



Centro Universitário de Brasília- UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Saúde e Educação  
FACES  
Curso de Psicologia

## **Acompanhamento Terapêutico: considerações clínicas e políticas**

Antonio Guimarães Duarte

Brasília 2018



Centro Universitário de Brasília- UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Saúde e Educação

FACES

Curso de Psicologia

## **Acompanhamento Terapêutico: considerações clínicas e políticas**

Antonio Guimarães Duarte  
RA: 20852690

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Bacharelado em Psicologia.

Professora-orientadora: Tania Inessa Martins de Resende

Brasília – DF  
Novembro de 2018



Centro Universitário de Brasília- UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Saúde e Educação

FACES

Curso de Psicologia

## **Folha de avaliação**

**Autor: Antonio Guimarães Duarte**

**Título: Acompanhamento Terapêutico: considerações clínicas e  
políticas**

**Banca Examinadora:**

---

**Professora-orientadora: Tania Inessa Martins de Resende**

---

**Professor: Daniel Goulart**

---

**Convidado: Thiago Petra da Motta Campos**

Brasília – DF  
Dezembro de 2018

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais, Carlos e Monica, que fazem o impossível e que conseguem, mesmo de muito longe, ficar por perto de mim. Ao meu irmão André, que pouco fala mas tanto diz. Vocês habitam em meu coração.

Agradeço a minha família, em especial minha querida avó Lúcia, meus avôs Eduardo e Sérgio, meus primos, tios e tias;

a todos os meus caros amigos, André, Ana Beatriz, Artur, Bruno, Teo, Diego, Thiago, Igor, Erica, Ana Laura, Elisa entre tantos outros;

aos meus queridos amigos de curso, em especial: Laura, Monica, Julia, Alex, Cris, Matheus, Tom, Julia, Luisa, Luis Felipe, Dalton e *last but not least*, a Professora Tania Inessa Martins de Resende, pela paciência, dedicação, orientação, amor, apoio e carinho doados sem medida ao longo desses anos inspiradores;

a inverso, por esses anos de convivência e Ats;

a equipe do CAPS por ter me acolhido e pela disponibilidade.

Finalmente, a essa força que chamam de Deus.

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1: Definindo o Acompanhamento Terapêutico.....</b>	<b>6</b>
1.1 O surgimento do AT .....	6
1.2 A prática do AT.....	8
1.3 Estar com, fazer junto, deixar ser.....	10
<b>Capítulo 2: Considerações políticas.....</b>	<b>13</b>
2.1 Os CAPS e a reforma psiquiátrica.....	14
2.2 AT e CAPS: uma possibilidade.....	16
<b>Capítulo 3: Metodologia.....</b>	<b>19</b>
3.1 Instrumentos e Procedimentos.....	21
3.2 Sujeitos participantes.....	22
<b>Capítulo 4: Resultado e Discussão.....</b>	<b>23</b>
4.1 Contextualizando o AT deste trabalho.....	23
4.3 Análise sócio-histórica.....	24
4.4 Análise Formal.....	26
Primeiro momento.....	27
Segundo momento.....	30
a) Vínculo.....	31
b) Território.....	36
c) O AT como estratégia de cuidado informal.....	39
4.5 Reinterpretação.....	42
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>46</b>
Bibliografia.....	48
Anexos.....	51

## Resumo

O presente trabalho discorre sobre considerações clínicas e políticas acerca de um estudo de caso, no que se refere à prática do Acompanhamento Terapêutico (AT). A metodologia utilizada foi a hermenêutica da profundidade elaborada por Thompson (1995) e reinterpretada por Demo (2003), que visa a compreensão de fenômenos complexos seguindo três eixos de análise, que são: a análise socio-histórica, a análise formal e a reinterpretação. Para complementar esse método, também utilizamos o recurso da técnica de “diagnóstico por complementação” sugerida por Minkowski, pela qual buscou-se compreender como se instituiu e desenvolveu o acompanhamento terapêutico do referido caso. Na análise formal, destacou-se dois momentos do percurso e três principais categorias que serviram como base para se pensar a respeito da prática do AT, que são a) o vínculo; b) o território e c) o AT como estratégia. As implicações clínicas denotam que a adoção da postura de três disponibilidades utilizadas na convivência por Resende (2017) sendo elas: *estar com*, *fazer junto*, *deixar ser* contribuíram para fomentar um AT que atuou como dispositivo político-clínico, na medida em que permitiu a emancipação do sujeito diante de sua condição existencial, além de facilitar o processo de revinculação do sujeito com o seu serviço CAPS de referência.

Finalmente, destaca-se que o AT pode contribuir na articulação política entre a vida do sujeito e os alcances das instituições no território, como por exemplo, o CAPS, na medida em que pode atuar sob o enfoque da informalidade. Nesse sentido, entende-se que o caráter informal do dispositivo de AT ocorrido neste estudo amplia os olhares a respeito das possibilidades existente relativas às novas maneiras de se pensar uma clínica em saúde mental, aliada à ideia da clínica antimanicomial, clínica em movimento ou clínica peripatética, sob o enfoque de uma conduta ético-político-clínica do cuidado em saúde mental no processo de reforma psiquiátrica.

**Palavras chave:** Acompanhamento Terapêutico; Clínica Antimanicomial; Vínculo; Território; Reforma Psiquiátrica



*We, wanderers, ever seeking the lonelier way, begin no day where we have ended another day;  
and no sunrise finds us where sunset left us. Even while the earth sleeps we travel.*

– Khalil Gibran, The Prophet

## **Introdução**

Este trabalho é uma tentativa de aprofundar os meus conhecimentos sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico (AT), que, como veremos mais detalhadamente ao longo do estudo, é uma prática de cuidado que surgiu no campo da saúde mental ao longo do tempo. Meu interesse por este tipo de prática começou quando, ao participar do Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental (PRISME), projeto de extensão do UniCEUB, me vi profundamente tocado pelo cotidiano dos CAPS II nos quais tive a oportunidade de frequentar como aluno extensionista (CAPS II do Paranoá) e no último ano do curso como estagiário (CAPS II de Taguatinga).

Me proponho neste estudo compreender como esta prática de cuidado pode constituir um tipo de trabalho clínico-político que se articula entre as possibilidades de cuidado e suporte social existentes nos serviços de saúde mental (mais especificamente em um CAPS II) e as necessidades do sujeito acometido de transtornos psíquicos graves. Neste sentido, é importante ressaltar que achei necessário afunilar o campo deste estudo nos dois pilares principais que constituem esta prática: os seus lados clínico e político. Clínico na medida em que em sua proposta de ser uma prática de cuidado terapêutico busca-se auxiliar o sujeito. O caráter político, por sua vez, atravessa essa prática na medida em que ela atua diretamente na vida do sujeito, como também está em consonância com os delineamentos propostos pela lei 10.216/01, que discorre sobre os direitos do cidadão acometido de transtornos psíquicos graves. Neste sentido, o lado político da prática visa ajudar a construir possibilidades que os serviços oferecem para que o sujeito possa vir a resgatar sua vida em seu território, visando em última instância sua reinserção social.



Por ser uma prática de vasta extensão, o acompanhamento terapêutico dispõe de uma miríade de possibilidades no que tange à adoção de delineamentos teóricos e epistemológicos para sua aplicação. Nesse sentido, este trabalho se propõe a oferecer um conteúdo que possa servir de inspiração para se pensar delineamentos teóricos possíveis para acompanhamentos futuros.

No segundo capítulo, tentei pensar quais implicações políticas esta prática de cuidado pode ter, no contexto em que se desenvolveu na produção deste trabalho. Entendo que o cuidado para com o outro é também provido de qualidades políticas, na medida em que visamos uma reinserção social a partir de uma emancipação do sujeito em sua vida cotidiana e os inerentes desafios que esta apresenta. Assim, o cuidado visa um efeito que convoca o sujeito a se posicionar.

Além disso, a política articula a malha do cotidiano, seja a partir dos direitos aos quais o sujeito pode recorrer, seja a partir de seus deveres que precisa fazer. No presente trabalho, a ideia de considerar aspectos políticos deste dispositivo de cuidado proveio também da tentativa de articulação entre as necessidades do acompanhado com o seu território. Nesse sentido, o teor político que se refere à legislação também passa pelo crivo institucional, a saber, neste caso, a clínica-escola do Centro de Formação de Psicólogos – CenFor-, como também o CAPS II de referência do sujeito.

Outro aspecto político importante diz respeito também ao posicionamento do sujeito deste estudo de caso diante de sua própria vida e diante a própria relação que se estabeleceu. A disposição e disponibilidade de sugerir um cuidado também pode depender se o cuidado que oferecemos é um cuidado que seja suficiente e sob-medida para o sujeito. No entanto, para este caso, a partir de um momento específico da relação, o direcionamento do percurso deste acompanhamento foi estipulado pelo próprio sujeito. Neste sentido, o teor político do acompanhamento terapêutico diz respeito à formulação de possibilidades e de inventividade sobre a relação instituída.

O Acompanhamento Terapêutico pode ser brevemente definido como “uma prática de cuidado que acompanha o sujeito em sofrimento psíquico grave transitando pela cidade (na rua, lugares, praças...) onde se busca oferecer um cuidado direcionado às necessidades do sujeito” (LANCETTI, 2011, p.29). Entende-se que a partir dessa contextualização e delimitação, pode-se obter um recorte interessante para o desenvolvimento deste estudo, na medida em que compreende-se a prática de AT como uma prática singular, ou seja, as produções acadêmicas e teóricas consultadas para este estudo circunscrevem diretrizes e levantam possibilidades a serem seguidas para esta prática, mas no entanto, todas elas parecem ressaltar o caráter inventivo, singular e imprevisível do AT (LANCETTI, 2011; ROLNIK, 1997; PEREIRA, 1997; PITIÁ, 2005). Nesse sentido, cabe ressaltar que entende-se a prática do AT como uma prática construída por uma tríade relacional: acompanhado – acompanhante - território. A prática e o desenvolvimento do olhar clínico provém também dessa construção relacional, que ocorre em um momento específico e que percorre caminhos em territórios distintos.

O eixo territorial visa compreender quais são as fronteiras geográficas que compõem o AT e como elas são coadjuvantes no desenvolvimento do trabalho do AT. O que chamamos de “fronteira geográfica” diz respeito às localidades, os ambientes, os lugares que foram perpassados no desenrolar transitorial dessa relação. De fato, esse eixo visa explorar qual representação dos locais frequentados pela dupla para o sujeito, quais suas influências em sua história e como esses lugares podem, eventualmente, ser pontos de mediação terapêutica.

O eixo clínico visa compreender, inicialmente, os efeitos produzidos no sujeito no contexto dessa relação, no decorrer do tempo e da convivência. Também procura resgatar contribuições teóricas para delimitar um campo que possibilite a construção de um saber singular: o saber do terapeuta acompanhante entra em confluência com o saber do acompanhado, e ambos saberes produzirão, na relação, um saber específico, sob-medida, que pode servir como um ponto de apoio das constituintes clínicas, a saber: o manejo, a

disponibilidade afetiva, a presença, os silêncios, as falas, as trocas e todos os efeitos que se produzem a partir dessas trocas.

Para o eixo político procura-se trazer luz para o caráter dialógico da prática do AT, como essa relação construída pode produzir efeitos de emancipação, resgate de cidadania e um empoderamento do sujeito ao longo dos encontros. Também procura-se aprofundar a respeito do desenvolvimento de olhares criativos e humanizados quando se trata não somente do cuidado às pessoas portadoras de transtornos mentais e sofrimento psíquico grave, como também no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental para uma rede extra-hospitalar de cuidado. Nesse sentido, procura-se explorar nesse eixo como a garantia dos direitos estipulados em lei podem ser resgatados ao decorrer da prática do AT, e mais além, como o AT reforça a importância de uma política nacional de Saúde Mental que mantenha seu caráter subversivo e de apelação para a inovação, historicamente silenciada pelo formato hospitalocêntrico, representado pelas instituições asilares. Podemos também estender esse eixo para seu caráter capilarizado, na medida em que o AT procura reestabelecer diálogos entre o território e o sujeito.

No terceiro capítulo, abordaremos a metodologia utilizada para a elaboração deste estudo, que foi a hermenêutica da profundidade, tal qual proferida por Thompson (1995) e reelaborada por Demo (2006, 2004), que consiste em três etapas: a contextualização socio-histórica, a análise formal e a reinterpretção (Demo, 2006). Para complementar o uso deste método, também nos apoiamos na técnica do “diagnóstico por compenetração”, tal como sugerida por Minkowski, na qual sugere que o cuidador leve em consideração as sensações e os sentimentos que sentiu na relação com seu paciente como material a ser contemplado na elaboração de um diagnóstico. Assim, o autor entende que podemos ter uma compreensão mais estreita sobre a relação do sujeito com sua enfermidade (Minkowski 1999, em FRANÇA, 2016).

No quarto capítulo abordaremos o estudo de caso deste trabalho e os resultados e discussões que surgiram a partir da metodologia utilizada. O

estudo de caso foi um AT que tive a oportunidade de fazer ao longo deste semestre como continuidade de um caso encaminhado para o projeto em clínica em Saúde Mental, do Centro de Formação de psicólogos do UniCEUB – CenFor no primeiro semestre de 2018. Cabe ressaltar que o nome utilizado neste estudo é fictício, para manter o sigilo da identidade do participante.

Para concluir, vê-se o destaque desse formato interdisciplinar/multiprofissional que compõe o CAPS e como uma pesquisa orientada para esse campo permite a abertura para novos horizontes de produção teórica acerca do potencial clínico dessa prática, como também a investigação e compreensão do lugar dessa prática em um serviço com a envergadura e organicidade de um CAPS II, no Distrito Federal.

## **Capítulo 1**

### **Definindo o Acompanhamento Terapêutico**

Neste capítulo apresentamos um panorama geral sobre o AT, a partir da bibliografia consultada. Iniciamos tratando sobre seu surgimento e em seguida tentamos ressaltar algumas características que envolvem sua prática.

#### **1.1) O surgimento do Acompanhamento Terapêutico**

O Acompanhamento Terapêutico (AT) tem sua evolução marcada pelas transformações que ocorreram no campo da psiquiatria ao longo do século XX. De início, tem-se informações de que as primeiras dimensões do AT se restringiam a auxiliar ou acompanhante psiquiátrico, que ocupava a função de complementar e ajudar o trabalho dos psiquiatras (FRANÇA, 2016; PITIÁ, 2005).

Por meio das experiências de reforma psiquiátrica europeias, que ocorreram por entre as décadas de cinquenta e setenta tais como as comunidades terapêuticas na Inglaterra, a psiquiatria de setor na experiência francesa e a psiquiatria democrática italiana baseavam-se na ideia de que a estrutura hospitalar-manicomial contribuiu para a cronificação, a alienação e a segregação, além das violências praticadas, e era insuficiente para abarcar demandas que surgiam no campo da psiquiatria. Esse limite entre “o dentro e o fora” da instituição, marcado pelos muros hospitalares apontava o direcionamento para novas formas de orientação à assistência psiquiátrica (PITIÁ, 2005). Nesse sentido, a autora também indica que “o caminho teórico aponta para uma discussão sobre um movimento inverso ao da exclusão, ou seja, o da inclusão” (PITIÁ, 2005, p.58).

Assim, um ponto em comum entre essas experiências é que elas visam uma abertura do cuidado entre o terapeuta ou o médico e o paciente aplicando-o à ideia territorial-geográfica. Nesse sentido, a ampliação do limite institucional sugere novas tentativas de se lidar com a loucura, aproximando-a de seu contexto territorial, incluindo a possibilidade de estreitamento de laços afetivos

do paciente com seu meio, assim como sua livre-circulação no meio social. (Pitiá, 2005). Portanto, vários autores defendem a ideia de que a emergência do Acompanhamento Terapêutico deu-se em função do desenvolvimento de políticas subjacentes aos movimentos de reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial (ROLNIK, 1997). Essa relação se aproxima na medida em que o AT, por possibilitar a locomoção dos sujeitos pelos territórios que o circundam, e que anteriormente ficavam enclausurados dentro das instituições asilares, aposta na produção de novos modos de produção subjetiva, a partir de um “encontro das diferenças” (DA SILVA & DA SILVA, 2006, p.215).

Entre as décadas de 1960 a 1980, o auxiliar psiquiátrico ganhou nome de “amigo qualificado” e começa a ganhar funções e características mais específicas, que se consolidam quando passa a ser denominado de Acompanhamento Terapêutico. Essas funções mais específicas dizem respeito aos novos alcances que o AT passou a ter na medida em que foi se estruturando como prática. Elas estão relacionadas a uma ampliação e um diálogo com uma equipe de apoio, de cunho interdisciplinar. Isso implica em uma solidificação da formação do acompanhante terapêutico que neste trecho, De Mauer e Resnizky (1987) indicam:

Os acompanhantes são incorporados sem nomeação, *ad honorem*, sobrecarregados de tarefas devido à carência de pessoal suficiente e por falta de treinamento adequado no trabalho de equipe. A formação de um agente terapêutico não pode ser esquemática e deve incluir necessariamente os elementos que lhe permitam trabalhar de forma interdisciplinar (p.37).

Sua origem no campo da psiquiatria indica também o principal elemento sobre o qual se sustenta a prática, que é, inicialmente, o acompanhamento de sujeitos internados. Ao longo do tempo, isso foi tomando outras aberturas para outros diagnósticos e esferas de sofrimento, que contribuíram para a solidificação do perfil do acompanhante – onde predominavam psicólogos, além de ampliar o conceito de “amigo qualificado”, incluindo o diálogo com a família, o trabalho em equipe e a ideia de “setting clínico ampliado” (FRANÇA, 2016 p. 26). Nesse sentido, o AT “surgiu como uma necessidade clínica em relação a

pacientes com os quais as abordagens terapêuticas clássicas fracassavam” (DE MAUER E RESNIZKY, 1987, p.37).

## 1.2) A prática do Acompanhamento Terapêutico

Podemos caracterizar a prática do AT como uma prática terapêutica que se configura sobre dois pilares principais, que são: o movimento e o território. Na medida em que se visa ampliar o contexto clínico, ao articulá-lo com a rua, o bairro e a cidade, denota-se que o AT ocupa uma função de traslado por esses meios. Nesse sentido, Palombini (2004) sugere que o AT situa-se em “uma zona de intermediação entre a referência institucional, para esse sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos” (p.17). Essa configuração respaldada sobre o movimento e o território também entram em consonância com a dimensão espaço-temporal que a autora sugere sobre a prática do AT, onde relata que:

[...] a constituição psíquica peculiar ao psicótico determina uma vivência particular do espaço e tempo, com consequências quanto às possibilidades de enlace ao tecido social, o qual, embora tramado sob a égide de um determinado regime espaço-temporal, apresenta-se composto de múltiplas formas de espaço e tempo. (PALOMBINI, 2004, p.23)

O caráter singular do AT reside nesse “encontro das diferenças” (DA SILVA & DA SILVA, 2006, p.215) pois esse encontro pode ocorrer em diversos lugares, diversas vezes, ao contrário do formato do encontro psicoterápico-clínico de consultório. Sobre esse caráter singular que se dá nesse “encontro das diferenças” podemos dizer que a prática do AT também está em congruência com o que De Mauer e Resnizky (1987) sugerem quando dizem que:

A abordagem terapêutica da enfermidade mental é um exercício permanente de não-neutralidade. Implica jogar-se, expor-se, entrar num campo minado. Implica uma prática que reconheça e critique sem pausa seus limites e a razão deles, que explicita as contradições da realidade na qual a enfermidade mental se origina e se instala e deixa de lado a definição de “natural e irreversível” para o que é um produto histórico social. (p.25)

A prática do AT sugere então de antemão que se tenha presente esse exercício de “não-neutralidade”, que se situa na ideia de que o sujeito acometido de um sofrimento psíquico grave é capaz de lidar com sua condição existencial. Nesse sentido, exploramos essa prática a partir da interação entre essa presença “não-neutra” e a ideia da “clínica peripatética”, de Lancetti:

Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – *peripatetismo* – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento (LANCETTI, 2011, p.19).

Sendo a prática do Acompanhamento Terapêutico uma prática que acontece em movimento, fora do consultório, o autor defende que o empreendimento da prática do AT busca “a conexão com as pessoas, atividades e locais, depois do colapso que o surto provoca” (LANCETTI, 2011, p.29). Pelo caráter inventivo e a natureza inusitada dos percursos do cotidiano, o AT ocupa um lugar singular no que concerne à clínica em saúde mental:

O trabalho de AT permite que o profissional, em sua função de at, acolha o material psíquico do paciente de um lugar singular, onde a relação terapêutica se dá sem a privacidade das paredes institucionais, possibilitando o projeto “invenção” de saúde e a reprodução social do paciente. O at acompanha o paciente pelas ruas da cidade, munido de um guia, de uma proposta terapêutica no ato e no movimento do corpo que interage no âmbito social (PITIÁ, 2005, p. 54).

Nesse sentido, a autora sugere que o trabalho de AT estabelece-se “no microespaço da relação acompanhante/acompanhado”, onde juntos, exploram “territórios macroscópicos” (p.56), e por entre esses espaços sustenta-se o objetivo terapêutico de restituir a relação do “louco” com a sua vida e os espaços da cidade. Seguindo nessa linha, de raciocínio, a autora defende a ideia de que:

O fundamental é estar em constante conexão com o âmbito social, com os aspectos culturais e simbólicos nos quais o sujeito está inserido ou convive cotidianamente, procurando resgatá-lo em sua inteireza humana, desenvolvendo aspectos sadios e recursos potenciais existentes no indivíduo, apesar de sua crise (PITIÁ, 2005, p.58).

Vê-se o destaque de transpor o cuidado ao sujeito com sofrimento psíquico grave para outro espaço que não o do consultório. Onde a clínica se



transpõe “do terreno fechado do hospital para o terreno vivo, múltiplo e cambiante da cidade” (Palombini, 2004, p.23).

Para continuar a reflexão sobre a prática do AT, na medida em que é uma prática “não-neutra” que se movimenta e que é exercida no território, podemos pensar a prática do AT complementando-a com as três disponibilidades que Resende e Costa (2017) utilizam para caracterizar a convivência como um dispositivo de cuidado em saúde mental, que são: *estar com*, *fazer junto*, e *deixar ser*. (p.126).

### **1.3) Estar com, fazer junto e deixar ser**

#### **Estar com**

*Estar com* implica em uma postura que seja capaz de “suportar uma certa desordem, algo de aleatório, delírio, vozes, angústia e sofrimento para acolher o outro no cuidado” (RESENDE E COSTA, 2017, p.126). No *estar com*, a relação afetiva é destaque para que se permita um “mergulho” (idem) na experiência existencial da pessoa em sofrimento. A autora também menciona a respeito da clínica do acompanhamento terapêutico, onde diz que no *estar com* reside também “a função de ‘empréstimo’ do psiquismo, a habilidade do cuidador de conter o sofrimento psíquico em si” (RESENDE E COSTA, 2017, p.127).

Nesse sentido, poderíamos pensar também o *estar com* como de um empréstimo também que se dá pela presença do corpo, a ideia de que é possível sustentar a presença do corpo do outro diante de suas mais variadas, inexplicáveis e por vezes mobilizadoras manifestações existenciais.

#### **Fazer junto**

*Fazer junto* é uma maneira “de interlocução na convivência” na qual o cuidado na convivência se dá principalmente, em ato, onde “corpo, gestos e atitudes estão relacionados em uma abertura para o novo, desinvestindo-se o

narcisismo e deixando-se afetar” (Palombini, 2004 *in* Resende, 2017, p.128). Além disso, *fazer junto* carrega em si a ideia de que a convivência permite uma troca entre as pessoas, de forma pela qual o *fazer junto* possibilita uma desierarquização das relações instituídas. Como a autora indica, “a proposição de uma atividade tem valor de interpretação (Berger, 2001), no que ajuda a restabelecer pontes com o mundo” (RESENDE E COSTA, 2017, p 128).

Nesse sentido, o *fazer junto* instaura-se na malha do cotidiano, na relação que se estabelece ao novo a partir do gesto. Assim ressaltamos que “tem algo que não comparece nas consultas programadas que surge no *fazer junto* na convivência, através da disponibilidade do *estar com* acima caracterizado, desvelando a potencialidade terapêutica do cotidiano e da solidariedade” (RESENDE E COSTA, 2017, p. 128)

### **Deixar ser**

Resende e Costa (2017) indicam que o *deixar-ser* refere-se a uma reserva necessária que o cuidador precisa ter para poder cuidar. Essa reserva desvela “a inevitável mutualidade nos cuidados como um fundamento ético” (Resende 2017, p. 130). Tal reserva diz respeito ao resguardo que o cuidador precisa ter para poder cuidar, abrindo as portas às necessidades de cuidar de si e se deixar ser cuidado. Essa postura de reserva permite a emergência do outro “em sua especificidade e potencialidade” (p.131), concedendo um espaço e um tempo para que o outro seja.

Considerando os elementos de espaço e tempo, adotar essa postura de reserva implica em um certo tipo de espera que permita o surgimento de uma ocorrência, compartilhamentos e trocas na relação entre as mutualidades de cuidados presentes, que por sua vez se repousam em um tipo de confiança. Nesse sentido, Figueiredo (2011) afirma:

Basicamente, a presença em reserva significa a *espera* e a *aposta* no “objeto” de cuidados, uma espécie de confiança que o cuidador deposita de antemão nas capacidades do outro, na sua possibilidade de vir a participar como agente do circuito de trocas e compartilhamento. (FIGUEIREDO, 2011, p. 16)

Essa confiança depositada nas capacidades do outro ressalta o fundamento ético da mutualidade de cuidados, na medida em que a adoção desta reserva enquanto sensibilidade clínica abre alas para o cuidador também se deixar ser cuidado e cuidar de si. Sobre esse ponto, Resende (2017) explica que:

“Neste sentido, entendemos que a sensibilidade clínica desenvolve-se como a habilidade para reconhecer e o momento de interpelar, em uma posição de reserva ética que deixe espaço – e tempo- para que o outro seja. (RESENDE, 2017, p.130)

Podemos pensar a respeito desta confiança acima mencionada por Figueiredo (2001) enquanto parte constituinte do vínculo estabelecido na relação do AT.

Ao se tratar do vínculo, cabe aqui ressaltar os períodos fundamentais pelos quais passa a evolução do vínculo no AT entre o acompanhante e o acompanhado, como proposto por De Mauer e Resnizky (1987) que são: 1) o início da relação, em que se fazem presentes sentimentos de suspeita ou uma transferência maciça; 2) maior aceitação do vínculo; 3) consolidação do vínculo; 4) finalização do acompanhamento: separação e despedida (PITIÁ, 2005).

Terminando, percebemos que o AT institui-se como uma prática interessante para pensá-lo como um dispositivo de cuidado em saúde mental. Sendo assim, elaboraremos o teor político dessa prática a seguir.

## Capítulo 2: Considerações políticas

Introduzimos o trabalho discutindo a respeito dos CAPS como sendo uma das instituições pilares do processo transformativo da reforma psiquiátrica no Brasil. O surgimento da reforma psiquiátrica no Brasil aparece junto com a reforma sanitária e criação do SUS no período de redemocratização do país.

A tentativa de descentralizar a assistência hospitalar em uma rede estendida pelos territórios (Rede de Atenção Psicossocial – RAPS) e pelos bairros das cidades visa atender as necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico grave de forma mais humanizada, como também aproximar o campo da saúde mental à cidade – sugerindo um rompimento com o modelo asilar de assistência, historicamente segregacionista e “pautado pelas internações manicomiais e pelas diretrizes biomédicas da psiquiatria científica hegemônica” (Goulart, 2017, p. 24).

Cabe ressaltar que esse esforço de se introduzir uma política alinhada com um modelo biopsicossocial de assistência não se reduz somente à implementação dos CAPS. Existem outros dispositivos que buscam compor essa rede, tais como os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), ambulatórios multiprofissionais em saúde mental, enfermarias especializadas em saúde mental e hospital-dia. Tais dispositivos componentes da RAPS visam também dialogar com outros programas tais como o Programa de Volta pra Casa, assim como os NASFs (Núcleos Ampliados de Saúde da Família). Nesse sentido, a RAPS procura estender-se por meio dos três níveis de atenção à saúde, atuando desde a atenção primária até a atenção terciária.

Nesta parte procuraremos compreender melhor como o acompanhamento terapêutico é um dispositivo de cuidado que pode promover uma articulação entre o CAPS e a possibilidade do sujeito resgatar o acesso à cidade, além de poder desempenhar um papel interessante no que cerne à aplicação desta política nacional, promovida pela implementação da lei 10.216/01.

## 2.1) Os CAPS e a Reforma Psiquiátrica

O processo de reforma psiquiátrica instaurou-se com desafios inerentes à sua proposta: a criação de serviços substitutivos interligados em uma rede extra-hospitalar em detrimento aos serviços manicomiais, instituições historicamente violentas e desumanizadoras. O processo gradual de desinstitucionalização retificada pela Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, no cerne da reforma psiquiátrica (que visa o fechamento dos manicômios em prol de uma rede integrada de serviços substitutivos em Saúde Mental), acarreta inúmeros desafios de diversas naturezas: desde a elaboração de políticas públicas eficientes até práticas e manejos clínicos ousados. Esses desafios permitiram uma abertura para uma grande gama de produção teórica inovadora referente ao cuidado, à desestigmatização da loucura, da condução do tratamento dos sujeitos com sofrimento psíquico severo e das políticas e práticas multidisciplinares dentro de serviços públicos de assistência à saúde mental (LEAL E DELGADO, 2007; LANCETTI, 2008; LOBOSQUE, 1997;2003).

No entanto, a política nacional de saúde mental, que possibilitou avanços e conquistas significativas na implementação do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, vem enfrentando no campo político riscos de mudanças que contradizem o objetivo e os princípios da lei 10.2016/01. Sendo uma política que visa a desinstitucionalização e o fechamento das instituições manicomiais em prol de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constituída por serviços substitutivos que atuam nos territórios, a portaria Nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 do Ministério da Saúde fere diretamente os preceitos dessa política na medida em que sugere a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos, o aumento de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%, exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral como condicionante para recebimento de recursos de custeio e o retorno de serviços tais como as unidades ambulatoriais especializadas.

O Conselho Nacional de Saúde entrou com um pedido de revogação desta portaria, tendo em vista que ela “apresenta retrocessos à política nacional de saúde mental e propõe a desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial” (CNS, 2018) ao alterar os pontos anteriormente mencionados, além de ter sido aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sem consulta ou debate com a sociedade civil ou com o Conselho Nacional de Saúde. Essa tentativa de manobra política denuncia a prevalência de interesses políticos e econômicos de grupos que visam o desmantelamento dos serviços.

Não somente constituintes da principal estratégia da reforma psiquiátrica brasileira, os CAPS são também instituições que visam trabalhar o acolhimento, a integração social e familiar do sujeito, sua busca de autonomia e o resgate de sua cidadania, oferecendo atendimento médico e psicológico. Buscam, finalmente, determinar estratégias e planos terapêuticos que integrem o sujeito ao ambiente social e cultural concreto, como os espaços da cidade, do bairro, das ruas, das escolas, do boteco, das igrejas...Esses elementos se constituem como agentes inseridos na ideia de “território”, onde acontece e se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e familiares (COSTA, 2013; BRASIL, 2012).

Desse modo, instaura-se um olhar heterogêneo no que diz respeito à constituição do corpo profissional dos CAPS. Isso implica em uma mistura de conhecimentos e saberes, que atuando juntos, possibilitam uma melhor compreensão dos casos, facilitando a constituição de projetos terapêuticos mais consistentes, não estando ligados à predominância de um tipo específico de conhecimento e sim, uma interlocução múltipla dos saberes. Nesse sentido, podemos ressaltar:

Desse modo, a própria realidade da assistência exige que os CAPS se aproximem do paradigma da tomada de responsabilidade, necessário a uma atenção plenamente territorializada e desejável do ponto de vista da reforma psiquiátrica brasileira. Ainda assim, é importante frisar que, se os CAPS e NAPS têm lugar estratégico privilegiado no processo de substituição asilar, a rede de atenção psicossocial é, necessariamente, uma rede multi-institucional, isto é, uma rede que inclui dispositivos e estruturas diversas, como serviços-dia e serviços-noite, lares abrigados, leitos de internação não

manicomial, espaços de lazer assistido e iniciativas diversas de suporte social (TENORIO, 2001, p.49).

Os CAPS se enquadram como sendo a principal proposta estratégica para o enfrentamento às demandas sociais referentes à assistência às pessoas portadoras de sofrimento psíquico severo. Nesse sentido, os CAPS articulam, dentro da ideia de rede e território, não somente novas possibilidades de acolhimento das demandas, como também uma reorganização das atribuições tradicionais ligadas ao tratamento do indivíduo, tanto do ponto de vista da saúde do sujeito como também das instituições tradicionalmente referentes a esses cuidados. Tomando o sentido de serviços integrados a uma rede, o Ministério da Saúde preconiza o papel dos CAPS em relação às outras redes de saúde:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na atenção direta e na regulação dos serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc...(BRASIL, 2004).

## **2.2) AT e CAPS: uma possibilidade**

Tendo em vista esse espaço que o CAPS ocupa na rede e no território, e instaurando-se como instituição que propõe articular diferentes instituições ligadas à rede, a proposta dos CAPS visa uma estrutura interna que articule uma equipe multiprofissional.

As equipes multiprofissionais de cuidado no CAPS, assim como uma abordagem interdisciplinar no trabalho em saúde mental tem sido constituintes importantes e alvo de muita discussão teórica no processo de reforma psiquiátrica. De fato, diversas produções teóricas defendem o olhar multiprofissional como sendo uma alternativa necessária frente aos novos paradigmas de atenção e dos serviços à saúde (LANCETTI, 2007; TENORIO, 2001; LOBOSQUE, 2003).

Nesse sentido, alguns autores defendem o caráter “heterogêneo” dessas articulações – que se instauram no plano político em redes de apoio à saúde que se interlocucionam, proporcionando uma maior maleabilidade dos serviços e uma mais ampla atuação. Nesse sentido, Tenório afirma:

A heterogeneidade, portanto, é um valor contraposto à tendência homogeneizante da própria condição psicótica, de seu gerenciamento social e das outras instituições psiquiátricas pelas quais os pacientes muitas vezes passaram, que se materializa também na ideia de uma equipe multiprofissional de cuidados (TENORIO, 2001, p.70)

Seguindo nessa linha, é importante pensar as construções subjetivas do profissional a respeito do cuidado levando em conta esse contexto multidisciplinar, pois o profissional atua dentro desse cenário.

Ao pensarmos o cuidado como constituinte de um olhar horizontal nas relações institucionais entre os cuidadores e os que precisam desse cuidado, e que essa lógica rompe com a ideia tradicional da clínica de consultório no tratamento relativo aos quadros psicóticos, esses espaços e pessoas (profissionais e pacientes) que transitam e convivem no espaço institucional, podem ser agentes que atualizam e reimprimem as concepções originais com as quais compreendemos a clínica – principal núcleo de produção de conhecimento subjetivo da área da psicologia clínica. Nesse sentido, podemos destacar que:

De fato, as redes são as linhas que preenchem o território. Por isso devem ser pensadas como fluxos permanentes que se articulam e se desarticulam. Essas duas noções redefinem a ideia de clínica (LEAL E DELGADO, 2007).

Finalmente, a compreensão que o profissional estabelece com a ideia de cuidado está firmemente relacionada com essas novas construções institucionais e paradigmáticas sobre o olhar que se procura transformar sobre a loucura. Lobosque (2003, p. 17) afirma que:

Trata-se de encontrar uma nova habitação para a loucura – o que não significa, naturalmente, reformar ou remodelar os espaços que os chamados loucos deveriam forçosamente habitar, e sim, diferentemente, tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a



sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não (LOBOSQUE, 2003).

Sendo assim, o AT dispõe de uma multiplicidade de articulações dentro das possibilidades que agem no cotidiano do serviço. Sua atuação dentro do caráter interdisciplinar corresponde a uma ligação entre a compreensão da equipe a respeito do sujeito e suas necessidades. Dentro desse embaraço, o AT pode atuar como um agente que produz uma interlocução e uma articulação entre as teias que circundam os frequentadores do serviço. Ou seja, o AT pode ser um dispositivo que atua na ampliação do alcance do CAPS em sua interlocução com outros serviços (hospitais, fóruns...) ou com outras constelações que participam da vida do frequentador (a família, o trabalho, a cultura, o território...).

### Capítulo 3: Metodologia

Como mencionado brevemente na introdução, o presente trabalho busca investigar a prática do Acompanhamento Terapêutico, sua(s) particularidades e efeitos, à luz de um estudo de caso, buscando contribuir com reflexões clínicas e políticas tais como compreender e discutir o caráter clínico dessa prática, na medida em que a clínica se destitui de seu caráter de consultório e passa a ser pensada na dimensão, ou ideia, de território. Existe também a postura do cuidador diante do caso. Nesse sentido, investigar a função do AT para o sujeito acompanhado, assim como para o acompanhante. Além disso, nos interessa investigar as implicações políticas dessa prática, por meio de sua articulação entre os territórios, o CAPS e a emancipação do sujeito.

A partir dos capítulos anteriores, podemos pensar que no caso deste estudo, o objeto de estudo é o AT, na medida em que existe uma proposta e uma intenção de cuidado terapêutico instituída na relação.

Para tanto, propõe-se uma metodologia qualitativa, considerando junto com Demo (2006, p. 8) que “dependendo do objeto e dos propósitos da pesquisa pode-se preferir um procedimento mais qualitativo, mas seria equivocado não perceber que “dados” qualitativos também são, de alguma forma, “dados”, ou seja, possuem referências como tamanho, frequência, escala, extensão”.

Para a análise dos dados relativos à pesquisa qualitativa, utilizaremos a hermenêutica da profundidade, modelo elaborado por Thompson (1995) e reinterpretado por Demo (2006), que consiste em três etapas: contextualização sócio-histórica, análise formal e reinterpretação. Esta proposta de análise de dados é especialmente adequada para estudos sobre fenômenos humanos e sociais complexos, cujo campo-objeto é constituído por sujeitos campo objeto-sujeito (THOMPSON, 1985), que experienciam e interpretam de forma complexa e não-linear a realidade; no nosso caso específico, a experiência do acompanhamento terapêutico.

Uma das vantagens desta proposta de análise de dados é que esta prevê a standpoint epistemology (THOMPSON, 1985; DEMO, 2006), isto é, a consideração do ponto de vista não apenas dos pesquisadores, mas também dos sujeitos pesquisados (no nosso caso, o AT) na reinterpretação dos dados.

Porém, também utilizamos o método fenômeno-estrutural sugerido por Minkowski, na etapa da análise formal, como recurso para compreender o fator relacional da experiência do AT. Nesse sentido, esse método mostra-se útil para investigar os fenômenos que surgem da relação pois não exclui os sentimentos e as sensações que afetaram o pesquisador/cuidador no percurso do AT. Nesse sentido, podemos ressaltar França (2016), que explica que Minkowski destaca a importância de levar em consideração “o uso de nossas personalidades, nossas afetividades, para realizar a análise psicopatológica” (p.64).

Esse método procura agregar conteúdos que não são levados em conta pela psicopatologia tradicional, pautada principalmente na categorização de sintomas. Nesse sentido, a dimensão fenomenológica do diagnóstico proposta por Minkowski leva em consideração os atributos que ocorrem pelo percurso de uma relação terapêutica. Nesse sentido, França (2016) afirma:

Como método (Minkowski, 1999), a psicopatologia fenômeno-estrutural dispõe de pressupostos distintos da psicopatologia convencional que se restringe à mera descrição dos sintomas, e da psicologia que busca explicar o processo de causalidade e evolução dos fenômenos psíquicos. Dessa forma, a psicopatologia fenômeno-estrutural se posiciona entre estes dois saberes buscando identificar a constituição e funcionamento espaço-temporal do sujeito sem sobrepor-se a nenhum saber (França, 2016, p. 67).

Minkowski nomeou essa proposta de “diagnóstico por compenetração” que visa:

[...] buscar sentir como ele [o paciente] sente para melhorar nossa compreensão profissional. Não se trata de negar o uso do diagnóstico racional, mas de acrescentar esta técnica na clínica cotidiana, aplicando os conceitos de esquizoidia e sintonia propostos por Bleuler (França, 2016, p. 64).

Esse método mostra-se útil para este trabalho na medida em que acentua a integração do diagnóstico sintomatológico “com algo maior que não

apenas permita uma compreensão mais ampla da pessoa, mas que possa facilitar a ocorrência do evento terapêutico” (FRANÇA, 2016, p.65).

### 3.1) Instrumentos e procedimentos de pesquisa

Para a contextualização socio-histórica, fizemos um recorte sobre a conjuntura dos territórios onde se deram os encontros, além de tentar fazer um recorte socio-histórico da saúde mental no DF e uma breve conjuntura política atual.

Na análise formal, os principais instrumentos utilizados para a análise dos dados foram os relatórios de sessão e o diário de campo. Lima (2007) sugere que o diário de campo pode ser um recurso muito útil para construir análises mais profundas, ajudando na elaboração de categorias que permitem a construção de um olhar a respeito do fenômeno. Além disso, o autor destaca a importância das anotações descritivas como aquelas de cunho analítico-reflexivo. Nesse sentido, o Diário de Campo também fornece relatos críticos e auto-críticos da experiência (Resende e Costa, 2017). Nesse sentido relativo à auto-crítica, podemos complementar com um posicionamento de Minkowski a respeito do diário de campo, onde apresenta:

Minkowski (1999) explica que um diário, por mais detalhado e rico de dados psicológicos que seja, não se torna automaticamente um documento fenomenológico. É através da aplicação do método fenômeno-estrutural que este diário pode tornar-se parte de uma compreensão fenomenológica em si ou sobre alguém. (França, 2016, p.101)

Nessa etapa, destacou-se elementos comuns retirados das sessões e dos diários de campo, que separamos em três categorias, a saber: a) o vínculo, b) o território e c) O AT como estratégia de cuidado.

Para a reinterpretação, procuramos elaborar os elementos que se destacaram na análise formal incluindo nosso posicionamento enquanto pesquisador.

### **3.2) Sujeito da pesquisa**

O sujeito da presente pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi um caso encaminhado para o projeto de clínica em saúde mental pelo Núcleo de Apoio Jurídico (NAJ) da mesma instituição. Por ser um estudo que envolve seres humanos e por ser um estudo vinculado ao CenFor, o projeto foi submetido ao comitê de ética da instituição. O número de aprovação do projeto é: CAAE – 53187115.9.3001.0023.

## Capítulo 4: Resultados e Discussão

### 4.1) Contextualizando o AT deste trabalho

A seguir, apresento o caso que acompanhei de forma um pouco mais detalhada. Em seguida, trato um pouco a respeito do vínculo inicial que se deu entre o sujeito e eu.

Marco Barros (MB) foi encaminhado pelo Núcleo de Apoio Jurídico da instituição para o Centro de Formação de Psicólogo da mesma instituição na metade do primeiro semestre de 2018. Naquele momento eu estava escrevendo meu projeto de monografia e minha supervisora de estágio sugeriu que lesse o caso e que, se desse, poderia assumir o caso para efetivar o AT junto com ele. Seu prontuário indicava que já havia um histórico de acompanhamento em seu CAPS II de referência desde 2014. Com orientação da supervisora, como estava estagiando nesse mesmo CAPS II, ela sugeriu que averiguasse mais a fundo seu histórico no CAPS II e que uma possível estratégia inicial seria revinculá-lo ao serviço, para que, juntamente com o trabalho de AT, pudéssemos trabalhar juntas outras estratégias que poderiam ser úteis para visar sua reinserção social.

MB estava desempregado e vivendo em condições psicossociais limítrofes, na medida em que encontrava dificuldades para pagar seu aluguel no albergue em que residia. Também demonstrava produções delirantes de perseguição, que ao mesmo tempo que lhe forneciam possibilidades de movimentação diante de sua situação, também dificultavam suas relações sociais com os meios que frequentava. Temia, por exemplo, que vizinhos e outros moradores de seu albergue e da vizinhança viessem a roubá-lo, denunciá-lo ou a lhe bater, pois segundo ele, a polícia também queria pegá-lo.

Em um episódio mais crítico chegou a esperar pela polícia com seu único terno, sentado em sua cadeira no quarto. No entanto, cabe ressaltar que essas preocupações não deixavam de ser perigos reais para o sujeito, que, em sua condição socio-existencial – mais propícia à violências de todo tipo-, podem se configurar à luz da consciência de maneira distorcida, amplificada

pelo teor delirante. MB passava os dias transitando por órgãos públicos e de instituições privadas onde poderia procurar por emprego, pois sabia que nesses lugares poderia encontrar alguma oportunidade. Também recorreria a seus direitos como o Passe Livre. No entanto, MB compreendia que necessitava de ajuda, e foi procurá-la onde previamente já havia recebido acolhimento, no caso, o Centro de Serviços de Apoio à Comunidade do UniCEUB, no edifício União.

Foram feitos seis encontros na clínica-escola do CenFor e após o recesso institucional de julho, o AT ocorreu no período entre o início de agosto e o final de novembro, constituindo-se por um total de cinco encontros no CAPS, sendo que três deles ocorreram no início do semestre, um em setembro e outro em outubro. Além desses encontros, conversei com ele algumas vezes por telefone, para ter notícias suas, ou para tentar marcar algum dia para se encontrar.

#### **4.2) Análise socio-histórica**

A análise socio-histórica baseia-se na tentativa de “reconstruir as condições sociais de produção e circulação das formas simbólicas” (Resende, 2017, p.168) referentes ao campo de estudo. Para esta parte do estudo, procurou-se analisar os componentes socio-históricos que circunscreveram o acompanhamento terapêutico, além de tentar analisar as formas simbólicas que compuseram o percurso desta relação. Na ideia inicial do projeto de pesquisa, o acompanhamento terapêutico aconteceria em dois encontros semanais onde o pesquisador viveria suas experiências na relação com o acompanhado transitando pela cidade e escrevê-las-ia no diário de campo para poder ir tecendo suas impressões à medida que a experiência fosse acontecendo, e assim poder em seguida redigir o material no diário de campo para posteriormente utilizá-los como dados. No entanto, a relação terapêutica ao longo do semestre instaurou-se de uma maneira inesperada, do meu ponto de vista enquanto pesquisador, pois os encontros não ocorreram dessa forma.

Inicialmente, destaca-se que os encontros ocorreram em um lugar central da cidade. Situado próximo ao metrô e de centros comerciais, o prédio da clínica-escola é de fácil acesso e a localidade da região – próxima à rodoviária - permite conexões para chegar a outros espaços da cidade. É uma região de bastante fluxo e trânsito de pessoas. No entanto, essa referência de centralidade se deslocou para uma referência periférica no decorrer do AT e do estudo, situando seu campo em um CAPS II no âmbito do DF. Cabe aqui portanto, mencionar alguns pontos relativos ao quadro atual da saúde mental no DF.

Segundo o relatório “Saúde Mental em dados 12” (BRASIL, 2015) do Ministério da Saúde, o DF ainda conta com uma rede de saúde mental muito precária para o atendimento da população. Tendo portanto conhecido entre 2010-2014 uma gestão que aumentou o número de CAPS de 07 para 17, que contribuiu com a subida de seu índice de 0,21 em 2010 para 0,46 em 2014 (do indicador de cobertura dos serviços a partir do número de CAPS para cada 100.000 habitantes, onde quanto mais próximo alto o número, mais cobertura tem). Mesmo que tenha subido, o indicador ainda aponta para uma cobertura regular/baixa. Quando comparada à média nacional (0,86), tem-se ideia do quadro alarmante, tendo uma defasagem de 0,40 pontos para com a média nacional. (RESENDE E COSTA, 2017; BRASIL, 2015)

No entanto, mesmo havendo certos avanços, ainda são insuficientes. No caso do CAPS II do presente estudo, Goulart (2017) enfatiza o quadro dificultoso que o CAPS enfrenta, acarretado pela falta de cobertura de serviços em saúde mental e a escassez de dispositivos regionalizados na atenção primária, onde acaba respondendo a uma demanda quase quatro vezes superior à de 200.000 habitantes definida como limite máximo como parâmetro para um CAPS II (p.116). O autor também destaca que o funcionamento em horário comercial dificulta a participação de familiares que trabalham, restringindo seu potencial de atuação:

As dificuldades político-institucionais na atenção à saúde mental no DF culminam em inúmeras situações nas quais as ações do serviço se veem amplamente afastadas do território existencial das pessoas atendidas, dificultando ações voltadas para a singularidade dos usuários, de maneira a comprometer em grande



medida o processo de desinstitucionalização (GOULART, 2017, p. 117)

“

Vê-se portanto que o CAPS II do estudo enfrenta dificuldades relativas aos desafios à implementação da reforma psiquiátrica no DF. Zgiet (2010) citado por Resende (2017) nos mostra como processos de burocratização, falta de informação da população, a ineficiência de promoção e visibilidade ao campo da saúde mental assim como a destituição do poder do órgão responsável pela gestão da política de saúde mental a nível local contribuem para a dificuldade de implementação e efetivação das diretrizes da lei (RESENDE, 2017, p.169).

Segundo Goulart (2013), essas dificuldades portanto não impedem este CAPS II ser referência na região que atua, em função da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais e da amplitude territorial que acaba cobrindo. O CAPS deste estudo é uma casa, onde tem sala de gerência, cozinha, salão grande comum e uma área externa com uma horta. Os grupos acontecem tanto em salas ou no lado de fora. No caso do estudo, MB participou de grupos tanto do lado externo (oficina de música) como em uma sala (grupo “Papo de homem”).

#### **4.3) Análise formal**

Para o início da análise formal, falaremos a respeito dos encontros que ocorreram no contexto clínico no primeiro semestre de 2018 como também os encontros ocorridos no período de agosto a novembro de 2018, a partir dos relatos das sessões, do diário de campo e de minhas impressões. Procuraremos considerar os conceitos anteriormente citados (estar com, fazer junto, deixar ser) para a interpretação dos relatos de sessão e diário de campo, além de também levar em conta as considerações de Minkowski. Nessa etapa, separamos o percurso em dois momentos: os que ocorreram no primeiro semestre, e os que ocorreram no segundo. Surgiram três temas principais na pesquisa, que são o vínculo, o território e o AT como uma estratégia de cuidado.

## **Primeiro momento**

Para refletir sobre as considerações clínicas deste estudo, é fortuito trazer alguns limites teóricos para que possamos ater-nos a um molde que nos permita pensar a respeito dessa experiência de maneira a elaborar e responder às perguntas anteriormente suscitadas. Para esta parte do trabalho, que visa discorrer sobre o contexto clínico do caso, separei a experiência do AT em dois momentos principais, que são, inicialmente, as seis sessões ocorridas no Centro de Formação do Psicólogo, no primeiro semestre de 2018. O segundo momento estende-se ao longo do segundo semestre de 2018, onde o pesquisador-acompanhante encontrou com o acompanhado em uma média de três encontros por mês aproximadamente, além de algumas conversas feitas via telefonemas.

De início, podemos pensar de que todo encontro se dá em um espaço que se desdobra em duas dimensões principais que denominaremos de espaço-lugar e espaço-temporal. Estes, por sua vez, se desdobram também em outros sentidos que de antemão não são de uma obviedade clara. No espaço-lugar, podemos pensar que o encontro, no caso de MB, se deu inicialmente em um contexto clínico. Um espaço fechado, restrito, limitado pelos contornos das paredes que tem como objetivo principal fornecer sigilo em um ambiente descontraído, que forneceria à pessoa um espaço onde ele possa manifestar seus problemas com o terapeuta da forma mais espontânea e natural possível. Podemos dizer que os seis encontros iniciais aconteceram dentro deste limite espacial e que, de início, não enxergava ainda como um contexto de AT devido aos moldes clínicos então presentes.

Sobre o espaço-tempo, podemos pensar na temporalidade marcada pelo encontro. Para iniciar, nas seis sessões ocorridas no contexto clínico, cabe ressaltar que as orientações principais apresentadas pela supervisora consistiam em duas ideias básicas: acolher a demanda e formar vínculo. Tínhamos nosso encontro marcado todas as sextas-feiras pela manhã, durante

uma hora. Desta maneira, este momento terapêutico se deu como explicitado, por exemplo, por Camargo (1991):

Tanto a doença quanto a saúde se objetivam na malha do cotidiano, onde o fluxo da vida se materializa, portanto. Nosso objetivo é passar a integrar a vida cotidiana do cliente, por um número estabelecido de horas, de tal modo a formarmos um vínculo com ele (Camargo, 1991, p.52).

Nesse primeiro momento, além de termos um horário e local explicitamente estipulados para as sessões, ressaltamos também que a postura clínica adotada pelo terapeuta baseou-se na postura ética da proposta da convivência, que estipula uma presença que serve como um suporte, uma presença disponível para acolher quaisquer demandas que possam advir do sujeito (RESENDE & COSTA, 2017). Nesse sentido, a conduta clínica preconiza uma disponibilidade afetiva que se sustenta em três pilares de referência, sendo eles o *estar com*, o *deixar ser* e o *fazer junto*. Além disso, cabe ressaltar que é um contexto clínico em saúde mental, cujo cuidado oferecido pela ideia da convivência baseia-se também na ideia da clínica antimanicomial ou clínica em movimento (LOBOSQUE, 2003) ou seja, uma clínica extra-muros que visa os alcances possíveis dentro do território do sujeito e que esteja preocupada com os princípios da desinstitucionalização do cuidado. Nesse sentido, em relação à estratégia estipulada inicialmente para o sujeito, que implicava em revinculá-lo ao seu CAPS de referência, cabe aqui ressaltar Resende e Costa (2017) em que dizem:

A função do CAPS, enquanto clínica em movimento, é atuar no espaço intermediário entre a instituição e o acesso à cidade, embora pareça que justamente aí alguns serviços não estejam conseguindo atingir sua missão. Neste sentido, sem dúvida, o acompanhamento terapêutico é um dispositivo privilegiado que pode nos ensinar como transpor esta lógica para ajudar o CAPS a realizar *coletivamente* esta tarefa (RESENDE, 2017, p.122).

Nesse sentido, podemos elucidar que já de antemão, a postura clínica adotada visava um cuidado que não está restringido ao espaço clínico de consultório, já inspirado em uma prática como o do AT.

Em seu texto *Clínica Peripatética*, Lancetti (2016) descreve a origem da palavra clínica, que deriva do grego, *kliniké*, que por sua vez provém do verbo *klino* (inclinarse). A clínica provém desse movimento de inclinar-se sobre o paciente, onde o autor descreve: “Na desconstrução manicomial e a clínica antimanicomial trata-se, de saída, de pôr as pessoas de pé” (Lancetti, 2016, p.22). A expressão “pôr as pessoas de pé” ilustra o teor da relação de horizontalidade que se propõe ter: ao invés de “inclinarse sobre” – que induz a ideia de uma estrutura de poder, procura-se o movimento contrário – ajudar o outro a se erguer. A esse respeito, Lobosque (2003) questiona o lugar da clínica quando pensada nos moldes a tentar evitar reproduzir as relações de poder que marcaram a clínica ao longo de sua história:

Ora, aqui, cumpre-nos a difícil tarefa de demonstrar qual pode ser o espaço da clínica na transformação de nossas relações com a loucura. Trata-se, dentre outras frentes de ação, de retirar a clínica da Saúde Mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas. Trata-se de aproveitar as vantagens trazidas pelos avanços da técnica e da ciência, redimensionando, porém, seu lugar e importância no trato da loucura. Trata-se de retirar a prática psi do âmbito narcisista no qual se instala, para apontar-lhe uma direção além de si (Lobosque, 2003, p.20).

É nesse ponto de redirecionamento do lugar da prática clínica psi que buscamos adotar nosso posicionamento de cuidador perante o AT.

Nos apoiaremos nos conceitos de *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser*, anteriormente citados para compreendermos como forneceram uma base interessante para pensarmos a atuação clínica deste caso, que a despeito do espaço-lugar inicial, desde a origem se pauta por um modo de fazer clínica condizente com os princípios da luta antimanicomial, em um posicionamento ético-político-clínico congruente com uma atuação em saúde mental que visa, não adotar ou normalizar, mas o soerguimento do sujeito e sua inserção social (RESENDE, 2015; SÁ & PEREIRA, 2006; LOBOSQUE, 2003).

## Segundo momento

O segundo momento deste AT ocorreu ao longo do segundo semestre, durante meu estágio na clínica em saúde mental, como requisito obrigatório para a conclusão do curso. Esse segundo momento foi marcado pela imprevisibilidade e pelo espaço-tempo que mencionamos anteriormente. Onde no primeiro momento nos encontrávamos de forma regular, no consultório, neste segundo momento nossos encontros foram marcados pela irregularidade, que, como veremos, pautou-se em certos acontecimentos que não se restringiram ao formato estabelecido por alguns teóricos como maneira de efetivar um acompanhamento terapêutico. Nesse sentido, entendemos que o AT pode ser produzido de maneira variável, como indica França (2016):

Exercido por uma maioria de psicólogos e estudantes de psicologia na atualidade, Benatto (2014) expõe que a principal marca do AT é seu “*setting* clínico” ampliado, que pode se desenvolver dentro de um espaço institucional ou não. Com a liberdade de espaços, também vem a liberdade de horários, pois a prática pode ser oferecida desde 24 horas por dia até apenas uma hora semanal. (França, 2016, p.29)

No sentido mais comum, é dizer que esse acompanhamento terapêutico não se deu em encontros pré-programados seguindo à risca um dia e um horário previamente combinado, pelo contrário, a grande maioria dos encontros (salvo o encontro do dia 28/08/2018, da escola de música) aconteceram de maneira esporádica, no CAPS II e também, esses de forma breve, por telefone.

Neste momento a postura clínica também pautou-se nos conceitos *estar com*, *fazer junto* e *deixar ser* (RESENDE & COSTA, 2017)– que mencionamos anteriormente; porém estamos situados em outro contexto que não o consultório. O surgimento da dimensão territorial entre o CAPS e a vida do acompanhado representava novos tipos de questionamentos sobre qual o direcionamento do AT tomaria daqui para frente: se tomaria uma dimensão de uma lógica de cuidado, no sentido da postura clínica e da disponibilidade afetiva para com o sujeito, ou então, se o AT tomaria uma dimensão de uma estratégia de cuidado, na qual, enquanto acompanhante, assumisse um papel que estaria mais ligado a uma extensão do CAPS, onde buscaria mostrar-lhe

um apoio sob-medida, nas vezes em que nos encontraríamos no CAPS. Devido à demanda do sujeito o trabalho inclinou-se para a segunda opção, onde o AT instituiu-se como uma estratégia de cuidado.

### **a) Vínculo**

Os primeiros encontros na clínica com M.B. se deram de maneira em que o *estar com*, essa disponibilidade corporal e afetiva, fosse acolhedora, deixando M.B. *ser* e manifestar o que ele quizesse ou achasse importante falar nas sessões. Nesse sentido, as sessões permitiram um espaço no qual M.B. pudesse falar.

Foi difícil no início receber toda a demanda de fala dele, pois ela traduzia seu sofrimento existencial, na medida em que ele trazia inúmeros conteúdos de forma bastante cristalizada – inflexível e intensa. Me era difícil seguir o fluxo de sua fala precipitada, que norteava inúmeros assuntos relativos à sua vida, desde suas preocupações, como a ideia de estar sendo constantemente vigiado, sua condição laboral desfavorecida – que o fazia transitar por instituições à procura de um emprego, o estado de saúde de sua mãe, que estava internada em um hospital devido a um câncer de mama, além de sua relação com a Igreja – lugar onde encontrava algum tipo de apoio espiritual.

O conceito de *estar com* favoreceu a possibilidade de um certo “esvaziamento de angústias”, como o vapor que sobra e que sai da panela de pressão após o cozimento quando soltamos a válvula de controle de pressão. A sensação era de que naquele momento e naquele espaço, *estar com* favorecia a livre expressão e manifestação daquilo que M.B. queria dizer. Nesse sentido, à medida que M.B frequentava as sessões, aos poucos sua fala foi ficando mais cadenciada, menos efusiva e descontrolada, de maneira que podemos pensar que o *estar com* forneceu um tipo de apoio organizador, no qual se presentificava através de minha presença enquanto terapeuta.

Cabe aqui discutirmos a respeito do uso de mediadores, que ocorreu na terceira sessão com MB e que ressoa com a disponibilidade do *fazer junto*. Ele, músico, me informou nas sessões anteriores que já havia trabalhado como

professor de música e disse que leva sua gaita cromática sempre com ele. Me veio a ideia de levar um violão para a sessão, para ver se poderia facilitar meu vínculo com ele, afinal, sem um vínculo bem estabelecido, a ideia de revinculá-lo ao CAPS poderia enfrentar maiores dificuldades, tendo em vista que minhas sugestões para ele voltar a frequentar o CAPS eram recebidas com bastante resistência. Ao levar o violão, sugeri que poderíamos tocar uma música juntos no final da sessão. E assim ocorreu. No final da sessão, ele tirou a gaita e toquei uma sucessão de três acordes, onde ele improvisou uma melodia com sua gaita. Ficamos tocando por alguns minutos e seu sorriso no final da sessão provocou em mim a sensação de que naquele momento, pela ajuda da relação musical, nosso vínculo firmou-se de maneira mais contundente.

É interessante pensar que nosso primeiro encontro fora do consultório, no semestre seguinte, foi na escola de música, lugar sugerido por MB onde, ao me ver chegando com o violão, expressou com um ligeiro sorriso no rosto: “Você trouxe o violão!”. O uso de um mediador simbólico (violão), não veio ao acaso. Pela música ser uma força presente em sua vida, o recurso do mediador foi utilizado com uma finalidade a procurar outros meios de interlocução com ele, visando também um estreitamento do vínculo. Como Resende (2017) aponta:

Não é um mero acaso, um objeto ou atividades quaisquer, o mediador precisa articular-se com a história do sujeito, permitindo processos de subjetivação e interlocução (p.129).

A autora também indica outra característica fundamental do *fazer junto*, que reside nas possibilidades criativas pelo intermeio dos mediadores simbólicos. Tais mediadores podem ser qualquer coisa que apareça como algo que liga a uma outra forma discursiva. A autora diz: “O mediador não é apenas entre nós e eles, mas uma conexão com outra ordem discursiva e com o externo” (RESENDE E COSTA, 2017, p.129). No entanto, cabe ressaltar que o valor terapêutico do mediador precisa estar alinhado, “articulado com a história do sujeito” para que haja “processos de subjetivação e interlocução” (p.128).

As etapas de formação do vínculo em um acompanhamento terapêutico mencionadas anteriormente nos servem de guia para compreender melhor a falta de clareza que senti sobre o início e a efetivação do acompanhamento e sobre os possíveis efeitos que nossos encontros na clínica-escola poderiam ter tido sobre ele. Nesse sentido, podemos pensar que o teor de seu discurso, além de suas ideias persecutórias refletem o início da relação “em que se fazem presentes sentimentos de suspeita ou uma transferência maciça” (PITIÁ, 2005, p.65). Como sabemos que um vínculo está estabelecido? E até que ponto os meus encontros com MB até então foram agenciadores de um vínculo que pôde permitir uma aparente emancipação de MB?

Na minha última semana de estágio no CAPS, ele aparece, por livre vontade e para minha surpresa, ao CAPS. Esse acontecimento parece ligar o vínculo estabelecido com ele com sua vontade de procurar um tipo de ajuda. Nesse encontro inusitado, ele me explica que procurou o serviço porque reconhece que precisa voltar a fazer uso de medicação. Cabe chamar a atenção neste ponto para o fato de que ele foi no dia e horário em que sabia que eu estaria no CAPS, pois já lhe havia dito os dias e horários que eu ficava no CAPS.

Seu discurso extenso, com poucas pausas, de início pareciam mostrar um esforço de reorganização de suas condições existenciais. Trouxe elementos importantes de sua vida presente, sendo os principais o desemprego, seu sentimento de insegurança perante seu contexto social e moradia, sua mãe enferma, sua estrutura familiar historicamente instável, suas capacidades enquanto músico e professor de música, sua relação com Deus, a igreja que frequenta e a Bíblia.

Segundo De Mauer e Resnizky (1987), por se tratar de uma abordagem onde existe, segundo as autoras, “o múltiplo do sujeito da enfermidade” (p.35), não estamos acolhendo somente um paciente em crise, como também uma família que também está em crise “desde o momento em que não lhe bastam os recursos próprios de contenção” (p.35). Neste sentido, a família de MB mostrava-se distante: sua irmã residia em outro estado, seu irmão, casado, o



havia expulso de sua casa (após uma tentativa de deixá-lo morar com ele e sua família) e, segundo MB, não procurava manter contato com ele e finalmente seu padrasto, que morava na casa de sua mãe (que estava com câncer, no hospital), lhe ajudava com uma soma de duzentos e cinquenta reais por mês para ajudá-lo a pagar seu aluguel – após algumas tentativas frustradas de conviver com ele na mesma casa. Além disso, mostrava sentimentos de raiva e distanciamento da família do outro casamento de seu pai, alegando que era uma família que o tratava mal, além de ter pessoas que prejudicaram sua mãe em certos momentos. Nesse sentido, sua rede de apoio mostrava-se bastante falha e de difícil acesso, o que, associado ao seu intenso sofrimento, indicava a necessidade de (re)vinculação ao CAPS, principal objetivo do trabalho que iniciamos com MB. Neste sentido, nossos encontros foram, desde o início, inspirados pelo AT, seja no modo de trabalhar, como em seu objetivo de articulação com o território, incluindo o CAPS.

Tirando sua preocupação com sua mãe, MB sempre vinha trazendo elementos de um discurso marcado pelo teor persecutório, e ao longo dos encontros isso foi tomando uma dimensão sensível, na medida em que ainda mostrava sinais de incerteza quanto a sua revinculação ao CAPS, alegando que não gostava de lá por dois motivos principais. O primeiro, porque segundo ele, quando participou dos grupos do CAPS sentiu que não estavam fazendo muita diferença em sua vida e o segundo, que lá haviam profissionais que não gostavam dele. A partir deste encontro, os últimos três encontros no consultório revelaram um início de uma abertura de MB em se revincular ao seu CAPS II de referência.

Ao final do semestre, foi sugerido a MB a ideia de dar continuidade ao tratamento com o intuito de iniciar o processo de acompanhamento terapêutico na volta do próximo semestre letivo (segundo semestre de 2018), após o período das férias institucionais. Foi elucidado que o acompanhamento também serviria para que pudesse me aprofundar nesse campo de estudo. Na época, MB alegou que aceitava a proposta e esperar que ela viesse a ajudá-lo a encontrar um emprego.

Quando o segundo semestre letivo recomeçou, no dia da primeira supervisão, dia 03/08, ele não compareceu à sessão e me foi informado que MB ligou na clínica-escola avisando que não poderia mais frequentar a clínica nos horários estipulados para ele. Minha supervisora me orientou que eu procurasse pelo prontuário dele no CAPS (no semestre anterior, já havia visto que seu prontuário encontrava-se arquivado). Na quarta-feira dia 08/08, vi que haviam reativado seu prontuário e que MB passaria a frequentar o CAPS a cada vinte dias para tomar uma medicação injetável e que nesses dias também teria um encontro marcado para atendimento com uma enfermeira, sua profissional de referência. Me veio em mente que esse processo de revinculação com o CAPS ocorreu no período de julho, durante as férias institucionais da faculdade – período em que precisei me ausentar dos serviços (clínica-escola e CAPS).

Na sexta-feira seguinte, em supervisão e com orientação de minha supervisora, liguei para ele para saber melhor qual seria sua disponibilidade de horários. Ao atender o telefone, me apresentei e ele me reconheceu. Perguntei como ele estava e ele me respondeu que sua mãe havia acabado de falecer, e que estava indo para o hospital para resolver as pendências necessárias. Aqui surge uma coincidência: afinal, não sabia que sua mãe acabara de falecer.

Seu tom de voz soava naturalmente abalado. Após uma curta conversa sobre essa passagem de sua mãe, sugeri a ele se poderíamos combinar algum horário possível para continuarmos com nosso trabalho psicoterapêutico, visando o AT, que tem uma abertura mais flexível para com os horários para os encontros. Na conversa, respondeu dizendo que só poderia frequentar a clínica de noite porque estava muito ocupado durante os dias porque estava procurando emprego. Perguntei a ele como essa busca estava indo, ele respondeu dizendo que havia conseguido arranjar um “bico” como ajudante de pedreiro, o que lhe permitiria sustentar o aluguel de sua moradia esse mês. Mesmo assim, nos dias que não trabalhava, segundo ele, continuava em sua busca por um emprego. Ao final da ligação, ele me disse que iria ao CAPS na próxima segunda, dia em que eu estava indo. Combinamos então de nos

encontrarmos lá e como combinado, na segunda-feira 13/08, nos encontramos no CAPS. Era o começo do semestre.

Finalmente, aconteceram ainda dois encontros no mês de agosto. Um no CAPS, junto com a assistente social, (que na ocasião, MB participou de um grupo chamado “Papão de Homem”) e um último, na Escola de Música. Esse grupo é coordenado por mim desde o começo do ano, e trat-se de um grupo de gênero masculino no CAPS. É um grupo aberto, que visa abordar temas relativos aos sofrimentos dos homens, debater os temas relativos às masculinidades e oferecer um espaço de acolhimento e escuta aos homens que frequentam o CAPS. O encontro na escola de música tem uma importância particular do percurso deste AT por dois motivos: o primeiro, porque foi o único encontro que aconteceu, de fato, na rua. E o segundo, porque foi um encontro que marcou o percurso que o AT iria seguir doravante.

#### **b) Território – CAPS e rua**

Após o término de nossas sessões na clínica-escola, MB compareceu ao CAPS, de maneira autônoma, na minha última semana de estágio no CAPS. Ele não avisou, apenas foi. Ele sabia que eu estaria, pois já lhe havia informado os dias que estava no CAPS. Como estávamos em um ambiente onde ele alegava não querer voltar naquele momento, fiquei curioso para saber o quê exatamente poderia ter motivado MB a comparecer por lá. Ele disse que precisava retomar seu tratamento no CAPS para reavaliar sua medicação. Naquele encontro informal e inesperado, percebi que aquele movimento foi dele, onde tivemos a chance oportuna de conversar em um outro ambiente que a clínica-escola. Aquele episódio pode ter sido, nas minhas impressões, um outro passo importante que ele tomou em relação a seu tratamento. Por um lado, a volta ao serviço indica que essa instituição parece representar um lugar, uma referência em seu território. Por outro lado, no decorrer dos nossos últimos encontros na clínica-escola, já havia mencionado com ele como o CAPS poderia oferecer-lhe um suporte, na tentativa estratégica de procurar revinculá-lo ao serviço. Nesse sentido, sua ida ao CAPS de maneira inesperada, ou pelo menos, sem aviso prévio ou um encontro combinado,

provocou em mim a sensação de que aquele havia sido um passo considerável para MB no que diz respeito à sua vontade de querer, em última instância, procurar um emprego.

MB alegou nesse encontro ainda não se sentir à vontade no ambiente do CAPS, resgatando as suspeitas já ditas para mim no consultório que tinha em relação aquele lugar – a ineficiência de sua participação dos grupos sobre seu sofrimento e a relação duvidosa e de suspeita que sentia com alguns profissionais. Quando nos despedimos, reforcei a ideia de continuarmos a nos ver no próximo semestre, ele no entanto, ainda não demonstrava muito convencimento de que isso poderia lhe ser útil.

No entanto, no início do segundo semestre, eis que ocorre a curiosa coincidência do telefonema. Nos encontramos no CAPS na segunda-feira seguinte. Esse encontro foi marcado pelo luto visível e sua necessidade de se expressar sobre isso. Falou sobre seu sentimento de tristeza, de incerteza acerca de seu futuro, sobre o velório e o enterro. Contou sobre a raiva que sentiu no velório ao ver a outra família de seu pai e sobre a etapa de resolver os problemas relativos à herança, como a divisão dos bens e o inventário. Esse encontro me fez perceber que apesar das dificuldades que vinha enfrentando, não deixava de enfrentá-las. Ainda não se mostrava muito entusiasmado com a ideia de iniciar o processo de AT comigo<sup>1</sup>, agora alegando que não faria sentido para mim ter que me deslocar do centro da cidade para acompanhá-lo aos lugares em que ia. Reforcei a ideia de que eu estava disposto a isso e que minha presença como acompanhante serviria como um momento terapêutico para ele, na medida em que eu poderia oferecer uma escuta e ajudá-lo com esses novos problemas que precisaria resolver. Após ter sido chamado pela médica, MB resolveu ficar no CAPS para participar da oficina de música. Tocou sua gaita em conjunto com outro frequentador que estava tocando violão, também cantou e quando a oficina terminou, nos despedimos e sugeri a ele que pensasse mais a respeito sobre essa possibilidade de firmarmos o AT.

---

<sup>1</sup> Até o momento, eu não havia me dado conta que o AT já acontecia

O encontro na escola de música foi o único lugar diferente em que o AT ocorreu. Esse lugar ocupa um período na vida de MB, que foi quando estudou música. Nesse sentido, esse local representa algo para ele. Ele falou bastante a seu respeito, contando seu histórico com abuso de drogas e outras experiências de vida. Nesse encontro ele me informa que a medicação ajuda a conter seus pensamentos – e que prefere ficar medicado pois o ajuda a se preocupar menos. No final do encontro insisto mais uma vez em tentar convencê-lo a fazer o AT. E aqui, ele diz, claramente, de maneira enfática, que não vê sentido em me deslocar até ele para acompanhá-lo com algo que ele pode fazer sozinho.

A partir do encontro da escola de música, os outros dois encontros ocorreram no CAPS. Pelo fato dele precisar procurar emprego – que era sua principal demanda – apenas ia ao CAPS a cada vinte dias para tomar a medicação injetável. No entanto, MB estava frequentando o CAPS – de uma maneira diferente, mas todavia não aderira a alguma oficina terapêutica de forma regular. Se pensarmos na ideia de que o CAPS serve como articulador entre a vida do sujeito e seu território, e o fato de que enquanto ele estivesse aderindo ao tratamento medicamentoso ele estaria lidando melhor com seus pensamentos, diz respeito ao seu grau de autonomia enquanto sujeito. Nesse sentido, apesar do desequilíbrio em que se encontrava no semestre anterior, agora, com a atenção do CAPS, é capaz de seguir adiante sem precisar ser acompanhado. Me fez ter a sensação de que talvez, para MB, a medicação, em conjunto com o seu modo de participar de diferentes atividades do CAPS e o AT, conforme seu interesse e desejo, lhe era suficiente para seguir caminhando. Ter compreendido isso me fez ficar mais tranquilo e de certa forma, me manteve atento à ele – mesmo que não nos víssemos com uma frequência regular. Nesse sentido, os telefonemas que eu fiz à ele tinham o intuito de saber como ele estava, quando seria sua próxima ida ao CAPS ( se por acaso não coincidiria com um dos dias que ia ao CAPS), como estava a busca por empregos etc...No geral eram conversas curtas, porém que mantinham um tom de presença.

Finalmente, podemos falar de nosso último encontro no CAPS que ocorreu em outubro e que foi, também, marcado pelo imprevisível, ou por uma outra coincidência. Estava estacionando no meio fio da rua do CAPS quando vejo MB saindo. Fazia três semanas desde última vez que nos encontramos, e fora duas ligações nesse meio-tempo, não havia tido notícias dele. Corri até ele e o interpelei, e esse encontro foi bastante rico. MB contou que havia conseguido um “serviço” na barraca de seu primo, em uma feira. Ele mencionou também a saudade que sente de sua mãe, e disse que o assunto do inventário ainda iria demorar um tempo para se resolver.

### **c) O AT como estratégia de cuidado informal**

Para esta parte da análise, viu-se que o CAPS possibilitou uma dimensão inusitada para o AT. Ao se revincular ao CAPS, MB passou a frequentar a instituição a cada vinte dias. A partir daí, nossos encontros foram diminuindo gradativamente, o que me causou bastante angústia, na medida em que não compreendia ao certo o quê que estava interferindo na nossa relação. Nesse sentido, por vezes me pegava imaginando para onde iria, o quê estaria fazendo naquele momento.

Essa angústia tomou mais forma durante uma orientação com minha supervisora, que, ao discutir os fatos ocorridos na sessão da escola de música, me ajudou a perceber como minhas questões invadiram nosso encontro, na medida em que fui incapaz de ouvir sua demanda, em detrimento de algo que supunha que ele precisava. Isso teve a ver com a minha dificuldade em estabelecer a reserva do *deixar ser*. Como diz Figueiredo (2007):

[...] uma forma decisiva do cuidar não envolve o fazer, colocando-se o agente cuidador como presença em reserva.

No caso de MB, essa reserva ocorreu em dois momentos principais. A primeira, durante as sessões no contexto clínico, onde minha postura enquanto cuidador procurava oferecer a possibilidade de sua expressão de fala. A segunda, já no segundo semestre, no encontro na escola de música, onde

após eu sugerir encontros semanais e com horário marcado, MB disse claramente que não entendia porquê eu me deslocaria do centro da cidade até seu bairro para oferecer uma presença enquanto acompanhante terapêutico – presença essa que MB julgava desnecessária. Para ele, não fazia sentido eu me deslocar até ele para ajudá-lo nessa empreita. De fato, ele tinha razão. MB indicava aspectos da mutualidade do cuidado. Naquele momento ele cuidava de mim. Nesse sentido, podemos destacar Figueiredo (2007), quando diz:

Nesta posição, o cuidador exerce a renúncia à sua própria onipotência e à aceitação de sua própria dependência. Trata-se, enfim de renunciar às fantasias reparadoras maníacas: é preciso saber cuidar do outro, mas também cuidar de si e... deixar-se cuidar pelos outros, pois a mutualidade nos cuidados é um dos mais fundamentais princípios éticos a ser exercitado e transmitido. (FIGUEIREDO, 2007)

A minha angústia em dar início ao trabalho de AT, na época, fora completamente tomada por essa fala, onde minhas dificuldades em adotar essa reserva no *deixar ser* manifestou-se de forma muito coerente através da fala dele, e que minhas resistências todavia não aceitavam que a oferta de meu cuidado pudesse ser negada. Não me foi possível naquele momento perceber que o objetivo principal da proposta do AT já havia sido alcançado.

Somente após um devido tempo, e com orientação de minha supervisora, foi que compreendi que essa negação de meu cuidado também serviu como um alicerce importante na minha relação com ele. Custei a compreender que estava misturando minha necessidade de escrever sobre o AT como conteúdo para este trabalho, com o cuidado que estava ofertando a ele. Na época, não percebia que essa colocação de MB também serviria como material importante para o desenvolvimento deste trabalho, pois no meu entender na época, o AT não estava ocorrendo. Apenas com um certo recuo e o decorrer de um certo tempo foi que compreendi que o AT estava ocorrendo, sim, porém não dentro dos moldes de minhas expectativas. A sensação foi que minhas expectativas para que ocorra um AT de uma maneira semelhante às literaturas que estava lendo foi frustrada, e somente após um tempo que entendi que essa negação de meu cuidado também comportava em si um elemento importante na relação que se instituía entre MB e eu. Na ótica do

*deixar ser*, posso dizer que não estava efetuando essa reserva narcísica e minhas fantasias de onipotência e além: ele, ao negar meu cuidado, MB cuidou de mim na medida em que me poupou um esforço direcionado a ele que ele julgou desnecessário. Destacamos Figueiredo (2011) :

Agora, dando um passo além, estamos sugerindo que o agente cuidador mantém-se em reserva justamente porque aposta antecipadamente em uma capacidade de vir a ser do objeto do cuidado ainda não demonstrada e que só se revelará no oco da presença em reserva, na concavidade que esta presença cuidadora instala, tal como a *estrutura de espera* encarnada e materializada no enquadre de uma *situação analisante* (Donnet) (p. 27).

Nesse sentido, destaca-se que o AT tomou um direcionamento pautado mais na informalidade do que na constância. Informal porque não se orientou para o aspecto geral que temos discutido a respeito da forma do AT. Essa informalidade cunhou aspecto interessante pois destitui o caráter clínico do acompanhamento e passa a ocupar um lugar mais alinhado com o CAPS, especificamente, como um lugar dentro dos percursos da vida de MB. Isso facilitou meu processo de aceitação diante do acompanhamento, pois me possibilitou mais clareza diante daquilo que estava ocorrendo. É assim que podemos ligar com a idéia de estratégia, onde a autonomia de MB determinou um lugar possível para o dispositivo do AT. Nesse sentido, destaca-se o caráter político no qual percebe-se que o posicionamento de MB diante de minha oferta sugere a horizontalidade e a assimetria do cuidado instituído entre nós na relação, mas não deixa de ser clínico: é clínico-político. Nesse sentido Resende (2017) menciona:

Uma mudança em direção a uma prática menos burocrática e prescritiva, e mais flexível, afetiva e espontânea, sustentada a partir do esforço de construir juntamente com os usuários um modo de *estar com* e *fazer junto* no CAPS que potencializa o espaço terapêutico, pois se configura em uma forma de cuidado que “exige a emancipação do outro (Demo,2003, p.17).



#### 4.5) Reinterpretação

No que se refere à essa etapa de reinterpretação, gostaria de chamar a atenção para alguns pontos no que tange a experiência que vivi junto com Marco. Até aqui falamos destes contextos de espaços, físicos, lugares específicos onde MB possivelmente procura uma referência de cuidado. São lugares onde ele sabe que pode recorrer e que encontrará alguma forma de ajuda. No entanto, é importante destacar dois elementos que são de suma importância para que possamos pensar a respeito destas dimensões.

O primeiro elemento é que existe um limite gerado por esses espaços no território que restringem, de certa maneira, o conhecimento que temos a respeito dos outros espaços que ele ocupa em seu dia-a-dia e de sua relação com estes. De fato, não tive acesso aos outros espaços que ele frequenta em seu cotidiano, a não ser por falas trazidas por ele ao longo destes encontros, como por exemplo: seu quarto que aluga em um albergue, a igreja que frequenta e ambientes como os postos de atendimento para retirar o passe-livre, o Ministério Público, o banco e agências que frequenta para distribuir currículos para procurar emprego.

Todos esses espaços-lugares trazem algum contorno para sua experiência cotidiana, e eles compõem sua rotina. Esse trânsito efetuado por MB por esses espaços indicam que ele é uma pessoa que está em constante traslado, movimento. Esse traslado pode ter refletido em nossa relação, na medida em que a irregularidade e a frequência inusitada dos encontros denotam uma certa “constância inconstante”. Nesse sentido, podemos ressaltar que:

O paciente não é uma forma de ser no mundo, mas sim, uma forma de produzir o mundo, o mundo próprio, único e irrepetível. O desafio do acompanhante terapêutico ou de quem seja, consiste então, em participar na produção deste mundo, fazendo de maneira com que ele seja compatível com o mundo que é produzido, consagrado e implantado por certas maneiras de ser triunfantes. Maneiras de ser que têm conseguido produzir um mundo no qual o mundo do chamado paciente não tem lugar.” (Barembliitt, 1991, p.81)

Nesse sentido, como forma de produção de mundo, o caso de MB indica que a possibilidade do cuidado em saúde mental dentro da lógica política - clínica pode ser uma construção sob medida na qual ele pôde indicar essa medida. Podemos mencionar Figueiredo, quando diz:

O psicanalista americano H. Searles (1979) nos apresenta inúmeros exemplos e uma interpretação teórica convincente acerca da importância desta reversão de expectativas: deixar-se cuidar &- na justa medida e sem exploração &- pelo objeto de cuidados tem a função de confirmar a potência e a significação do sujeito; ao mesmo tempo, é uma chamada à ativa responsabilidade como uma confirmação e um reconhecimento do outro, seja um bebê, um aluno, um doente, um louco ou um velho debilitado. (Figueiredo, 2007)

O segundo elemento é que podemos pensar esses espaços clínicos e de cuidado (Centro de Formação e CAPS II), como espaços constituintes onde ele procura, possivelmente, um tipo específico de relação e de retorno. Relações onde, talvez, ele não encontre em outro lugar e retornos específicos no que diz respeito às suas demandas existenciais. Sua demanda quando chegou ao CenFor era clara: estava desempregado e ainda tinha “pensamentos” de um teor invasivo intenso – mesmo que na época ainda tinha dificuldade em separar a qualidade destes pensamentos, a dizer: seus sintomas de origem paranóica ainda ocupavam uma dimensão importante em relação ao seu estar-no-mundo. Estes pensamentos ainda permeavam parte da maneira em que ele se relacionava com o mundo. Como Camargo (1991) comenta:

Não podemos nos esquecer que a loucura é também tentativa de equilíbrio e comunicação, é patologia de vínculos buscando expressão, é todo um sistema de ganhos primários e secundários, uma maneira de ser e se apresentar no mundo (Camargo, 1991, p.53).

Sua disposição em querer retornar ao CAPS II surgiu dele, e mesmo que ao longo dos encontros iniciais a formação do vínculo era prioridade, ao longo dos encontros também fui perguntando, de maneira delicada ou “pelas beiradas”, o quê ele achava de tentar voltar ao CAPS II. Essas colocações e tentativas eram sempre recebidas com um teor de resistência por parte dele, alegando que não aderiria ao formato de grupos oferecidos pelo serviço assim como sempre suspeitava que profissionais não gostavam dele e poderiam até

estar contra ele. Por isso fiquei surpreso quando MB apareceu ao serviço, pensava que este movimento de ida ao serviço fosse ficar como estratégia a ser feita no segundo semestre de 2018, quando começaria com ele um acompanhamento terapêutico. Esse acontecimento dele ir até o serviço não somente me fez compreender que o vínculo havia se instituído de forma rápida como também nos permite abrir o leque de análise sobre o território, que trataremos logo a seguir. Nesse sentido, minha sensação era que já havíamos passado para a segunda etapa das quatro citadas anteriormente, onde já haveria “maior aceitação do vínculo” (Pitiá, 2005 p. 65)

No entanto, no nosso encontro na escola de música, no início do segundo semestre, MB demonstrou uma fala que me fez levantar suspeitas a respeito de quão sólido, quão forte o vínculo estava. Sua fala pendulou entre dois pólos opostos de emoções contrárias voltadas à minha pessoa. A ambivalência dessas emoções se tornaram claras pra mim quando MB disse que não sabia se eu era mais alguém do UniCEUB querendo saber a seu respeito ou se eu era alguém que quer ser seu amigo. Essa suspeita, que parece fazer o estabelecimento do vínculo voltar para a primeira etapa “onde pode haver sentimentos de suspeita e transferência maciça” (PITIÁ, 2005, p. 65).

Foi bastante custoso para mim reconhecer o abalo que isso provocou em mim, pois me vi diante de um elemento de certa radicalidade, considerando que o teor de certeza atribuída à sua dúvida – afinal, ou eu era amigo, ou eu era suspeito - nesse sentido:

Se pensarmos isso que chamamos “loucura”, “enfermidade”, “psicose”, como uma maneira de ser, temos de reconhecer-lhe uma singularidade absoluta, uma singularidade radical.” (Barembliitt, 1991, p.80-81)

Esse episódio contribuiu para um período longo de negação de minha parte sobre esse trabalho. Para mim, até então, o AT não estava ocorrendo e precisava esquematizar logo o dia e a hora de nossos futuros encontros. Apenas com a ajuda da orientação e da supervisão que compreendi que eu não estava separando o cuidado com o AT com minha monografia. Naquele momento da relação, para mim, o meu trabalho de monografia dependia de

uma expectativa que havia criado sobre como se daria esse AT. Nesse sentido, o desânimo e a descrença que eu conseguiria efetivar um cuidado estavam abalados. Diante deste cenário que me encontro, Camargo (1991, p.53) comenta:

“Não há como evitar vivências de alta ansiedade, temor, angústia, confusão e caos, não há como evitar um mergulho em nossas próprias regiões abissais, razão pela qual considero imprescindível que o acompanhante terapêutico se submeta à psicoterapia” (Camargo, 1991, p.53)

Nesse sentido, compreendo que o vínculo formou-se de forma rápida, e a estratégia do trabalho do AT – de se revincular ao CAPS - se deu por concluída, de maneira rápida. Quando demonstra seu sentimento de ambivalência entre me colocar em um lugar de amigo ou de suspeito, marca o início de um descompasso na nossa relação. Nesse sentido :

A condição de “amigos” implica, partindo do ponto de vista do vínculo, simetria de seus participantes, e, quanto ao ponto de vista tempo-espacial, uma presença não delimitada de antemão e liberada aos desejos dos participantes. No entanto, o limite do trabalho do acompanhante terapêutico é, segundo o ponto de vista vincular, assimétrico. O AT não é um amigo, ainda que possa estabelecer laços afetivos muito fortes com o paciente. DE MAUER; RESNIZKY, 1987, p.39)

No que diz respeito ao território, o AT foi marcado pelo CAPS, em que, contrariamente ao caráter de percurso pelo território comum ao AT, ele tomou forma no CAPS. Nesse sentido, as ofertas em acompanhá-lo para procurar emprego, ajudá-lo no cartório com o problema do inventário ou ir até o DFTRANS não faziam sentido para ele, pois conseguia fazer essas coisas sozinho. Nesse sentido, o AT serviu no entanto, no CAPS, como uma presença informal, uma faceta de um cotidiano onde ali ele poderia expressar suas angústias, o principal deles sendo o seu processo de luto. Em todos os encontros ocorridos no CAPS isso foi presente.

Essa relação contribui para com as ideias que percorremos nas análises sobre a clínica ampliada, ou peripatética. O inusitado compõe formas de práticas possíveis na clínica ampliada e por isso podem tornar-se sob-medida.

Me parece também que do ponto de vista do CAPS, o AT pôde, nesse caso, facilitar a volta do sujeito a adesão de um tratamento. Nesse sentido, o

teor afetivo que compôs a relação em um primeiro momento permitiu que MB se sentisse à vontade para procurar ajuda em um lugar onde sentia uma certa desconfiança.

### **Considerações Finais**

Percebe-se que este AT com MB foi bastante inusitado, perplexo, e interessante. Por um lado, não podemos dizer que não ocorreu um AT. Porque aconteceu: a estratégia inicial de revinculá-lo ao serviço deu certo. No entanto, ao longo do processo, parece que ele foi se descaracterizando, perdendo as características comumente associadas ao AT. Destaca-se de início, que o AT é uma prática que possibilita a inovação e a invenção da clínica em saúde mental, tendo em vista seu caráter de movimento e circulação.

Vimos também no decorrer do trabalho que o objetivo terapêutico alcançado permitiu uma reorientação do aspecto clínico da relação. Nesse sentido, a possibilidade de uma vinculação rápida facilitou a estratégia terapêutica inicial, no entanto, viu-se que mesmo que o vínculo estivesse estabelecido, é importante levar em conta o quão bem estabelecido ele está. Na medida em que a demanda do paciente não foi bem escutada pelo acompanhante, foi o acompanhado que delimitou em que lugar aqueles encontros poderiam ocorrer. Nesse sentido, minha presença no CAPS lhe possibilitava um momento específico de seu traslado, onde sabia que ali pudesse conversar e ser acolhido.

Esse aspecto abriu caminhos para pensarmos o formato dessa experiência. O caráter informal deste AT caracteriza novas possibilidades de se pensar o fazer clínico-político em saúde mental. Afinal, a proposta de uma prática que se dá no movimento e no território, aconteceu dentro do CAPS.

Podemos reforçar o teor de riqueza que uma experiência como o AT pode ter e contribuir para o campo da clínica em Saúde Mental. Por exemplo, o aspecto informal que acabou se desenvolvendo na relação é um material rico a

ser mais minuciosamente estudado. Podemos pensar essa informalidade como um certo tipo de ruptura com paradigmas institucionais, na medida em que a presença do afeto presente na relação pode contribuir com a vinculação e a relação do sujeito com o serviço.

As multiplicidades de possibilidades que o AT detém sugerem, a partir do exemplo deste caso, que o AT pode ocorrer também em um contexto institucional.

No entanto, alguns limites dificultam a ampliação do AT como uma prática campo da saúde mental no geral, onde destacamos:

O AT permanece como profissão não regulamentada no Brasil, o que de certa forma fragiliza a sua prática, porque somente é oferecido na iniciativa privada, ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e, mesmo assim, apenas quando os profissionais da equipe conhecem o método e os benefícios da referida prática e a inserem transversalmente nas atividades da instituição. (FRANÇA, 2016, p.22)

Pensamos que esse caráter transversal entre a articulação entre o CAPS e o AT também merece mais destaque. Regulamentar o AT seria legitimar seu lugar como uma prática interessante e que pode contribuir com as finalidades políticas instituídas pela lei 10.216/01.

## Bibliografia

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARANHA E SILVA, Ana Luisa. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de se reproduzir coisas à produção de vida. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)

BRASIL. Lei 10.216 de 06 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. Brasília: Planalto, 2011.

BAREMBLITT, Gregório. *Comentários*. In A rua como espaço clínico. Acompanhante Terapêutico/ Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia - A Casa, org. São Paulo: Escuta, 1991

COSTA, Ileno Izídio. Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico. Curitiba: Juriá, 2013.

DE MAUER, Susana Kuras; RESNIZKY, Sílvia. Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos. Papirus editora, 1987

DEMO, Pedro. Pesquisa e informação qualitativa. Campinas: Papirus, 2006.

DEMO, Pedro. Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos. Brasília: Líber Livros, 2004.

FIGUEIREDO, Luis.Claudio; Cuidado e saúde: uma visão integrada; in ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos, v. 29 (2) 11-29, 2011

FIGUEIREDO, Luis.Claudio; Psyche (Sao Paulo) v.11 n.21 São Paulo dez. 2007; Versão impressa ISSN 1415-1138 .ARTIGOS: A metapsicologia do cuidado. Universidade de São Paulo;Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382007000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002)

FRANÇA, Démetrius Alves de. A psicopatologia fenômeno-estrutural na clínica do acompanhamento terapêutico em grupo. Demétrius Alves França; orientador: Andrés Eduardo Aguirre Antunez, ; co-orientador: Jean-Marie Barthélémy. – São Paulo, 2016. 289 f. Tese (doutorado – programa de pós-graduação em psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

FRAYZE-PEREIRA, João A. Crise e Cidade. Por uma poética do Acompanhamento Terapêutico. In: *CRISE E CIDADE: acompanhamento terapêutico* / org. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa. – São Paulo : EDUC, 1997.

GOULART, Daniel Magalhães. Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental. Orientador: Fernando González-Rey, Brasília, 2013, 146 p. Tese de mestrado em educação pela Universidade de Brasília- UnB.

GOULART, Daniel Magalhães. Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito. Orientador: Fernando González Rey, Brasília 2017. 258 p. Tese de doutorado em educação pela Universidade de Brasília – UnB.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 3ª ed, 2008

LEAL, E.M; DELGADO, P.G.G. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos* / org. Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluísio Gomes; Ruben Araújo de Mattos. – 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/LAPPIS; ABRASCO, 2007 p.137-154.

LOBOSQUE, Ana Marta. Clínica em movimento. Por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. Princípios para uma Clínica Antimanicomial. São Paulo: HUCITEC, 1997.

PALOMBINI, Analice de Lima [et al.]. Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo. Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica. 1ª edição – São Paulo: Vetor, 2005.

RESENDE, Tania Inessa Martins de. Saúde Mental: a convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, política e clínica./Tania Inessa Martins de Resende, Ileno Izídio da Costa./ Curitiba: Juruá, 2017. 292p. (coleção Saúde e Psyquê)

ROLNIK, S. Clínica Nômade. In: *CRISE E CIDADE: acompanhamento terapêutico* / org. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa. – São Paulo : EDUC, 1997.



SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 118, p. 366-393, June 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso)>. access on 23 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282014000200008>.

SESDF, S. D. Plano Distrital de Saúde 2012 -2015. Brasília, 2012.

SILVA, Ana Tereza de M. C. da; BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, Mar.2002. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342002000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100002&lng=en&nrm=iso)>. access on 08/10/2018.

TAVARES da SILVA, A.S; NEVES da SILVA, R. (2006). A emergência do Acompanhamento Terapêutico e as Políticas de Saúde Mental, *Psicologia Ciência e Profissão*, UFRGS, 26(2), p.210-221, 2006.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TENÓRIO, Fernando. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção, *Cadernos do IPUB*, vol VI, no 17, 2000. "A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental".

THOMPSON, John. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

## **ANEXOS**

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

**“Acompanhamento Terapêutico: considerações clínicas e políticas”**

**Instituição dos/(as) pesquisadores(as): UniCEUB**

**Pesquisador(a) responsável: Tania Inessa Martins de Resende**

**Pesquisador(a) assistente: Antonio Guimarães Duarte**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

### **Natureza e objetivos do estudo**

- O objetivo específico deste estudo é investigar o potencial clínico/terapêutico da prática conhecida como Acompanhamento Terapêutico e suas implicações políticas.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por estar frequentando o CAPS II – Taguatinga ou estar fazendo tratamento na clínica-escola do UniCEUB.

### **Procedimentos do estudo**

- Sua participação consiste em contribuir com o pesquisador a respeito dessa experiência de acompanhamento terapêutico.
- O/os procedimento(s) é/são os registros dos encontros por meio de anotações no diário de campo.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada no território, bairro ou cidade do acompanhado.

#### **Riscos e benefícios**

- Este estudo possui riscos baixos, sendo eles possíveis desdobramentos de conteúdos emocionais e existenciais, que podem mobilizar o sujeito acompanhado.
- As medidas preventivas consistem em possibilitar ao sujeito acompanhado todo apoio que este necessitar (número de contato dos pesquisadores, assim como endereços eletrônicos (e-mail), além das notificações semanais a respeito do desenvolvimento dessa prática, visando minimizar quaisquer riscos.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá identificar possíveis conteúdos subjetivos que podem servir de base para a construção de uma relação saudável com seu meio social (família, trabalho, amigos), além de contribuir para maior conhecimento sobre sua personalidade, sua condição enquanto cidadão de direitos, como também possibilitar resgates importantes referentes à sua identidade e seu lugar no mundo. Além de contribuir para a produção teórica acerca da prática do Acompanhamento Terapêutico.

#### **Participação, recusa e direito de se retirar do estudo**

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

#### **Confidencialidade**

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
  - Os dados e instrumentos utilizados, tais como as informações do pesquisador auxiliar no diário de campo ficarão guardados sob a responsabilidade de Antonio Guimarães Duarte e Tania Inessa Martins de Resende com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
  - Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.
- Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa,

entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UnICEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail [cep.uniceub@uniceub.br](mailto:cep.uniceub@uniceub.br). Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Tania Inessa Martins de Resende, celular (61) 9.9977-1763/telefone institucional (61)

3966-1201

\_\_\_\_\_  
Antonio Guimarães Duarte, (61) 99802-4949/ (61) 3033-8827

antonioduarte700@hotmail.com

**Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: UniCEUB

Endereço: SEPN 707/907 - Campus Universitário Bloco N° 06

Bairro: /CEP/Cidade: Asa Norte - Brasília

Telefones p/contato: 3966-1201

**Endereço do(a) participante (a)**

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

**Observações em relação as pesquisas com metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos**

**Contato de urgência:** Sr(a). Antonio Guimarães Duarte

Domicílio: SQN 108 Bloco: /Nº: /Complemento: Bloco B Apt 502

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Asa Norte/ 70-744-020 Ponto de referência: Banca de jornal da entrada da SQN 108