidade de que o trabalho em saúde mental seja essencialmente interdisciplinar e multiprofissional, a fim de que os usuários dos

serviços de saúde tenham contato com profissionais que possuam uma visão integral a respeito da saúde (BRASIL, 2002).

Sobre “Financiamento”, destaca-se a reafirmação dos princípios de integralidade, descentralização e controle social do SUS, sendo assim, “[...] os recursos devem ser centrados nas pessoas e não nos serviços” (BRASIL, 2002, p. 85).

É um tópico que também aponta para a necessidade de criação de políticas de financiamento que permitam a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva aos hospitais psiquiátricos, o que destaca a necessidade de fechamento de hospitais psiquiátricos públicos e privados, “[...] com a realocação dos recursos financeiros a eles destinados para a rede de serviços substitutivos” (BRASIL, 2002, p. 87). E àqueles que estejam em processo de desospitalização, sempre deverá ser assegurado assistência adequada (BRASIL, 2002).

No tópico “Acessibilidade” é reafirmada a meta de “[...] garantia de equidade de acesso a todos os serviços de saúde do SUS aos portadores de transtorno mental, incorporando-a nas agendas de saúde e programação das ações de saúde” (BRASIL, 2002, p. 107). Também aponta para a necessidade desses sujeitos terem acesso aos serviços básicos e essenciais como trabalho, educação, moradia, e transporte para o deslocamento até os serviços de saúde. E destaca a necessidade da democratização da informação acerca dos serviços de saúde mental, que deve chegar a todos e em qualquer lugar (BRASIL, 2002).

Em “Direitos e cidadania” é enfatizada a necessidade de que as políticas públicas de saúde mental “[...] fomentem a autonomia dos portadores de transtorno mental, incentivando deste modo o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares” (BRASIL, 2002, p. 121). Desse modo, o foco sempre deverá ser a reinserção social dos portadores de transtorno mental, assim como dos dependentes químicos, oportunizando a esses sujeitos meios de profissionalização para que, quando possível, sejam integrados ao mercado de trabalho (BRASIL, 2002).

Outra maneira de garantir a cidadania aos portadores de transtorno mental apontada é a inclusão desses sujeitos nas escolas e em programas de alfabetização, e também a oferta de atividades culturais e de lazer (BRASIL, 2002). Além disso, orienta que os manicômios judiciários também devem observar os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, reivindicando que os sujeitos submetidos a esses dispositivos tenham direito “[...] à responsabilidade, à assistência, e à reinserção social” (BRASIL, 2002, p. 127).

Por fim, sobre “Controle social”, é orientado que as políticas de substituição do modelo hospitalocêntrico sejam continuadas independente de mudanças do poder executivo,

sempre observando a garantia de “[...] representação dos três segmentos (usuários, familiares e profissionais de saúde), na perspectiva de acompanhamento da construção das políticas estaduais e nacional de saúde mental” (BRASIL, 2002, p. 141). É reforçado também que os Conselhos de saúde são órgãos de regulação do SUS, sendo assim, “[...] estão situados na sociedade e não nas instituições de Estado” (BRASIL, 2002, p. 141).

A partir do resumo das discussões apresentadas no relatório final da III CNSM, podemos identificar grande parte dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Na íntegra, o texto apresenta centenas de orientações a respeito da direção que os dispositivos de saúde mental do nosso país devem tomar, sempre com ênfase na desinstitucionalização, desospitalização, e criação de serviços substitutivos que sejam territorializados, integrados à comunidade, e acessíveis a todos os brasileiros sem distinção.

A IV CNSM-I foi realizada em Brasília, DF, em julho de 2010. Foi, pela primeira vez, intersetorial, o que é considerado um avanço em relação às conferências anteriores, visto que a complexidade das discussões sobre o assunto aumentou,

[...] o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado (BRASIL, 2010, p. 7).

O tema central da IV CNSM-I foi “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, contou com a participação de usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental, e outros setores da sociedade. Propôs um debate sobre as lacunas deixadas pela III CNSM, a fim de atualizar as medidas de enfrentamento no campo da saúde, que deve ser transversal e se fazer presente em todos os níveis de atenção, assim como ser debatido por todos os setores do Estado (BRASIL, 2010).

Algumas das questões mais importantes levantadas pela IV CNSM-I, e apresentadas no seu relatório final, são: a atenção em saúde mental deve ser essencialmente pública, sem que haja espaço para a terceirização dos serviços, e a necessidade de extensão da rede de serviços substitutivos para todas as regiões do país, não deixando que se concentrem apenas em grandes centros urbanos:

[...] a rede de serviços de saúde mental deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, propõe--se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo, afirma--se a estratégia do matriciamento e a articulação dos serviços em rede como garantia para a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade e conforme sua

necessidade (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010, p. 22).

Ao analisar os relatórios das conferências de saúde mental já realizadas no país, acima descritos, podemos ter um panorama geral do andamento da efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Muitos são os anos que separam a I CNSM da IV CNSM-I. Governos e até mesmo o século mudou, a complexidade dos debates também aumentou, e tudo isso reafirma a importância da realização dessa conferência periodicamente. Através dos anos muitos foram os temas que se repetiram, e com isso se reafirmaram centrais para o processo de reforma. Com especial destaque temos a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de criação de políticas públicas específicas para a saúde mental; reafirmação do direito de atenção integral e cidadania aos portadores de transtornos mentais; a desospitalização de pacientes de hospitais psiquiátricos e a realocação desses para serviços substitutivos, territorializados e organizados em rede; e a priorização da promoção de autonomia aos portadores de transtornos mentais.

4.3 Os serviços substitutivos

Sendo assim, os modelos anteriormente vigentes de exclusão e encarceramento, onde os loucos eram privados da livre circulação na sociedade ao serem internados em asilos e manicômios, começam a dar espaço a meios alternativos de tratamento da loucura. São os chamados serviços substitutivos, que no Brasil, começaram a ser experimentados a partir do final da década de 80, e início da década de 90, quando entram em vigor no país

[...] as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

Os CAPS são os dispositivos de referência da rede pública de atenção à saúde mental, e têm como objetivo “[...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13). Os atendimentos realizados podem ser de caráter intensivo, semi-intensivo e não intensivo, levando em conta a necessidade de cada usuário. Os CAPS também oferecem atendimentos individuais, com equipe multiprofissional; atendimentos em grupo; atendimentos para a família dos usuários; atividades comunitárias, em parceria com os dispositivos existentes na comunidade; e assembleias ou reuniões de organização de serviço, espaços de discussão sobre o próprio serviço oferecido (BRASIL, 2004).

Os CAPS funcionam de segunda à sexta-feira, e o horário de funcionamento depende do seu tipo, e se diferenciam:

a) Quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas. b) Quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (BRASIL, 2004, p. 22).

Dessa forma, os CAPS I, e II são dedicados para o atendimento diário de adultos; os CAPS III são dedicados ao tratamento diário e noturno de adultos; os CAPSi são dedicados ao atendimento diário de crianças e adolescentes; e os CAPSad são dedicados ao atendimento diário de usuários de álcool e drogas (BRASIL, 2004).

Os serviços substitutivos devem ser de base comunitária, territorializados e organizados em rede, de forma a garantir a autonomia de todos os sujeitos que necessitem de atenção à saúde mental. Dessa forma, pensar em serviços substitutivos à lógica manicomial, significa também pensar na noção de território. É necessário pensar no território além da noção geográfica de terras e áreas, e pensá-lo também através dos seus habitantes, da cultura, dos saberes, e através de uma análise das necessidades de cada povo. Sendo assim, os serviços substitutivos territorializados não devem ignorar as especificidades de cada comunidade:

[...] trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. (BRASIL, 2005 p. 26)

O foco das políticas públicas em saúde mental sempre deve ser a expansão dos serviços comunitários, pensando nas especificidades de cada território. No entanto, os CAPS, embora fundamentais, não são suficientes para garantir que os portadores de transtornos mentais vivam plenamente o seu território. É fundamental que os serviços substitutivos sejam pensados da forma mais plural possível, e que cada caso seja pensado de maneira específica, levando em conta a complexidade de cada sujeito para a construção de projetos terapêuticos singulares. Não basta que existam apenas modificações técnicas e administrativas, ou que um CAPS seja construído em cada esquina, para que a Reforma Psiquiátrica seja consolidada. Não basta que haja somente uma desospitalização em massa, que hospitais psiquiátricos sejam fechados, ou que sejam criados serviços intermediários de saúde mental. É preciso que sejam criadas políticas públicas que promovam a reinserção social do louco, políticas públicas que modifiquem a estrutura que põe o louco à margem, sendo assim:

[...] construir redes de potência, de criação de vida, que busquem a autonomia do sujeito e de produção de subjetivação é uma prerrogativa do cuidado em saúde mental. Conviver com as pluralidades existentes no território é um exercício político. Portanto, essa articulação é feita entre pessoas, garantindo um trânsito para a loucura no território e explorando as potencialidades dele (SOUZA; AMARANTE E ABRAHÃO, 2019, p. 1762).

A construção de redes de potência exige, essencialmente, a promoção de auto-estima, autonomia e cidadania aos portadores de transtornos mentais, tanto àqueles egressos de internações em hospitais psiquiátricos, quanto àqueles presos dentro da sua própria família. Os serviços substitutivos de saúde mental devem ser compreendidos como um meio de emancipação, e devem “[...] ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença” (BRASIL, 2002, p. 23).

Segundo o relatório final da III CNSM, os serviços substitutivos devem ser essencialmente públicos, todos submetidos ao controle social do Estado. Também devem dispor de equipes multiprofissionais que ofereçam atenção personalizada aos usuários e aos seus familiares. Se esses serviços se ancoram diretamente à noção de territorialização, então devem ser integrados à rede de saúde, e devem promover prevenção, assistência, e recuperação em saúde mental, buscando “[...] superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação” (BRASIL, 2002, p. 24).

Alguns dos serviços substitutivos que podem fazer parte da rede de atenção à saúde mental do SUS, identificados a partir da análise dos relatórios finais das conferências nacionais de saúde mental, são: urgências psiquiátricas; leitos psiquiátricos em hospitais gerais, habilitados para o atendimento de urgências; centros e núcleos de atenção psicossocial; núcleos de atenção à população usuária de álcool e outras drogas; hospitais dia; oficinas terapêuticas; centros de convivência e cultura; programas de geração de trabalho e renda; cooperativas; e serviços residenciais terapêuticos (I; II;III; IV CNSM-I).

Outro serviço substitutivo, que neste trabalho merece especial destaque, é o Acompanhamento Terapêutico. O relatório da IV CNSM-I recomenda o financiamento

[...] de ações no território como o Acompanhamento Terapêutico, as ações/estratégias de redução de danos e atenção domiciliar, considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento do usuário de forma itinerante, atendendo às suas particularidades e necessidades específicas (BRASIL, 2010, p. 68).

Em suma, os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira vêm sendo desenhados desde o final da década de 70, e a história do movimento pela reforma nos mostra a importância do envolvimento dos profissionais de saúde mental, usuários de serviços psiquiátricos, e os seus familiares nesse processo. Além disso, a história chama atenção para a

contribuição que os CNSM ofereceram para a construção de princípios e diretrizes suficientemente claros e coesos, mas que precisam ser periodicamente revisados e atualizados para dar conta de um tema tão complexo como o da saúde mental.

Os CNSM são espaços que, para além da construção dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, são necessários para pensar, repensar e propor novos dispositivos de atenção à saúde mental. O AT, como já citado, é um desses possíveis dispositivos substitutivos para o tratamento da loucura, e será discutido mais a fundo nos próximos capítulos.

5 O LUGAR SOCIAL DA LOUCURA

5.1 A loucura através dos tempos

Para pensar o AT como um dispositivo possível para o tratamento da loucura, contrário à lógica manicomial, é preciso antes pensar nas questões que tangem ao lugar social dado à loucura. Dessa forma, se faz necessário entender a forma como a loucura foi tratada através dos tempos, antes até da concepção da psiquiatria enquanto uma disciplina.

Apesar da psiquiatria ser uma disciplina recente, a humanidade sempre conviveu e mostrou-se interessada pelo louco e pela loucura. Interesse que pode ser identificado desde a Grécia Antiga, onde a loucura aparece nos textos teatrais como “[...] um estado que, mesmo incidental, é uma contingência natural da vida humana, do homem comum” (PESSOTTI, 1999, p. 16). A loucura era vista como como um estado de sofrimento, confusão, de paixão exagerada, não era uma doença e sim um sintoma. Os heróis e os deuses eram frequentemente retratados nesses estados emocionais alterados, o que os colocavam até numa posição de saber, os loucos tinham “licença poética” já que falavam pelos deuses.

Hipócrates, o pai da medicina, já rejeitava essa visão mitológica que “[...] identificava cada doença orgânica ou cada forma de loucura, pelo deus ou *dáimon* que se presumia responsável pelo distúrbio” (PESSOTTI, 1999, p. 18). Ele vem a desenvolver termos como mania e melancolia (delírio alegre e delírio triste) para classificar a loucura, sendo que cada uma dessas condições se dava a partir de um agente físico específico. Esses termos e essa visão nosológica continuaram sendo utilizados por muito tempo, até mesmo por Pinel, que adotou a nosografia de Hipócrates para nomear os tipos de alienação mental encontradas por ele (SERPA JR, 1996). Nesse período clássico da história, a loucura estava dentro da sociedade, os loucos eram os heróis, deuses e homens comuns que estavam perturbados por uma intensa paixão, por sentimentos exagerados, que sofriam de uma febre que os faziam delirar... Qualquer um poderia vir a enlouquecer.

Na Idade Média, principalmente tendo como apoio textos de Agostinho, Tomás de Aquino e os dogmas católicos, a loucura tinha o lugar de possessão demoníaca. Dessa forma, “[...] qualquer classificação de espécies da loucura se reduz então, a uma lista dos diferentes modos de atuação do demônio sobre o conhecimento e a vida afetiva” (PESSOTTI, 1999, p. 31). A loucura era vista como castigo divino aos pecadores que não seguiam os bons costumes que as Escrituras exigiam.

No Renascimento, para receber o estigma de louco só era preciso ter sido abandonado, ser pobre, rejeitado pelos pais ou pela sociedade (BRITTO, 2004). Nesse período histórico, o que predomina é a herança cartesiana da razão no cerne da existência, é quando a loucura passa a significar o contrário da razão: a desrazão. “A Não-Razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre, pelo menos de direito, comprometer as relações da subjetividade e da verdade” (FOUCAULT, 1978, p. 54). É também nesse período que o lugar da loucura passa a ser o da exclusão, a loucura é posta fora da sociedade já que é uma ameaça ao seu bom funcionamento.

Dessa forma, podemos afirmar que o louco e a loucura são tratados de formas diferentes através dos séculos e que cada região ou cultura possuem uma concepção diferente sobre esse fenômeno: paixões exageradas, possessão demoníaca, castigo divino, desrazão, entre outras. Em *História da Loucura*, Foucault (1978) narra os marcos históricos que colocaram a desrazão como uma ameaça ao bom funcionamento da sociedade europeia na virada do século XVI para o século XVII. Se antes o louco tinha “licença poética” e era considerado inofensivo, ou visto apenas um pecador sofrendo as consequências da ira divina, agora ele passará a ser visto como um perigo, junto com os miseráveis, libertinos, criminosos, hereges, desempregados e todas as pessoas que não eram funcionais para o Estado. Assim, o século XVII é marcado pela chamada “Grande Internação”, momento em que todos esses sujeitos, desprovidos de razão, foram institucionalizados em casas de internamento. De acordo com Foucault (1978, p. 55), “[...] mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses”.

Em 1656 foi decretada a criação do Hospital Geral de Paris pelo então rei da França, e as casas de internamento já existentes foram agrupadas a fim de “[...] recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária” (FOUCAULT, 1978, p. 56). Mas, apesar do nome, o Hospital Geral não possuía qualquer fim médico ou terapêutico, ele era “[...] uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (FOUCAULT, 1978, p. 57).

A Europa passava por uma grave crise econômica no século XVII e a Grande Internação foi também uma resposta a essa crise. As casas de internamento são registradas não apenas em Paris, mas na Inglaterra, Alemanha... Os desempregados eram confinados junto com os loucos a fim de aliviar a crise, pelo menos visualmente. No entanto o confinamento não se restringiu somente aos momentos de crise:

[...] fora dos períodos de crise, o internamento adquire um outro sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas (FOUCAULT, 1978, p. 77).

Esse cenário começa a mudar a partir do chamado “Grande Medo”: as casas de internamento passam a causar terror na população geral e todos os males que atingem a cidade são atribuídos agora a esses locais. O contágio se daria pelo ar, o “ar podre” do Hospital Geral se espalharia pela cidade e contaminaria a todos, todo um imaginário acerca desses locais passa a ser construído e a medicina é convocada a intervir com o intuito de acalmar a população. É dessa forma que a não-razão começa a se aproximar da doença:

[...] antes de formular-se o problema de saber em que medida o desatino é patológico, tinha-se constituído, no espaço do internamento e por uma alquimia que lhe era própria, uma mistura entre o horror do desatino e as velhas assombrações da doença (FOUCAULT, 1978, p. 391).

Questões econômicas também contribuíram para as mudanças do Hospital Geral, visto que, se antes recorria-se ao internamento para conter a crise econômica, agora era sabido que tal alternativa não seria eficaz para a economia. “Se estabelece a diferença entre pobres válidos e pobres doentes. Aos primeiros, o destino seria a liberdade e o mercado de trabalho. Os outros merecem a assistência social” (SERPA JR, 1996, p. 27). Dessa forma, os miseráveis que possuíam alguma força de trabalho foram alocados de volta para a economia, deixando os doentes e os loucos isolados nas casas de internamento, se fazendo necessária também a inclusão de cuidados médicos e de assistencialismo. A crise econômica que outrora havia superlotado as casas de internamento, agora as esvaziava. (SERPA JR, 1996).

Em um movimento que se estende por toda a Europa, começa-se a pensar num rearranjo do espaço físico do Hospital Geral, que é então deslocado para as periferias onde poderia ser mais aberto, arejado e afastado da população. Junto a isso, a sociedade começa a ter um limiar diferente para a não-razão: já que a loucura poderia ser contagiosa, os loucos deviam ser excluídos do convívio social. Os miseráveis, libertinos, hereges, e demais sujeitos do desatino, passaram a ser dirigidos a outras instituições. A loucura passa a ganhar grades de leitura: “o perigo de causar morte – dos outros (furor) ou a própria (imbecilidade) – e a existência ou não de sentido – alienação e insensatez – com a possibilidade da combinação destas categorias incipiente, gerando categorias secundárias” (SERPA JR, 1996, p. 26).

No contexto em que o Hospital Geral passa ser destinado somente ao aprisionamento da loucura, surge o mito de Philippe Pinel, o filantropo francês que, inspirado

pelos princípios da Revolução Francesa – liberdade, igualdade e fraternidade – desacorrenta os loucos de Bicêtre, casa de internamento em que era diretor. A partir desse ato, Pinel propõe o Tratamento Moral e passa a ser considerado o fundador da clínica psiquiátrica contemporânea. (SERPA JR, 1996).

O Tratamento Moral tinha como objetivos organizar a vida do louco no ambiente hospitalar a partir da melhoria do espaço físico, que agora deveria ser mais arejado e deslocado para a periferia; orientar a relação médico/paciente, onde o médico deveria ser autoritário e possuir uma firmeza benevolente, além de ser compreensivo junto aos pacientes; e aumentar a assiduidade dos médicos no Hospital Geral (SERPA JR, 1996).

Como consequência do desacorrentamento dos loucos, da inauguração do Tratamento Moral, e da inclusão da figura do médico a essa equação, a loucura foi reduzida de vez a condição de doença mental. Isso é reforçado pela inauguração da psiquiatria como ciência médica, que transforma a loucura em uma doença como qualquer outra. “Se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina” (FOUCAULT, 1978, p. 549). A loucura é posta como objeto de saber de uma especialidade médica, agora ela é uma doença que deve ter as suas causas estudadas, tratadas, e conseqüentemente deve ser erradicada.

Dessa forma, a consolidação da loucura como doença mental a partir do ato de Pinel, que inaugura a medicina psiquiátrica, aprisiona de vez a loucura. Amarante (1998, p. 27) afirma que:

[...] a obra de Pinel - estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) – representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos.

O modelo asilar de tratamento da loucura perdurou por muito tempo e podemos observar resquícios da sua influência até mesmo na contemporaneidade, mas não sem duras críticas e denúncias de contradição dentro dos ideais pinelianos, que inspirados na Revolução Francesa, e contrariamente a ela, continuavam privando os loucos de liberdade, calando as suas vozes através de meios repressivos, e buscando uma cura para a desrazão.

Somente no período pós segunda guerra, momento no qual a sociedade europeia passou por graves crises econômicas e em que as memórias dos campos de concentração ainda eram muito vívidas, algumas tentativas de reformular a concepção dos asilos foram

experimentadas. Essas tentativas foram diversas na Europa, e nem todas tiveram como objetivo a reintegração da loucura na sociedade. Na Inglaterra, por exemplo, foram registradas as experiências da Comunidade Terapêutica, que apostou na ideia de que mudanças físicas e de gestão seriam um caminho para a resolução dos problemas dos hospitais psiquiátricos encontrados (TOZATO, 2011); na França, a Psicoterapia Institucional se assemelhava à experiência inglesa no que tange a concepção de que seriam necessárias mudanças físicas e de gestão nos hospitais psiquiátricos (TOZATO, 2011); ao contrário, a experiência da Itália, sob influência dos trabalhos de Franco Basaglia, buscou a superação dos manicômios tanto na sua estrutura física quanto nas suas práticas e ideias que acabavam por excluir e patologizar a loucura (TOZATO, 2011).

5.2 Uma nova concepção sobre a loucura

Sendo assim, os movimentos pela Reforma Psiquiátrica que aconteceram no mundo todo, assim como no Brasil, nasceram como uma tentativa de pôr fim à concepção que condena a loucura a ser objeto de saber de uma especialidade médica, uma doença que precisa ser tratada e curada. Tudo isso à margem da sociedade, como acontecia desde os asilos de Pinel, até os contemporâneos hospitais psiquiátricos.

A nível nacional, as últimas décadas foram marcadas por consideráveis mudanças na atenção à saúde mental como consequência da luta histórica desempenhada pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Amarante e Torre (2018, p. 1092) mostram que:

[...] o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem realizado uma profunda crítica do paradigma psiquiátrico e engendrado diversos processos de desmontagem manicomial (com a substituição do manicômio por redes de serviços de saúde mental e dispositivos e estratégias de atenção psicossocial), bem como tem promovido a cidadania e a invenção de formas inovadoras de inclusão social dos sujeitos em sofrimento mental. Fundamentalmente, se destacam a inclusão pelo trabalho (por exemplo, através da economia solidária e do cooperativismo social, e nos projetos de geração de renda e empreendedorismo no campo da saúde mental); e a inclusão pela cultura e pela arte (nos projetos e grupos artístico-culturais da Reforma Psiquiátrica, em diversas linguagens artísticas, na música, no teatro, no cinema e vídeo, na pintura, nos blocos carnavalescos, entre outras).

No entanto, mesmo após anos de luta, e de inegáveis progressos, ainda existem os que defendem a internação como principal forma de tratamento para a loucura. Os argumentos a favor do isolamento são baseados, basicamente, na afirmação de que a falta de internações gera desassistência, e também nas concepções das ciências naturais que priorizam técnicas de experimentação:

[...] o isolamento como um princípio científico diz respeito a tirar os objetos de investigação de seus meios caóticos e tirar as interferências do ambiente natural, transportando-os ao ambiente asséptico do laboratório, o que coloca um problema epistêmico fundamental, qual seja: a concepção de estudar a doença mental isolando o louco, pelo esquadramento do hospital. Esse princípio se funda na ideia de que para tratar é preciso conhecer, e para conhecer torna-se imprescindível retirar quaisquer influências externas. A observação *in vitro* tira as más influências, permite a separação em tipos para a constituição de um espaço de conhecimento (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1094).

Esses argumentos vão totalmente de encontro ao texto da Lei da Reforma Psiquiátrica que preconiza a territorialidade e determina que internações só devem ser pensadas quando todos os recursos extra-hospitalares forem esgotados (BRASIL, 2001), mesmo para pacientes considerados graves. Além disso, argumentos a favor da internação também lançam questões para as fronteiras existentes entre a “normalidade” e o patológico, assunto amplamente discutido entre os estudiosos da Psicopatologia. Para Costa (2014, p. 176), “[...] o normativo, funcional ou o típico é um estado ideal, imaginado em função de nossos desejos, crenças e julgamentos”. Sendo assim, pessoas ditas “normais” são aquelas que atendem a todas as exigências éticas e morais de seu tempo, o que para a contemporaneidade significa, basicamente, atender aos ideais do capitalismo, adequando-se aos padrões de produção e consumo. Dessa forma, é a cultura que opera a fim de definir o que é normal e o que é patológico, o que resulta na exclusão da diferença, como diz (SANTOS *et al.*, 2019, p. 214):

[...] marginalização daqueles que não compartilham com os ideais dominantes: os considerados loucos, moradores de rua, drogadictos, pessoas com deficiência e imigrantes. Aqueles que vivem na contramão de seu tempo acompanham o agravamento de sua solidão pelo desprestígio social da tristeza e da diferença.

Outra questão é a existência de Manuais Diagnósticos e Estatísticos que classificam, descrevem e categorizam todos os distúrbios patológicos, ou transtornos mentais. Eles fazem com que haja um crescente número de diagnósticos, e uma conseqüente patologização e medicalização da vida. Tais manuais também supervalorizam, como diz Bezerra Jr. (2014, p. 15):

[...] paradigma biológico ou cognitivo em detrimento de concepções psicodinâmicas, psicossociais ou humanistas, pela subordinação da prática clínica aos ditames da indústria farmacêutica, pela infiltração do vocabulário psicopatológico nos processos de construção de identidades culturais, pela evacuação das noções de sujeito e inconsciente do raciocínio clínico, e assim por diante.

Dessa forma, não é à toa que discussões a respeito da retomada das internações, em detrimento do fortalecimento da rede de atenção à saúde mental territorializada, venham ganhando destaque.

Contextualmente, o processo de Reforma brasileiro tem sofrido duros golpes, principalmente depois dos acontecimentos políticos que em 2016 causaram o impeachment da presidenta democraticamente eleita Dilma Rousseff. Autores como Nunes *et al.* (2019) têm chamado esse processo de contrarreforma Psiquiátrica. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 2) também são autores que falam sobre um movimento de contrarreforma, chamando atenção para o desmonte que a Política Nacional de Saúde Mental tem enfrentado nos últimos anos: “no período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”.

A “Nova Política Nacional de Saúde Mental” se caracteriza pela volta do incentivo da internação de portadores de transtornos mentais em hospitais psiquiátricos; pelo aumento do financiamento de comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos; e também pelo aumento da rigidez no que tange o trato de usuários de álcool e outras drogas, inclusive indicando internação compulsória; além de outros retrocessos alarmantes (CRUZ; GONÇALVES E DELGADO, 2020).

Dessa forma, se o atual contexto político brasileiro aponta para tendências de “contrarreforma” psiquiátrica, ele também evidencia que o movimento de “reforma” deve ser uma ação contínua, já que não é algo que está cristalizado ou acabado. E, como já dito anteriormente neste trabalho, não basta que seja construído um CAPS em cada esquina, ou que os modelos de assistência sejam reorientados. Apesar de essas mudanças serem extremamente importantes e se constituírem como marcos históricos, ainda é necessário que a luta política e social por uma sociedade sem manicômios seja constantemente atualizada, sempre reafirmando que o lugar da loucura é sim na cidade:

[...] o lugar da emancipação e da autonomia, entendidas como realidades dinâmicas a serem construídas, é a cidade, as relações sociais possíveis no espaço da cidade, nos espaços de convivência coletiva, nos espaços de participação social, nos grupos sociais diversos e na busca de cuidado integral e acesso a políticas públicas. Isto é, promover o direito ao lazer e ao trabalho, o direito à cultura, os espaços de militância, o direito à saúde, educação, moradia, alimentação, mobilidade social, e a uma cidade sustentável e com mais equidade para os sujeitos em sua diversidade (AMARANTE; TORRE, 2018, p. 1095).

No manicômio não existe forma possível de existir sociabilidade. Também não existe forma possível de promover emancipação, ou dar autonomia para o sujeito da loucura, já que a maior função dessa instituição é justamente promover isolamento, deixando os sujeitos

sob tutela. É por isso que a desmontagem do manicômio é só o começo, como dito por Amarante e Torre (2018, p. 1095):

[...] em síntese, a desmontagem do manicômio começa com o fechamento das estruturas manicomiais, prossegue com a construção de novos conceitos, práticas, espaços de cuidado e novas formas de lidar com a loucura, e ganha sua maior abrangência com as lutas por uma nova cultura e uma nova forma de olhar e cuidar da loucura e a diferença na cidade. A cura se torna a ação de produzir subjetividade, sociabilidade – mudar a história dos sujeitos, o que passa a mudar a história da própria doença.

O louco já foi alguém acometido por uma paixão exagerada; um pecador sofrendo a ira divina; um pobre, abandonado; também já foi uma ameaça ao bom funcionamento da sociedade; e, por fim, se transformou em um doente. Em última instância, o tratamento dado ao louco, até o advento da Reforma Psiquiátrica, era a violência do aprisionamento, que lhe arrancava o título de cidadão portador de direitos. Sendo assim, o desmonte da Política Nacional de Saúde Mental elucida que, mesmo na contemporaneidade, ainda existem reverberações do lugar social historicamente destinado à loucura: o da exclusão. Santos *et al.* (2019, p. 217) diz que:

[...] a escuta, a clínica, o diagnóstico e o trabalho, são fundamentais para uma concepção mais ampla do processo de Reforma, que não se restringe simplesmente à alteração dos espaços. Essas dimensões devem ser transversais ao sistema de saúde e necessitam atuar na desconstrução dos estigmas sociais do louco ameaçador e insensato (reforçados continuamente pelas instituições psiquiátricas). A clínica ampliada busca qualificar o tratamento ao usuário, familiares, mas também transformar o lugar social da loucura e o conceito de doença.

Se o processo de Reforma não basta por si mesmo, é preciso criar e fortalecer dispositivos e estratégias que sejam consonantes aos seus ideais. Sendo o AT é um dispositivo clínico-político que atua “[...] alinhado a essa perspectiva, favorecendo tanto o cuidado em rede como auxiliando na desinstitucionalização de sujeitos que passaram por longos períodos de internação” (SANTOS *et al.*, 2019, p. 219), ele possibilita a inserção do louco em seu território, mudando, assim, o seu lugar social destinado à loucura.

6 O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

6.1 As origens do Acompanhamento Terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico (AT) teve o seu primeiríssimo registro, fora da Europa, em meados da década de 70, na Argentina. Relata-se que a constituição dessa clínica se deu por conta de frustradas tentativas de uma instituição, que tratava de pacientes psiquiátricos graves, de fazê-los aderir ao tratamento. Nesse contexto, “[...] pensou-se que alguém da equipe pudesse ir ao encontro do paciente, para tentar novas estratégias de instalação do dispositivo de tratamento, de modo a tentar trazer o paciente para o tratamento institucional” (HERMANN, 2010, p. 37).

A aderência ao tratamento é uma das maiores dificuldades enfrentadas por dispositivos de assistência à saúde mental. Dessa forma, quando a instituição, através de um membro da equipe, vai até o paciente (onde quer que ele esteja) e convida-o de volta ao tratamento, abrem-se novas possibilidades para constituição de uma clínica, abre-se para o novo. No início, esse “acompanhamento” era realizado por um profissional que estava diretamente ligado à instituição, e que tinha a função de realizar registros da vida dos pacientes e auxiliá-los em atividades do dia-a-dia, colaborando para a adesão do tratamento extramanicomial (HERMANN, 2008).

Desde então, muitos foram os anos, significados e significantes, discussões e reformulações feitas sobre essa prática. Reis Neto (1995), em sua tese de mestrado, narra como o AT começou no Brasil. Os primeiros registros foram feitos no Rio de Janeiro, numa comunidade terapêutica chamada “Villa Pinheiros”, que se manteve ativa entre os anos de 1969 e 1976. Nessa comunidade surgiu a figura do “auxiliar psiquiátrico”, que tinha a função de estar junto aos pacientes, acompanhando o seu dia-a-dia, inclusive em saídas à rua para realizar passeios, visitas à família ou outras coisas cotidianas. “Havia nisto a tentativa de ir reintroduzindo gradativamente os pacientes no meio social extra-clínica” (REIS NETO, 1995, p. 2). Esse serviço acabou por expandir-se para além da Villa Pinheiros, quando esses auxiliares começaram a ser convocados a atuar fora da comunidade terapêutica. “Buscava-se com isto, na maioria das vezes, justamente evitar a internação destes pacientes” (REIS NETO, 1995, p. 2), o que acarretou na continuação desse serviço mesmo quando a Villa Pinheiros fechou as portas em 1976, quando esse serviço expandiu-se para casas particulares.

Outra denominação que já foi dada a essa prática é “acompanhamento psiquiátrico”. Dessa vez, trata-se de uma equipe que inclui diversos profissionais como psiquiatras,

psicanalistas e terapeutas, e foi pensado para pacientes em crise, sendo que o objetivo era quase que exclusivamente conter as crises desses pacientes. “A equipe de auxiliares cumpria uma carga horária em geral superior a doze horas por dia junto ao paciente, prestando o tipo de serviços intensivos que seus pacientes demandavam” (REIS NETO, 1995, p. 2). Com o passar do tempo, as demandas que se apresentavam aos acompanhantes deixaram de serem exclusivamente para o atendimento de pacientes em crise e se estenderam a outros a que “[...] considerava-se desejável e/ou necessária a indicação de acompanhamento” (REIS NETO, 1995, p. 3).

“Amigo qualificado” também já foi um dos nomes atribuídos ao acompanhamento terapêutico, título que acabou sendo problematizado por alguns teóricos, visto que a palavra “amigo” poderia evocar a ideia de que nada de clínico ou terapêutico seria feito, e de que o cuidado oferecido seria semelhante ao que um cuidador de idosos exerce, ou, algo que uma saída com amigos poderia proporcionar (ARAÚJO, 2005). Essa problematização não é um consenso, autores como Araújo (2005) defendem o uso do termo, e afirmam que a clínica se dá a partir de uma amizade/acolhimento da diferença, o que não implica que isso se daria no campo de uma irmandade.

O fato é que essa prática do Acompanhamento Terapêutico, desde o início, se ancorou na ideia de que “[...] era possível avançar no tratamento de pacientes afetados de diversos modos por padecimentos psíquicos severos, indo além do mero controle social em que derivaram, indesejadamente, os objetivos terapêuticos da internação hospitalar” (PULICE, 2012, p. 21). Inicialmente as práticas de acompanhamento terapêutico, tanto no Brasil, quanto na Argentina, estavam vinculadas à saúde privada, e

[...] apresentavam-se como comunidades terapêuticas, marcadas por um hibridismo que concilia práticas inovadoras, inspiradas na psiquiatria social inglesa, na antipsiquiatria e na psicanálise, com formas de saber e poder próprias à psiquiatria tradicional (PALOMBINI, 2007, p. 126).

Apesar de não ser possível precisar, definitivamente, onde e quando se deu a origem do acompanhamento terapêutico, podemos afirmar que foram experimentações que tornaram possível o desenvolvimento de uma teorização acerca dessa prática. Porto (2015, p. 62) cita, como um dos exemplos dessas experimentações, a experiência de Nise da Silveira (1905-1999) na Casa das Palmeiras, uma “[...] instituição cuja proposta era de não internar os pacientes, mas, sim, tratá-los em regime aberto, com liberdade de entrar e sair”. O autor também cita a experiência registrada no início dos anos 1960 da Clínica Pinel, em Porto Alegre, onde figuram

os também chamados “auxiliares psiquiátricos”, que exerciam atividades semelhantes às relatadas na Villa Pinheiros.

Muitos foram os anos, significados e significantes, discussões e reformulações feitas acerca do AT. Sendo assim, para este trabalho, usaremos a tentativa de definição feita por Porto e Sereno (1991, p. 31), uma das primeiras tentativas de formulação publicada no país, que define o AT como:

[...] prática de saídas pela cidade, com a intenção de montar um “guia” que possa articular o paciente na circulação social, através de ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e a loucura, dentro de um contexto histórico.

6.2 A função do Acompanhante Terapêutico

Sobre a função do acompanhante terapêutico (*at*), Hermann (2008) defende que a sua teorização deve ser feita a partir de uma reflexão a respeito da própria prática. É fato que todas as histórias, nem sempre concordantes, que compõem o “mito de origem” do AT contribuíram para que a função do *at* também ganhasse aspectos heterogêneos (PULICE, 2012). Aspectos esses que também têm a ver com a ampla gama de lugares em que o *at* pode exercer o seu trabalho: como dito anteriormente, as práticas de AT foram inicialmente vinculadas à saúde privada, mas tão logo se estenderam também à saúde pública, o que inseriu o AT em diversas instituições, tornando fácil encontrar, hoje em dia, *ats* vinculados a hospitais, clínicas, e até mesmo a escolas.

Como já narrado, o que o *at*, que antes já foi chamado de “auxiliar psiquiátrico”, fazia era participar do cotidiano da instituição a qual estava inserido, ajudando os pacientes a se adequarem à rotina. A transição de auxiliar terapêutico para *at* se deu a partir do momento que, durante a ditadura militar brasileira, muitas comunidades terapêuticas foram fechadas, e o isolamento de pacientes psiquiátricos voltou a ser priorizado, o que levou os auxiliares psiquiátricos a serem convocados a atuar na própria residência dos pacientes. A partir desse momento, o auxiliar psiquiátrico, que antes estava submetido ao funcionamento de uma instituição que orientava a sua prática, “[...] passa a trabalhar diretamente com o paciente, assumindo ele mesmo o estatuto de instituição, ao intervir no seio da família do paciente sem o respaldo de uma equipe de trabalho constituída a priori” (HERMANN, 2008, p. 17).

A história das origens do AT também nos apresenta o termo “amigo qualificado”. As discussões sobre o uso desse termo, que ainda são muito presentes atualmente, perpassam,

principalmente, uma das características essenciais da clínica do AT: a proximidade com a loucura. Apesar disso, o termo “acompanhante terapêutico” é o mais frequentemente adotado, principalmente por enfatizar a dimensão clínica e/ou terapêutica da prática, visto que a “[...] proximidade pela proximidade não promove tratamento e também é verdadeiro o fato de que os integrantes do par acompanhante/acompanhado ocupam posições assimétricas. Há quem sofre e há quem oferece tratamento” (HERMANN, 2008, p. 20).

Apresentar, novamente, as transições que o termo “acompanhante terapêutico” sofreu é importante para enfatizar que elas não se deram à toa, e que também têm um efeito no que tange a própria teorização a respeito da sua função. Sendo assim, a partir da breve apresentação feita a pouco, podemos afirmar que uma das principais funções do *at* é suportar a diferença, suportar o funcionamento “peculiar” do louco. O AT pode ser definido como uma estratégia de circulação no social, uma estratégia de tratamento para a loucura, ou para como se queira chamá-la: psicose, transtornos de personalidade... Sendo assim, o *at* trabalha para sustentar a circulação do louco em seu território, mesmo que, a princípio, seja a própria casa do sujeito que precise ser explorada.

O *at* age acompanhando o louco na tentativa de encontrar espaços na cidade onde seja possível a ele exercer o que tem de mais singular (PORTO; SERENO, 1991, p. 26). O *at* faz, junto ao acompanhado, uma viagem pela cidade, explorando possibilidades e pontos de interesse. Investiga, por exemplo, se o acompanhado gosta de comida japonesa, para que possa propor que os dois juntos mapeiem os melhores restaurantes japoneses da cidade, “[...] trata-se, portanto, de um guia de ocupação, que facilita o deslocamento do sujeito pelo espaço urbano. Quanto mais se conhece lugares, mais aumenta a capacidade de circulação do sujeito [...]” (PORTO; SERENO, 1991, p. 27), e com isso se constrói a possibilidade desse sujeito voltar aos lugares que preferir sozinho, ou com alguém de quem goste.

Um dos objetivos do AT é justamente promover a integração do louco ao seu território, e o *at* funciona como um suporte/modelo, que ajuda o acompanhado a “[...] receber, identificar e responder vários estímulos que se lhe apresentam, num clima de segurança e incentivo para abertura a novas vivências [...]” (CAMARGO, 1991, p. 52), sempre incentivando a abertura de janelas, já que as portas, historicamente, lhes foram fechadas.

No entanto, a tentativa de atribuir ao *at* uma função específica e definitiva pode nos fazer entrar em uma lógica parecida com a dos manuais que nos apresentam, sem titubear, como “[...] intervir em qualquer situação que pudesse surgir na prática clínica, e no atendimento de cada paciente, que com o estabelecimento de seus respectivos diagnósticos, passariam a ser representantes das diversas figuras nosográficas propostas pelas classificações em uso”

(PULICE, 2012, p. 57). O perigo disso é colocar a loucura, mais uma vez, como objeto de saber de uma especialidade, que nesse caso seria do próprio acompanhamento terapêutico.

Sendo assim, adotando uma perspectiva consonante a da Reforma Psiquiátrica, e a mesma adotada por Pulice (2012), consideramos que a função do *at* deve ser construída a partir da elaboração de uma estratégia de tratamento que leva em conta a singularidade de cada sujeito:

[...] considerando o sujeito em sua singularidade, o que nos priva de estabelecer um saber prévio do lado do terapeuta acerca do que cada sujeito padece, tanto quanto de antecipar qual seria o modo de tratar esse mal-estar. Disso resultará que a função do acompanhante terapêutico também não poderá ser estabelecida a priori, ou com base no diagnóstico que cada paciente recebe; ela irá se delineando conforme o desenrolar, no próprio cenário do tratamento, da problemática essencialmente singular de cada sujeito (PULICE, 2012, p. 64).

6.3 O Acompanhamento Terapêutico como a “função emblemática” da Reforma Psiquiátrica

O AT é, repetidamente, posto como um dispositivo proveniente da Reforma Psiquiátrica (RP). Essa afirmação se justifica a partir da própria história da RP, que possibilitou que os modelos de assistência à saúde mental anteriormente vigentes pudessem ser substituídos. Dessa forma, o AT também pode ser entendido como um ato político na medida em que ele é uma possibilidade de resistência à institucionalização da loucura. Palombini (2006), posiciona-o como uma “função emblemática” da Reforma Psiquiátrica devido ao fato da sua prática em possibilitar que:

[...] o usuário, tanto em seus percursos pelos serviços e outros dispositivos próprios às políticas públicas, quanto na experimentação de uma sociabilidade que se exerce em espaços variados da cidade, é o próprio processo de implementação da Reforma Psiquiátrica que é assim acompanhado, pondo em análise o funcionamento da rede e as formas como as comunidades locais, a começar pelas famílias, respondem à desinstitucionalização da loucura (PALOMBINI, 2006, p. 118).

Mas o que é um dispositivo, e por que o AT é classificado como um? Segundo Agamben (2005) “Dispositivo” é um termo essencial para o pensamento de Foucault, que apesar disso nunca deu a ele uma definição específica. Agamben (2005, p. 13), por sua vez, a partir do seu estudo da obra foucaultiana, define dispositivo como “[...] qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar interceptar, modelar, controlar, e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes”. A partir dessa definição, instituições como as prisões, os manicômios, e as escolas podem

rapidamente serem classificadas como dispositivos, mas a clínica, a família e a própria linguagem também o são (AGAMBEN, 2005).

Podemos dizer que os dispositivos possibilitam a nossa constituição como sujeitos, e o AT é um dispositivo que dá uma nova oportunidade para os loucos, uma oportunidade de redescobrimto da sua sociabilidade, e do seu pertencimento à cidade. Ao se posicionar contra muros, seja os dos hospitais psiquiátricos, seja os muros da casa e do quarto, o AT é um dispositivo que possibilita que o louco (re)ocupe o seu território, Dessa forma, a sua prática:

[...] 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 a seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma (PALOMBINI, 2006, p. 131).

O lugar da loucura mudou, seu lugar não é mais o da exclusão, o dos manicômios, mas ainda assim o louco enfrenta resistência, da sociedade, da sua própria comunidade e família, para que se aproprie do seu próprio território. Como se já não encontrasse resistência o suficiente dentro do seu próprio modo de ser no mundo.

Sendo assim, também podemos definir o AT como uma clínica ampliada, uma clínica que acontece fora das instituições, ainda que por vezes apoiada nelas. É uma clínica do deslocamento, onde o tratamento acontece na cidade, e o acompanhante, de certa forma, sustenta a entrada do acompanhado nela.

É uma clínica que se faz a céu aberto, aberta aos múltiplos territórios que se inter cruzam na cidade, a experiência suscitada pelo acompanhamento terapêutico desvela a possibilidade de operar a clínica nesse registro em que a guerra, a conflitualidade, o imprevisto têm lugar (PALOMBINI, 2006, p. 124).

Na rua emerge o imprevisto, abre-se para a alteridade. Lógica contrária à psiquiatrizante, que doma, modula e cala os sintomas. Sendo assim, no AT os sintomas encontram, na rua, um lugar que os cabe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que na história da loucura o enclausuramento do louco foi a principal via utilizada para tratar, ou melhor, – calar –, os seus sintomas. Depois de serem mandados para hospitais afastados das cidades, e terem suas identidades negadas, o lugar social que restava ao louco era o de não cidadão. Os loucos eram párias, não possuíam direitos humanos básicos, e, a partir da inauguração da clínica psiquiátrica, os loucos se tornaram doentes mentais. Os movimentos de Reforma Psiquiátrica despontaram somente no período pós segunda guerra no mundo todo, objetivando mudar a concepção da loucura que desconsiderava o sujeito, o condenando à exclusão. A RP brasileira teve seus primeiros registros na década de 70, no contexto da ditadura militar. Os profissionais de saúde mental foram os precursores desse movimento, e logo se juntaram a eles usuários dos serviços psiquiátricos e seus familiares. A Lei nº 10.216, de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica é o principal marco do movimento de reforma brasileiro, visto que tal lei determina que a internação de pacientes psiquiátricos só deverá ser indicada quando todos os recursos extra-hospitalares forem esgotados (BRASIL, 2001).

Um exame dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no país nos anos de 1987; 1992; 2001; e 2010 possibilita a identificação dos princípios e diretrizes da RP brasileira, já apresentados neste trabalho, e também nos atualiza a respeito da efetivação dos objetivos traçados ao longo desses anos. Entre eles a noção de territorialidade se impõe como fundamental ao destacar o território não apenas como uma área geográfica, mas como um ponto de desenvolvimento essencial para os sujeitos, e que indica que o trato em saúde mental deve ser feito na comunidade, incluindo toda a pluralidade, e saberes dos sujeitos que vivem nela (BRASIL, 2005). Sendo assim, os serviços substitutivos à lógica manicomial começaram a serem experimentados tomando como referência a noção de territorialidade, e por isso preconizando uma organização em rede, com base comunitária, buscando efetivar a autonomia de todos os sujeitos que necessitarem de atenção à saúde mental.

Como exemplos imediatos de serviços substitutivos à lógica manicomial podemos citar os CAPS, NAPS, e Hospitais-dia. Serviços que, atualmente, figuram como os principais dispositivos de atenção à saúde mental inseridos no SUS. No entanto, tais serviços possuem limitações, e não bastam por si mesmos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. As políticas públicas em saúde mental devem ser constantemente atualizadas, pensadas e repensadas, e o material produzido em todas as CNSM devem ser explorados até serem

esgotados, visto que neles já existem indicações de dispositivos que podem ser inseridos na rede de atenção à saúde mental do SUS, sendo o AT um deles.

Este trabalho se propôs a investigar em que medida o AT está alinhado aos princípios e diretrizes da RP brasileira, e se ele pode atuar no sentido de efetivar a desinstitucionalização da loucura. A partir de toda a discussão aqui feita, podemos concluir que o AT não apenas está alinhado aos princípios e diretrizes da RP brasileira, como ele também pode ser posto como um fruto dos movimentos de reforma, visto que tal prática está ancorada no princípio fundamental que enfatiza que o tratamento da loucura pode e deve ser feito no território, e que a cidade também pode ser um *setting* terapêutico. Dessa forma, podemos afirmar que o AT é também um ato político, visto que a sua disseminação é uma forma de resistência à institucionalização da loucura, e não apenas isso, é a “função emblemática” da RP brasileira, considerando que a sua prática atualiza a luta pela desinstitucionalização da loucura (PALOMBINI, 2006).

Bom, mas se o AT é uma função tão cara, que não apenas está alinhada aos objetivos como também pode ser definida como fruto da Reforma Psiquiátrica, e além disso é um dispositivo que pode ser pensado como uma maneira de sustentação da loucura no território, contrário à institucionalização a que faz anteparo, por que ele é um dispositivo ainda tão pouco difundido? E por que o AT ainda não está oficialmente inserido como um dispositivo no SUS? Essas questões foram suscitadas ao final deste trabalho, e iremos apresentar um breve panorama de como elas podem ser debatidas de formas diferentes, sem pretender esgotar as questões, que permanecem em aberto.

O caminho tomado pela Argentina para a inserção do AT na saúde pública do país foi “[...] através da sua profissionalização, sua responsabilidade profissional e âmbito legal” (HERMANN, 2012, p. 32). Congressos nacionais e internacionais foram organizados a fim de fomentar a teorização sobre a prática; leis foram pensadas e debatidas no Congresso Nacional; e cursos de nível superior em AT foram instituídos. Tudo isso fez com que a experiência argentina fosse posta como ponto de referência para outros países que almejam, ou pelo menos estudam, incorporar o AT no sistema público de saúde (HERMANN, 2012).

No entanto, no Brasil, a profissionalização do AT não é um ponto de concordância entre os estudiosos do tema, sendo que os argumentos contra giram em torno, principalmente, da afirmação do AT como uma função que pode circular em várias especialidades. Visto que, no nosso país, apesar de haver uma predominância de *ats* com formação em psicologia, também existem *ats* com formação em medicina, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional, e diversas outras, “[...] nesse sentido, o AT, ao ser pensado mais como uma função, convocaria

todos os profissionais a se apropriarem daquilo que ele mesmo nos ensina acerca da sua potência clínica” (HERMANN, 2012, p. 32). Ou seja, falando dos serviços públicos de saúde, essa posição convocaria todos os profissionais da equipe multiprofissional a serem “um pouco *ats*”, e a normatização da prática reduziria a potência da clínica (HERMANN, 2012).

Dado esse breve panorama acerca dos argumentos que balizam as discussões sobre a profissionalização ou não do AT, também é necessário reconhecer que, no Brasil, essa clínica tem atingido, majoritariamente, a parcela da população que pode pagar pelas horas de acompanhamento. O que, na nossa sociedade extremamente desigual, significa um número mínimo de sujeitos que ao menos já ouviram falar sobre essa modalidade de tratamento para a loucura.

Estudos que tratam sobre a implementação do AT no SUS já vêm sendo realizados e publicados. Como exemplo temos a publicação de Ferro *et al.* (2018), onde existe uma tentativa de estruturação do dispositivo dentro da rede de saúde mental. O estudo teve como ponto de partida a experiência do exercício da função de *at* por estagiários da Universidade Federal do Paraná em um serviço público de saúde mental. Um dos principais pontos demarcados pelos autores é que, atualmente, a maioria dos profissionais que atuam no SUS como *ats* estão vinculados a estágios e/ou projetos de extensão de universidades, o que acaba limitando o trabalho ao período letivo e carga horária de estágio de cada instituição, além disso, geralmente se trata de trabalho voluntário. A solução para esse problema, segundo os autores, se daria com a vinculação de cursos de pós-graduação em AT nesses projetos, o que aumentaria os recursos humanos, e até mesmo com a “[...] configuração de cursos de AT vinculados aos equipamentos de Saúde Mental, os quais, ao proporcioná-los, garantiriam por um lado formação profissional para o AT e, por outro, campo de prática para seus usuários” (FERRO *et al.*, 2018, p. 69). No entanto, a experiência também mostrou ser imprescindível que haja o envolvimento dos profissionais da própria equipe multiprofissional do serviço, para que possa haver uma discussão dos casos elegíveis para acompanhamento, além de um envolvimento de todos da equipe com a evolução do caso. Dessa forma, mesmo com final dos estágios e projetos de extensão, os acompanhados não ficariam desassistidos.

Podemos concluir que, para além de uma profissionalização do AT, se faz necessário, antes de tudo, a elaboração de uma estratégia que guie o funcionamento do dispositivo nos serviços substitutivos de saúde mental. Os trabalhos de autores como Palombini (2006) e Hermann (2008), para citar alguns, já se dedicam a pensar em ferramentas teóricas para a clínica do AT, e um exame desses trabalhos pode guiar a elaboração de uma estrutura para a inserção do AT como um dispositivo para o tratamento da loucura dentro das diretrizes

SUS. No entanto, a escassez de trabalhos que se dediquem a essa tarefa é um ponto preocupante, que mostra que ainda existe um importante, mas não impossível, caminho a ser seguido. O presente trabalho se dedicou a apresentar algumas das questões políticas que envolvem o Acompanhamento Terapêutico, dessa forma, futuras pesquisas que se dediquem a pensar nas questões que tangem à clínica e aos efeitos clínicos do AT, assim como as questões já citadas, e ainda em aberto, sobre a inserção do AT no SUS, podem ser colocadas como os próximos passos a serem seguidos por pesquisadores que se interessarem sobre o assunto.

Já falamos sobre a importância das Conferências Nacionais de Saúde Mental no panorama da RP brasileira, e que a maioria dos princípios e diretrizes que estruturam esse movimento foram construídos dentro desses eventos, no entanto, é preocupante o tempo transcorrido desde a última conferência (IV CNSM-I), que ocorreu no ano de 2010, e a próxima conferência (V CNSM) que está prevista para acontecer no ano de 2022. Quase 12 anos se passaram, e com isso muita coisa também mudou no contexto político e social brasileiro, com destaque para a ameaça de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Sendo assim, a realização da V CNSM se impõe como urgente e imprescindível, a fim de barrar as tentativas de sucateamento dos serviços substitutivos de saúde mental, e também para que possa haver uma discussão sobre a inserção de dispositivos como o AT no SUS.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira ainda está em andamento, e os esforços para a sua efetivação não devem ser medidos. É fato que a conjuntura social mudou desde a Grande Internação, mas a lógica vigente encontrou novas maneiras de deixar o louco ainda com um pé na prisão, assim como de continuar marginalizando as outras minorias que outrora compartilhavam com ele as celas do Hospital Geral. Dessa forma, o AT é um dispositivo que se impõe como uma importante estratégia para a efetivação da desinstitucionalização da loucura, e que, portanto, merece uma melhor atenção por parte da academia e da política.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo?. **Outra travessia**, n. 5, p. 9-16, 2005.

AMARANTE, P. (Ed.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!”: reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 1090-1107, 2018.

ARAUJO, F. Do amigo qualificado à política da amizade. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 84-105, dez. 2005. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2019.

BASTOS, Felipe Fook. **ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT), TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS (TAA) E PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA**: diálogos para uma prática integrada sustentada pelo conceito mundo-da-vida.. 2018. 86 f. Monografia (Bacharel) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, [S. l.], 2018.

BEZERRA JR, B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA, B.; COSTA, J. F. **A criação de diagnóstico na psiquiatria contemporânea**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 9-30.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988a.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **OPAS**, Brasília, DF, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRITTO, I. A. G. S. As implicações práticas do conceito de doença mental. **Estudos**, v. 31, p. 157-172, 2004.

CAMARGO, E. M. de C. O acompanhamento terapêutico e a clínica. *In*: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.). **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. 1. ed. São Paulo: Escuta, 1991. p. 51-60.

COSTA, J. F. As fronteiras disputadas entre normalidade, diferença, patologia. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR, B.; COSTA, J. F. **A Criação de Diagnóstico na Psiquiatria Contemporânea**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 171-187.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

CUNHA, A. C.; PIO, D. A. M.; RACCIONI, T. M. Acompanhamento terapêutico: concepções e possibilidades em serviços de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 3, p. 638-651, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000092016>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FERRO, L. F. *et al.* Acompanhamento terapêutico em saúde mental: estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 24, n. 1, p. 66-74, 2018.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

HERMANN, M. C. **Acompanhamento terapêutico e psicose**: um articulador do real, simbólico e imaginário. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

HERMANN, M. C. Algumas reflexões sobre a inserção do AT no sistema de saúde mental, sua responsabilidade profissional e âmbito legal. *In*: PULICE, G. O. **Fundamentos clínicos do acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Zagodoni Editora, 2012.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v. 10, p. 37-45, 2007.

MANIFESTO de Bauru. 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

NUNES, M. de O. *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4489-4498, 2019.

PALOMBINI, A. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê**, v. 10, n. 18, p. 115-127, 2006.

PALOMBINI, A. de L. **Vertigens de uma psicanálise a céu aberto**: a cidade: contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na Reforma Psiquiátrica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PORTO, M. **Acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

PORTO, M.; SERENO, D. Sobre acompanhamento terapêutico. *In*: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL-DIA A CASA (Org.). **A rua como espaço clínico**: acompanhamento terapêutico. 1. ed. São Paulo: Escuta, 1991. p. 23-31.

PULICE, G. O. **Fundamentos clínicos do acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Zagodoni Editora, 2012. 191 p.

REIS NETO, R. de O. **Acompanhamento terapêutico**: emergência e trajetória histórica de uma prática em Saúde Mental no Rio de Janeiro. 1995. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

SANTOS, L. S. dos *et al.* Laços com a Loucura: a cidade como espaço de promoção de saúde mental. **BarBarói**, v. 1, n. 53, p. 208-226, 2019.

SERPA JR, O. D. de. Sobre o nascimento da psiquiatria. **Cadernos Ipub**, n. 3, p. 15-30, 1996.

SOUZA, A.C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 6, p. 1677-1683, 2019.

TOZATO, Q. F. de A. **As famílias com transtorno mental frente à reforma psiquiátrica**. 2011. Monografia (Especialista Em Terapia De Família) – Universidade Candido Mendes, Rio De Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/K219042.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.