

# TERRITÓRIO E DESTERRITORIALIZAÇÃO: UM DEVIR NÔMADE NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

*TERRITORY AND DETERRITORIALIZATION: A BECOMING NOMAD IN THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT*

Rinaldo Conde Bueno<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Doutor em Psicologia, Professor da Unifuncesi, Itabira (MG)  
[rinaldocob@gmail.com](mailto:rinaldocob@gmail.com)

**Detalhes editoriais:**

Edição especial (Ensino, Pesquisa e Extensão)

Double-blind review

Nota. Este documento foi atualizado em 18. ago. 2025.

**História do artigo:**

Recebido: 21 de agosto de 2024.

Revisado: 16 de setembro de 2024.

Aceito: 04 de novembro de 2024.

Disponível online: 04 de novembro de 2024.

**Editor-chefe:**

Rodrigo Franklin Frogeri 

**Editor-convidado:**

Ernani de Souza Guimarães Júnior 

**Fomento:**

Este estudo não foi fomentado.

**Cite como:**

Bueno, R. C. Território e Desterritorialização: Um Devir Nômade no Acompanhamento Terapêutico (2024).

**Mythos**, v. 16 (2) (Edição especial), 227-237.

<https://doi.org/10.36674/mythos.v21i2.909>

**\*Autor correspondente:**

Rinaldo Conde Bueno

**Resumo**

A prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) pode ser considerada como uma clínica que provoca a abertura de novos espaços para se trabalhar com pessoas em sofrimento mental, ultrapassando a ideia de que as intervenções devem acontecer em *settings* fechados. Entrelaçando-se com postulados de outras clínicas que buscam transcender o modelo médico-centrado, ela é pensada como uma composição híbrida e itinerante de um coletivo de profissionais que possa favorecer novas formas de tratamento, indicadas aqui como um devir-nômade, em um processo de desterritorialização dos acompanhados, isto é, sair de onde se encontra para abrir outras possibilidades de encontro, no território de vida das pessoas. Não se pretende que a função desses profissionais seja a de ater-se a protocolos e/ou verdades previamente indicados, mas sim a de ampliar seu campo de atuação enquanto uma estratégia de cuidado atuante *entre* os saberes clínicos e um conector de redes em prol de um sujeito que padece em sua existência sofrimento.

**Palavras-chave:** Clínica Nômade; Território; Desterritorialização; Acompanhamento Terapêutico.

## Abstract

The practice of Therapeutic Accompaniment (TA) can be considered as a clinic that causes the opening of new spaces to work with people in mental distress, going beyond the idea that interventions should take place in closed settings. Intertwining with postulates from other clinics that seek to transcend the medical-centered model, it is thought of as a hybrid and itinerant composition of a collective of professionals that can favor new forms of treatment, indicated here as a becoming-nomad, in a process deterritorialization of those accompanied, that is, leaving where you are to open up other possibilities for meeting, in the territory of people's lives. It is not intended that the function of these professionals is to stick to previously indicated protocols and/or truths, but rather to expand their field of action as a care strategy that works between clinical knowledge and a network connector in favor of a subject who suffers in his suffering existence.

**Keywords:** *Nomadic clinic; Territory; Deterritorialization; Therapeutic Accompaniment.*

## 1 INTRODUÇÃO

A gênese do que hoje consideramos como Acompanhamento Terapêutico (AT)<sup>1</sup> pode ser considerada relativamente antiga, se levarmos em conta os movimentos de reforma psiquiátrica que eclodiram no mundo Ocidental a partir da Segunda Guerra Mundial, com os serviços de reabilitação dos veteranos de guerra norte-americanos e canadenses e mais fortemente na década de 1960. A prática do AT sofreu diversas transformações até chegar ao modelo em que é realizado atualmente. Há registros de atividades que podemos aproximar ao fazer do AT na década de 1930, praticado por uma enfermeira que fora treinada pela psicanalista suíça Sechehaye para cuidar de uma paciente diagnosticada com esquizofrenia. Na Argentina, as *patrullas* que aconteciam nas comunidades mais carentes de Lanús praticavam a itinerância, tal qual o AT, em saúde pública como um formato clínico inovador e bastante eficaz, sustentando novos modelos de se fazer clínica para além do *setting* tradicional (Pulice, 2012).

Ao que demonstra Pulice em sua pesquisa, no final da década de 1960 com a criação das Comunidades Terapêuticas na Argentina (inspiradas no modelo inglês), o AT realizado nessas instituições começo a se estabelecer como uma forma de cuidado ao paciente com transtorno mental. A influência da itinerância das *patrullas* de Lanús é marcante e o país vizinho capilariza em várias partes de seu território a prática do AT, especialmente após um período de grandes dificuldades no campo da saúde imposto pela ditadura militar, em que as bases do serviço público portenho foram praticamente aniquiladas. Sob a égide privada, os acompanhantes terapêuticos (at) mantêm o fazer peripatético de uma clínica inovadora e que mais tarde se alastraria mundo afora. Uma descrição pormenorizada das origens e formatos do AT pode ser encontrada em trabalhos feitos acerca do tema (Pulice, 2012; Silva, 2005; Carvalho, 2004), o que não é o escopo deste artigo. Nosso intuito é indicar aqui essa especificidade do fazer territorial do AT, uma clínica da cidade, a céu aberto, que faz com que esse ator clínico, o at, seja uma dobra “de dentro (da instituição) para fora (na comunidade), como nos aponta Rossi (2021). É preciso vincular o sujeito que é acompanhado à cidade, às pessoas, às ruas. *Vinculare* é fazer laço, ligação, fazer com que o sujeito esteja vinculado ao seu espaço de vida e possibilitar a abertura de novos territórios vivos.

## 2 (DES)TERRITÓRIO: DO ENSIMESMAMENTO ESTÁTICO À CONEXÃO DE MOVIMENTOS

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

Dessa forma, torna-se essencial ultrapassar o conceito comum de território, aquele ligado ao espaço físico, à geografia, à terra e às relações socioeconômicas. Acompanhando Palombini (2007, p.120), o território “é o lugar de vida, possuindo caráter processual, de construção e reconstrução”, onde as tensões e permanentes negociações acontecem entre os múltiplos atores sociais. É possível imaginar uma linha de pensamento que procura demonstrar que o conceito de desterritorialização deve atuar em duplo sentido: o de superar a noção de território geográfico e também o de não tornar a clínica do AT um fazer de especialistas. É fundamental forjar a composição de um novo agir que ultrapasse o entendimento específico desse agente. Um Acompanhamento que se faça Terapêutico, sendo operado por coletivos que estão implicados com as

---

<sup>1</sup> Por convenção da literatura concernente ao tema Acompanhamento Terapêutico usa-se AT para Acompanhamento Terapêutico e at para acompanhante terapêutico.

transformações sociais partindo do cuidado em saúde feito nos territórios ou “lugares de vida” da população. Aqui começamos a tecer e a pensar em nossas redes-rizoma.

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

Em um sentido mais pautado pela geografia, Sack (2013) caracteriza o conceito de territorialidade, que passa a incluir a noção de território, como “a tentativa, por indivíduo ou grupo, de afetar, influenciar, ou controlar pessoas, fenômenos e relações, ao delimitar e assegurar seu controle sobre certa área geográfica (...) que será chamada de território” (p. 76). Nesta versão, o território é uma área que não só contém e restringe, como também exclui as pessoas. Pode-se afirmar, segundo o autor, que a territorialidade é uma forma de classificação por área, com algum tipo de comunicação que determina um limite no espaço, podendo indicar, física ou simbolicamente, posse ou exclusão e, ainda, a imposição do “controle sobre o acesso à área e às coisas dentro dela” (Sack, 2013, p. 80). Não há neste referencial uma diferenciação importante entre território e espacialização para além da geografia, ainda que sejam reconhecidas as relações espaciais humanas e sua mobilidade pressuposta nos territórios. O autor também evidencia o sentido de territorialidade nas relações de poder entre os grupos sociais. Há interação humana, movimento, contato, de modo que a informação circule, provoque afetos e influências de ideias e ações. Essas relações espaciais são resultado de influência e poder, sendo a territorialidade sua forma primária de representação.

É destacado por Haesbaert (2011) o desenvolvimento do conceito de desterritorialização, concebido por Deleuze e Guattari, pelo constante fazer-se do território, em um trânsito ininterrupto de des-reterritorialização que procura desestabilizar por completo a marca régia do Estado (e também da ciência hegemônica), que interioriza o *socius* em suas leis e preestabelece as condicionalidades que devem ser reproduzidas pelo sistema. Uma das características que revelam a potência deste conceito e o “reterritorializa” em inúmeros outros saberes é o rompimento que a desterritorialização provoca nos campos ético, estético e político, contrapondo invariavelmente o Estado e suas formas de controle para propor novos arranjos em espaços de liberdade. Pode-se dizer que este é o papel fundamental do conceito.

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

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

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

Para Zourabichvili, o conceito de território para Deleuze e Guattari contém a designação de espaço, mas não com a intenção de demarcar um lugar geográfico. Segundo ele esse valor territorial é existencial, em que são

circunscritos o campo do familiar e o do vinculante, relacionando as distâncias entre as pessoas e fazendo uma proteção à ameaça do caos. “O traçado territorial distribui um fora e um dentro, ora passivamente percebido como o contorno intocável da experiência (pontos de angústia, de vergonha, de inibição), ora perseguindo ativamente como sua linha de fuga, portanto como zona de experiência” (Zourabichvili, 2009, p.46).

Nas palavras de Romagnoli (2014, p.128) o território é, sem dúvida, algo vivo e dinâmico, que se faz pelas “conexões estabelecidas entre as subjetividades, espaços relacionais, de vida, de permutas, de sustentação e ruptura de vínculos cotidianos que constroem sentidos e significados para os que lá vivem e transitam”. É por quebrar uma lógica institucionalizante, como preconizava Basaglia nos idos dos anos 1960, que a prática do AT foi se fortalecendo nos percursos das reformas psiquiátricas. Percebia-se a mortificação do sujeito dentro dos muros, a carência de contato com a família, dos laços sociais, de forma que algumas saídas do at com seu acompanhado para além dos muros provocava mudanças que foram cada vez mais acolhidas nas práticas institucionais, ainda que asilares.

### **3 FAZER RIZOMAS: ABERTURAS DE ENCONTROS COM O OUTRO**

Uma clínica do território, desinstitucionalizante e que não percorra a via “arborizada” e referenciada da ciência que vigora na atualidade. Outros processos e outros acontecimentos são necessários para que o desvio aconteça em nossas rotas clínicas. O rizoma é, certamente, um método potente para se pensar em um processo de “vizinhança com a esquizofrenia”, como sugere Pelbart (2007, p.252):

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

O território surge então como um ator, que também produz processos de subjetivação através dos agenciamentos. Para Romagnoli (2014), agenciar é unir estados, juntar, ligar subjetividades a diferentes espaços e territórios. Esses agenciamentos provocam alianças que nos expandem os espaços de vida, desestabilizam nossos territórios de origem provocando outras vias e percursos: novas linhas de fuga, que no pensamento deleuze-guattariano seria a abertura de novos espaços, povoamentos de novos territórios existenciais.

No primeiro volume da série Mil Platôs (Deleuze & Guattari, 2007) é abordado o conceito de rizoma. Trata-se de um tipo de planta que cresce horizontalmente, tanto na superfície como no subterrâneo, contrapondo o formato arbóreo das maiores espécies de árvores. Se nas grandes árvores há uma definição estrutural clara quanto às funções de seus componentes, no rizoma é possível a ramificação em qualquer parte, assim como transformar-se em raiz ou bulbo. Para os autores, a ideia de rizoma pressupõe multiplicidades, conexões de pontos indefinidos com outros quaisquer, onde não importa o início ou o final de um processo, as raízes ou o nascimento existenciais, e sim onde se cresce e se transborda e onde outras dimensões são possíveis de acontecer. “O rizoma funciona através de encontros e agenciamentos, de uma verdadeira cartografia das multiplicidades” (Haesbaert, 2011, p.113). É importante reconhecer os signos que nos induzem a pensar novas necessidades e criar ações para as vias que ainda não pensamos. Caminhar no *entre*, produzir nos meios para vários fins (Deleuze & Guattari, 2007). Para Zourabichvili (2009), o rizoma é um anti-método que tudo autoriza, não julga previamente qual o melhor caminho para o pensamento, produz experimentação, proporciona o livre fluxo ao pensamento, não academicista, tampouco “especialístico”. Deleuze indica que “pensar, nas coisas, entre as coisas, é justamente fazer rizoma, e não raiz, traçar a linha, e não o ponto. Fazer população num deserto, e não espécies e gêneros numa floresta. Povoar sem nunca especificar” (Deleuze & Parnet, 2004, p.38).

O rizoma proporciona ao território múltiplos encontros a qualquer instante. Propõe alianças, interseções, vizinhanças, criatividade, sendo a abertura a força maior desta partilha (Lins, 2010). O método rizomático se estrutura “como espaço de novas expressões individuais, [e] não se trata de ignorar as questões problemáticas do indivíduo, mas de investir ali onde o devir aponta, onde a criação pede passagem, onde a experimentação da diferença ganha novos estatutos”. (Dias; Winter; Costa; Hadler, 2014, p.13).

#### **4 (RE)TERRITORIALIZAR OS PENSAMENTOS: FABRICAR IDEIAS AO ACASO**

Segundo Haesbaert (2011), Deleuze e Guattari consideram que o pensamento se faz no processo de desterritorialização. Pensar é desterritorializar. Isto quer dizer que o pensamento só é possível na criação, e para se criar algo novo é necessário romper com o território existente, criando outro. Da mesma forma, da mesma maneira que os agenciamentos funcionavam como elementos constitutivos do território, eles também vão operar uma desterritorialização. Novos agenciamentos são necessários. Novos encontros, novas funções, novos arranjos.

Este contexto é o pensamento do fora, onde as forças se constituem neste espaço e se relacionam por sua diferença e intensidade, e não pela aproximação e hierarquização. O pensamento do fora é a exterioridade do pensamento e sua relação imediata com as forças exteriores, entendendo o pensamento como uma “máquina de guerra”. Ou seja, uma força que “destrói a imagem e suas cópias, o modelo e suas reproduções, toda a possibilidade de subordinar o pensamento a um modelo do Verdadeiro, do Justo ou do Direito” (Deleuze & Guattari, 1997, p.47).

Pensar no AT como uma prática nomádica é se desvincilar das amarras institucionais e forjar novos formatos clínicos. A colonização do pensamento científico é uma marca entre nós, técnicos da área da saúde mental. Tal como nos apontou Pelbart (1990) sobre os manicômios mentais que ainda nos habitam, apesar dos avanços que alcançamos, o saber médico-científico não demonstrou nada além do que uma tentativa frustrada em alinhavar a loucura com supostas degenerescências cerebrais, ou um mal funcionamento anatômico ou químico, aos quais alguns ajustes farmacológicos poderiam dar conta. O que se vê com muita clareza atualmente é que o que se conseguiu provar, mesmo sem querer ir por tal caminho, é que o patológico é fruto da civilização. Lidar com o “Acaso” é por em movimento mais a invenção, o imprevisto, o desconhecido e menos a previsibilidade dos códigos nosográficos e a racionalidade científica. A loucura pressupõe outros caminhos, “implica em inventar uma nova relação entre corpo e linguagem, entre a subjetividade e a exterioridade, entre os devires e o social, entre o humano e o inhumano, entre a percepção e o invisível, entre o desejo e o pensar” (Pelbart, 1990, p.136). É preciso, segundo o autor húgaro, forjar encontros com a desrazão. Esse nomadismo permanente, de literalmente “errar sem cessar” é a proposta de Rolnik para seu AT imaginário, que vale a pena percorrermos com ele nesse pensamento aqui provocado.

À guisa de contextualização, é descrita a seguir uma vinheta clínica que aborda uma intervenção itinerante, pautada na prática de AT. Por considerar que a normalização dos serviços de saúde mental tende a padronizar o fazer clínico pela vertente exclusivamente ambulatorial (lógica médico-centrada), este técnico de um serviço de saúde de uma pequena cidade do interior de Minas Gerais propôs algo diverso daquilo que geralmente se espera em um caso de surto psicótico agudo, a saber, a internação. Optou-se por um cuidado diverso, inusitado e não violento.

#### **5 VINHETA CLÍNICA DE UM AT: ROMPENDO TERRITÓRIOS, FORMANDO OUTRAS VIAS**

Em minhas andanças enquanto psicólogo de várias instituições públicas onde trabalhei, muitas vezes extrapolei o ambiente clínico fechado e exerci, menos como psi e mais como at, funções clínicas que dificilmente podem ser replicadas. Uma delas foi com um rapaz de dezoito anos, que morava no limite da zona urbana de sua cidade e raramente frequentava a Unidade Básica de Saúde (UBS). Minha agenda sempre

lotada, com as demandas comuns de ambulatório empenhadas aos profissionais da saúde, era um obstáculo para que eu me aproximasse dele. Até que um dia, antes de começar a atender meus pacientes, vejo a mãe do paciente, que vou chamar de Bolt, em situação de desespero na sala de espera da UBS. Essa mãe vivia com seus quatro filhos, sendo que as diferenças de idade eram de aproximadamente dois anos entre eles e somente o mais novo, de doze anos, não havia manifestado algum tipo de transtorno mental. Bolt era psicótico e tinha prescrita uma forte medicação de contenção, que ele mal tomava, à exceção da injetável, que também tinha uma dosagem bem alta. A mãe lutava diariamente para que seus filhos usassem os remédios, mas muitas vezes não conseguia.

Neste dia, fui chamado pela enfermeira, que me pediu para acompanhar Bolt. Perguntei o que tinha acontecido e a mãe relatou que seu primogênito estava muito nervoso, que tinha brigado muito com dois dos irmãos e que estava com um facão para matá-los, pois havia batido nele. Antes da mãe vir ao posto, chamaram a polícia e uma ambulância para trazer Bolt ao posto e depois encaminhá-lo para uma internação psiquiátrica. Pedi para esperarem um pouco essa intervenção, pois eu e uma técnica de enfermagem faríamos uma abordagem.

Chegando rapidamente à casa de Bolt, visualizamos as duas viaturas na porta da casa dele. Pedimos para que esperassem um pouco antes de qualquer ação, momento em que vimos Bolt sair pelos fundos, correndo, indo em direção a uma estrada de terra que já era fora da zona urbana. Apertei o passo e fui em sua direção. Ele jogou o facão no chão e correu um pouco mais. A essa altura, os moradores da cidade já se acumulavam nas portas de suas casas, que iam ficando em menor número à medida que chegávamos na via de terra. As pessoas assustavam Bolt, gritavam, gargalhavam, faziam daquela cena uma zombaria sem precedentes, pois, suponho, raras vezes teriam visto uma cena de perseguição desse quilate. Passei a andar mais rápido, quase correndo, chamando meu paciente pelo nome. Ele parava, pegava um torrão de terra e jogava em minha direção. Pela distância que estávamos um do outro, seria algo difícil ele me acertar. Entretanto, quanto mais ele parava para pegar os torrões e jogar em mim, mais eu apertava o passo e chegava perto dele. Até que decidi correr para, ao mesmo tempo, me afastar da cena nefasta que alguns moradores proporcionavam e tentar uma abordagem mais adiante com Bolt. Corro bastante, certo de que em pouco tempo meu fôlego faltaria. Mas vejo que Bolt corre muito pouco, bastante enrijecido, talvez impregnado pela injeção quinzenal, o que me fez aproximar dele antes do meu ar acabar! A poucos passos dele solto uma exclamação do tipo: “Nossa, como você corre! O que é isso, está parecendo com o Bolt nas Olimpíadas!”. Ele virou para trás e disse: “É mesmo?”, no que completei: “Sim, você faz treino de corridas? Nem aguento mais correr...”. Diminuímos o pique e, ambos suando muito e ofegantes, propus: “Vamos sentar ali para dar uma pausa. Depois podemos continuar, se você quiser”. Bolt me olha um pouco surpreso e concorda com a parada. Sentamos por alguns minutos, sol muito forte e trocamos algumas palavras. Conversamos sobre amenidades e, por fim, propus voltarmos a pé para a UBS, mas sem correr, pois eu não daria mais conta disso. Perguntei se ele gostava de limonada gelada, ao que ele balançou afirmativamente a cabeça. Fiz o convite para irmos para lá tomar então, pois sabia que a funcionária da limpeza sempre deixava café e limonada prontos para nós.

Voltamos sob olhares dos mais diversos da população que restava pelo caminho. Dispensei a carona tanto da ambulância quanto da polícia e sinalizei que estava tudo bem e que iríamos conversando a pé. Ao chegar no posto tomamos alguns copos de limonada, ficamos conversando por mais um tempo, até que a técnica de enfermagem sugeriu a ele tomar alguns comprimidos e uma “injeçãozinha”. Sem resistência, ele tomou tudo o que lhe foi proposto. Conversamos com o médico que estava de plantão e Bolt ficou na unidade por mais duas horas me aguardando para que conversássemos e ele fosse para a casa. Voltaria no dia seguinte e, em função desse vínculo inusitado que começou com a corrida, estabelecemos um bom contato enquanto trabalhei nesta instituição. Fizemos outras caminhadas, sem corridas, apesar de Bolt insistir para que as fizéssemos. Sugerí que ele fizesse as corridas pela manhã e depois viesse me contar como tinha sido. E, quase que invariavelmente, a limonada era um pretexto importante para esse encontro.

## 6 A CLÍNICA NÔMADE: TRAVESSIAS DE RIOS SEM MARGENS

Rolnik em seu texto “Clínica Nômade” (1997) ilustra precisamente algo parecido com o acontecido na vinheta do jovem Bolt. Não houve ciência, clínica de urgência ou emergência, tampouco imobilização para internação em função de um surto psicótico. O at precisou se desvestir de seu saber técnico-científico para tentar com sua prática e seu fazer não-especialístico uma abordagem que fosse diversa do padrão, que desse oportunidade ao sujeito de se recompor de alguma forma, com alguma tentativa ainda não praticada. Bolt não ia muito ao posto, ao contrário, os vizinhos e até mesmo os técnicos da área da saúde em geral temiam suas atitudes violentas. Poucas conversas e frágeis contatos eram feitos com ele pela rede de saúde. Bolt praticamente não era escutado. O que se sabia é que ele tinha que tomar sua extensa medicação para ficar calmo (contido). No ato de correr para fazer uma travessia, houve um acontecimento novo. Um jogo, uma manobra, que adentrou o fora e reterritorializou os espaços pelos caminhos do porvir. Pensar outras rotas e outras formas onde a loucura possa transitar e se tornar um dentro-fora cabível na cultura. O que foi prescrito neste caso foi algo além do ambulatório: um deambular, correr, marchar, vagar! A clínica nômade não é comumente praticada em nossas redes de saúde, provavelmente porque é pautada em uma conceituação anti-metodológica e bifurcada em relação à linha “retificada” traçada pelo saber científico. Algo não fixo, não padronizado, sem um objetivo demarcado *a priori*, poderá trazer importantes dificuldades no trajeto de cuidado com o outro, no caso, a loucura (desrazão).

A palavra nômade remete a alguém ou a algum grupo que não tem habitação fixa, que vagueia por vários territórios sob condições variáveis em relação ao tempo. Segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 2004), a designação grega expressa a condição do “pastor errante” (p. 1406), que zanza à procura de alimentos, pastagens, etc. Indica o tipo de vida de tribos ou povos “que levam uma vida errante”. O nômade é alguém ou um grupo que vagueia, vagabundo ou vagamundo. É uma condição de singularidade que enfrenta o Estado e sua *polis* esquadrinhada, opondo-se com sua fluidez que escapa da medida, que age na decodificação do espaço organizado.

Toda essa conceitualização acerca do nomadismo é importante para a compreensão do conceito de clínica nômade que estamos atrelando ao fazer do AT. O termo *nômade* seria uma espécie de linha de fuga que se “segue” para atingir o plano do fora, a exterioridade, forjando encontros inéditos com o outro da loucura, essa condição humana que a racionalidade cartesiana rejeita em absoluto (Pelbart, 1989). Segundo Zorabichvili (2009, p.59) podemos entender que fugir tem dois sentidos: perder sua estanquidez ou sua clausura; esquivar, escapar. Se fugir é fazer fugir, é porque a fuga não consiste em sair da situação para ir embora, mudar de vida, evadir-se pelo sonho ou ainda transformar a situação”, mas sim para nos obrigar a pensar algo ainda virtual, impensado, sem esquemas codificados, e que torne a experimentação outro caminho a se constituir, “tateável” e junto ao fluxo que invade outros territórios.

Na experimentação do AT proposto por Rolnik, é possível observar que ele se desestabiliza diante de composições inéditas, o fora, que o obriga a pensar em um novo modo de funcionamento, um processo repleto de hibridações. O at é levado, assim, para fora de si mesmo para se tornar um “sempre outro”. A autora indica neste ponto que as noções do at estavam fixadas na lógica espacial binária, com componentes biunívocos e restritos ao visível e ao dizível. O at se vê obrigado a acompanhar o fluxo que as dobras do fora lhe incutem, desterritorializando-se de um ponto fixo, o da clínica instituída, para um novo campo, ultrapassando a fronteira deste espaço e criando “novas figuras de existência, novos modos de subjetivação, novas temporalidades” (Rolnik, 1997, p.88). Os territórios da loucura acentuam suas próprias singularidades, o que inviabiliza sua ocupação no espaço social, que é padronizado e, portanto, excludente. A exterioridade da loucura é, dessa maneira, domesticada pela dobra dominante, impondo ao louco a restrição e a desconsideração de sua subjetividade e dos seus desejos. Em função dessa condição, o at é convocado a nomadizar, insubordinando-se com seu acompanhado e levado a “seguir” em sua intervenção peripatética, a dobrar no fora do espaço liso, para inventar outros territórios onde caibam as errâncias da loucura. Essa exploração experimental faz com que o at se disponibilize

para as reverberações do fora e suas desestabilizadoras tormentas. Uma disponibilidade para desencruar e acolher aquilo que excede a si mesmo, que excede os territórios conhecidos e suas respectivas cartografias – especialmente as instituições a que pertence, as teorias que lhe servem de referência, as técnicas que costuma usar (Rolnik, 1997, p.92).

A referência do at passa a ser ética: “aliar-se às forças da processualidade, buscando meios para fazê-la passar, já que isto é condição para a vida fluir e afirmar-se em sua potência criadora” (Rolnik, 1997, p. 92). Em outras palavras, este percurso do at reitera a condição de uma ciência nômade, que irrompe em uma nova relação de forças em movimento e caracteriza-se por uma arte criativa, que surge da experimentação e do acaso. Pode-se inferir que, ao final da errância do at em sua nova composição nomádica, é preciso tomar cuidado para não se deslocar apenas concretamente, no sentido geográfico, pois isso não garante que a sensibilidade (ou a intuição) se atualize pelo simples acompanhar. Estar fixado na margem, reproduzindo movimentos e suas variáveis, é inviabilizar a potência hidráulica da expansão ao espaço liso, ao nascimento de novas linhas do tempo. Não permitir o seguimento do fluxo com a loucura é sedentarizar-se em saberes cristalizados e normalizadores, e não nomadizadores.

Neste mesmo caminho, Ceccim (2004) sugere pensar numa clínica nômade ao propor uma perspectiva “entre-disciplinar” para uma equipe multiprofissional em suas intervenções nas práticas integradoras em saúde coletiva. Lembra-nos o autor que o trabalho em saúde deve ser pautado pelo protagonismo ante o sedentarismo. Protagonizar aqui significa fazer parte da “terceira margem”, que para Ceccim (2004, p.69) é o lugar “mestiço”, em que não há identidade das margens, pois esta se faz intempestiva: “A terceira margem é a da travessia, da transmutação de valores, da surpresa dos clínicos (aqueles) e dos usuários (aqueles). Não é, portanto, a nova clínica, renovada e desejada, não é uma clínica do passado que se opõe a uma clínica do presente”. Em função desse encadeamento de ideias, a travessia entre as margens nos convoca à negociação dos processos, dos modos e dos meios necessários para um genuíno ato de cuidar; isto é, provocar “turbilhonamentos”, como indicaram Deleuze e Guattari, na abertura para os espaços lisos e na constituição de novos territórios: uma ética “entre-disciplinar” no lugar de uma estética multiprofissional desencadeadoras da “emergência do entre”.

## **CONCLUSÃO**

A prática clínica do AT estrutura-se em premissas que divergem dos saberes vigentes sobre a assistência em saúde mental nos dias de hoje. Ela tem sua origem junto aos processos embrionários das Reformas Psiquiátricas ocidentais, edificando vários *settings* em seu trabalho e trazendo proposições de rearranjo do cuidado por ser itinerante e manter-se em movimento, “fora dos centros”. Ao praticar o AT e sair de um sistema preestabelecido para inventar outros, literalmente, a experimentação clínica alcança territórios que operam outros significados para os seus envolvidos. O nomadismo da clínica forja encontros capazes de acompanhar os pensamentos do fora, alcançar margens além daquelas posicionadas à esquerda e à direita, acima ou abaixo.

É justamente esse devir nômade da clínica do AT que fazemos a proposição crítica e inflexiva acerca do nosso trabalho com a loucura. Ao povoar novos territórios na cidade é proposto também transpor os muros asilares para cuidar das pessoas nos locais onde a vida acontece. As manobras na dobra entre acompanhante e acompanhado são feitas à medida que se caminha. Lidar com o acaso provoca novas vias, novas aberturas, novos modos de subjetivação. A circulação da loucura na cidade, por fim, permite a todos nós reconhecer o não convencional como parte da essência humana também. O correto é relativo, o normal é uma convenção, quase que invariavelmente contestável. É preciso abrir fendas na cidade, provocar novas saídas, desterritorializar para que novos encontros entre corpo e linguagem possam surgir, novas formas de expressão e de coletividade sejam possíveis de se realizar: devir.

## REFERÊNCIAS

- Brito, M.R. (2013, jun). Notas sobre a ideia de intercessores como um conceito na filosofia de Gilles Deleuze: por um teatro filosófico. *Revista Alegrar*, n.11.  
[http://www.alegrar.com.br/revista11/pdf/notas\\_sobre\\_intercessores\\_brito\\_alegrar11.pdf](http://www.alegrar.com.br/revista11/pdf/notas_sobre_intercessores_brito_alegrar11.pdf)
- Carvalho, S.S. (2004). *Acompanhamento terapêutico*: que clínica é essa? São Paulo: Annablume.
- Ceccim, R.B. (2004). Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec. (pp. 259 a 278).
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. São Paulo: Ed. 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1997). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. V5. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2010). *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed.34.
- Deleuze, G. & Parnet, C. *Diálogos* (2004) Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Dias, M.G., Winter, L.E., Costa, L.B. & Hadler, O.H. (2014, jun). Da amizade nietzsiana: por uma psicologia nômade. *Revista Alegrar*, Campinas, vol.13, p.1.
- [http://www.alegrar.com.br/revista13/pdf/da\\_amizade\\_nietzsiana\\_dias\\_alegrar13.pdf](http://www.alegrar.com.br/revista13/pdf/da_amizade_nietzsiana_dias_alegrar13.pdf)
- Ferreira, A.B.H. (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Curitiba: Positivo.
- Haesbaert. R. (2011). *O mito da desterritorialização*: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lins, D. (2010). Por uma leitura rizomática. *Hist. R.*, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 55-73, jan./jun.  
<https://doi.org/10.5216/hr.v15i1.10819>
- Palombini, A.L. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto*: a cidade. Contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Pelbart, P.P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura*. Loucura e desrazão. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Pelbart, P.P. (1990). *Manicômio mental*: a outra face da loucura. In: Lancetti, A. *Saúde Loucura 2*. São Paulo: Hucitec.
- Pelbart, P.P. (2007). Literatura e loucura, da exterioridade à imanência. In: Lins, D. (org.). (2007) *Nietzsche/Deleuze: imagem, literatura e educação*: Simpósio Internacional de Filosofia, 2005. Rio de Janeiro: Forense Universitária; Fortaleza, CE: Fundação de Cultura, Esporte e Turismo.
- Pulice, G.O. (2012). *Fundamentos clínicos do Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Zagodoni.
- Rolnik, S. (1997). Clínica nômade. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos de A Casa (org.). *Crise e cidade*: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC.

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

Rossi, G.P. (2021). El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental. Uaricha, *Revista De Psicología*, 2(6), 49–53.

<http://www.revistuaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/346>

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

Silva, A.S.T. (2005). *A emergência do Acompanhamento Terapêutico*: o processo de constituição de uma clínica. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e Institucional – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Zourabichvili, F. (2009). *O vocabulário de Deleuze*. Relume Dumará: Sinergia: Ediouro. (Conexões; 24).