



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

BEATRIZ AGRA RAMOS SANTANA

**O CUIDADO EM RELAÇÃO À FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO COM PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO DO TIPO
PSICÓTICO**

BRASÍLIA/DF

2022

BEATRIZ AGRA RAMOS SANTANA

**O CUIDADO EM RELAÇÃO À FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO COM PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO DO TIPO
PSICÓTICO**

Trabalho apresentado em cumprimento às
exigências acadêmicas da disciplina Monografia do
curso de Psicologia do Centro Universitário de
Brasília (UniCEUB).

Professora Orientadora: Dra Tania Inessa Martins de
Resende

BRASÍLIA/DF

2022

BEATRIZ AGRA RAMOS SANTANA

**O CUIDADO EM RELAÇÃO À FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO COM PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO DO TIPO
PSICÓTICO**

**Monografia apresentada
à Faculdade de Ciências da Educação e Saúde para
obtenção do grau de bacharel em Psicologia**

DATA DA APROVAÇÃO: 13/12/2022.

BANCA EXAMINADORA

(Professora Dra^a Tania Inessa Martins de Resende)

(Professora mestra Áurea Chagas Cerqueira)

(Professor mestre Alexandre Cavalcanti Galvão)

Dedico este trabalho à minha família por não me deixar desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que fizeram parte da minha jornada ao longo deste período de graduação.

Agradeço a minha família por estar sempre ao meu lado me dando todo o suporte necessário, sem ela nada disso seria possível. Em especial meu pai e minha mãe por acreditarem que seria possível quando eu mesma não acreditava mais.

Agradeço à professora Dra Tania Inessa Martins de Resende pela orientação e todo apoio e atenção prestados durante a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos, em especial à Isabela que durante muito tempo foi minha agenda de guardar links importantes.

Agradeço também às minhas queridas amigas e companheiras de curso: Ana Luzia, Ana Luiza, Aline e Julia, por estarem sempre ao meu lado, me ajudando e apoiando. Por cada choro de alegria e também de tristeza, por cada momento que passamos juntos ao longo da graduação, saiba que vocês fazem parte e contribuíram para essa caminhada se tornar possível.

— Pois bem... Quando entram no Nada, ele se apodera de vocês. Passam a ser como uma doença contagiosa, que cega os homens, tornando-os incapazes de distinguir entre a aparência e a realidade. Sabe o nome que eles dão a vocês?

— Não, murmurou Atreiu.

— Mentiras!, ladrrou Gmork. Atreiu abanou a cabeça. Seus lábios estavam pálidos.

— Como pode ser isso? Gmork deliciava-se com o espanto de Atreiu.

A conversa animava-o visivelmente. Ao fim de um momento, continuou:

— Você me pergunta como vai ser lá nesse mundo? Mas o que é você aqui? Que são todos vocês, seres de Fantasia? Figuras de sonho, invenções do reino da poesia, personagens de uma História Sem Fim! Você se julga real, filhinho? Pois bem, aqui, neste mundo, você é. Mas, se entrar no Nada, deixa de existir. Você se tornará irreconhecível. Passará a existir num outro mundo. Neste mundo, vocês deixam de ser aquilo que eram. Levam ao mundo dos homens a cegueira e a ilusão. Sabe o que aconteceu a todos os habitantes da Cidade Fantasma que se lançaram no Nada, filhinho?

— Não, gaguejou Atreiu.

— Transformaram-se em desvarios da mente humana, em imagens geradas pelo medo, quando, na realidade, não há nada a temer; em desejo de coisas que os tornam doentes, em ideias de desespero, quando não há razões para desesperar.

— Ficamos todos assim?, perguntou Atreiu, aterrorizado.

— Não, replicou Gmork, há muitas espécies de loucuras e de ilusão; se vocês forem belos ou feios, estúpidos ou inteligentes, lá vocês serão mentiras belas ou feias, estúpidas ou inteligentes.

(A História Sem Fim, 1979, p. 125).

“A semente do meu delírio, aquele negócio muito doido, porém lógico por minha razão, foi só crescendo, e de placa em placa construí uma associação de ideias que povoavam os meus sonhos, desejos e fantasias”(Paulo José Azevedo, 2007, p. 74).

RESUMO

O presente estudo faz uma reflexão sobre o Acompanhamento Terapêutico, a importância da família dentro desse processo, abordando também uma discussão acerca da luta antimanicomial. O AT é uma prática clínica de intervenção fora dos espaços tradicionais do *setting* terapêutico, sendo uma de suas funções a reabilitação social. O objetivo deste trabalho é elaborar uma reflexão acerca da inserção das famílias dentro do Acompanhamento Terapêutico com indivíduos em sofrimento psíquico do tipo psicótico na perspectiva dos profissionais de AT. Para alcançar o objetivo foram realizadas 03 entrevistas semiestruturadas com profissionais que praticam AT há mais de dois anos, sendo um profissional do Estado do Ceará, outro do Estado de Minas Gerais e o último do Distrito Federal. Para a análise das informações qualitativas foi utilizada a metodologia da Hermenêutica da Profundidade, dividida em três partes: contextualização sócio-histórica; análise formal e/ou discursiva; e reinterpretação. A análise formal foi dividida em quatro categorias: 1) O indivíduo, a família e os cuidados iniciais; onde se aborda o primeiro contato entre o AT, a família e o acompanhado, e o que sucede após esse contato; 2) O preconceito e a importância do AT na desconstrução dos estigmas; o tópico revela o preconceito vivenciado pelos sujeitos em sofrimento psicótico dentro da sociedade, e levando em consideração esse contexto, o tópico discorre um pouco a respeito de como o AT pode trabalhar na desconstrução desses estereótipos; 3) O encontro com as resistências da família no cuidado; nessa categoria foi verificada a importância de delimitar um papel para os envolvidos no processo do tratamento terapêutico; e 4) O cuidado para poder cuidar; nesse último tópico é destacada a relevância de cuidar da família para que esta possa cuidar do sujeito em sofrimento. Como última parte do processo de análise foi feita uma reflexão sobre a importância de uma demarcação dos papéis de cada um (família, AT e acompanhado) no processo de acompanhamento terapêutico.

PALAVRAS-CHAVES: Luta Antimanicomial; Acompanhamento Terapêutico; Família; Sofrimento Psicótico.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – O SOFRIMENTO PSICÓTICO E A RELAÇÃO COM A REALIDADE.....	4
1.1 O sofrimento psicótico do ponto de vista de Freud.....	4
1.2 O sofrimento psicótico do ponto de vista de Lacan.....	5
1.3 A influência externa na construção de conceitos e preconceitos sobre o sofrimento psicótico.....	6
CAPÍTULO 2 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O PAPEL DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	9
2.1 A RAPS e o CAPS	13
2.2 A atuação da família e a atenção psicossocial.....	15
CAPÍTULO 3 – A FAMÍLIA E O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.....	17
3.1 A acompanhamento terapêutico enquanto uma prática possível no campo da atenção psicossocial.....	19
3.2 A família enquanto parte do acompanhamento terapêutico.....	21
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA.....	25
4.1 Participantes	26
4.2 Cenário Social Da Pesquisa.....	26
4.3 Instrumentos	26
4.4 Processo De Construção Da Informação.....	26
4.5 Procedimento Ético.....	27
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE QUALITATIVA DE DADOS.....	28
5.1 Contextualização Sócio Histórica.....	28
5.1.1 Carlos.....	29
5.1.2 Patrícia.....	32
5.1.3 Giovana.....	35
5.2 Análise Formal.....	38
5.2.1 O indivíduo, a família e os cuidados iniciais.....	38
5.2.2 O preconceito e a importância do AT na desconstrução dos estigmas.....	40
5.2.3 O encontro com as resistências da família no cuidado.....	43
5.2.4 O cuidado para poder cuidar.....	46
5.3 Reinterpretação.....	49

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIA	55
ANEXOS.....	62
ANEXO 1.....	63
ANEXO 2.....	66

INTRODUÇÃO

“Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. Da outra vez que lá estive me deram essa peça do vestuário que me é hoje indispensável. Desta vez, não. O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português (o outro o era) arrogante, com uma fisionomia bragantina e presumida. Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria.” (BARRETO, 1920, p.2)

A fala acima foi retirada do livro *Cemitério dos Vivos*, nele é retratado a vivência de Lima Barreto em um hospício, ele denuncia a forma com que o tratam, sendo que essa não é sua primeira vez. O grande escritor brasileiro conhecido pela sua obra mais popular *Triste Fim de Policarpo Quaresma*, teve sua trajetória marcada por idas e vindas em hospitais psiquiátricos devido a sua relação com o álcool. No livro ele relata seu dia a dia em diversos hospitais psiquiátricos.

Não me incomodo muito com o hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco, mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material há 6 anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: delírio (BARRETO, 1920, p.2).

Na citação acima, Lima Barreto afirma que seu incômodo não está no hospício, e sim na forma como é tratado. Lima Barreto retrata uma realidade parecida com a de uma prisão, sabe-se que dentro dos manicômios a lógica do tratamento baseava-se no modelo assistencial proposto por Pinel (TEIXEIRA, 2019). Lima Barreto também conta sobre alguns episódios que lhe ocorriam de delírio em função da bebida, dessa forma, diz não ser "louco", mas dá alguns sinais de “loucura” eventualmente.

Lima Barreto descreve seu sofrimento como “loucura” e depois explica ao dizer “delírio”. O delírio frequentemente está relacionado a uma alteração no juízo, podendo ser também encontrado em pessoas em sofrimento psicótico. É pensando no sofrimento psicótico e nas formas de silenciá-lo que inicio este estudo. O sofrimento relatado na citação se traduz como se fosse um sofrimento que somente poderia ser enfrentado dentro de hospitais psiquiátricos ou clínicas de recuperação. Muitas vezes tratamos o diferente como algo que precisa estar escondido, ou censurado. Censuramos nossos sonhos e fantasias constantemente não buscando compreendê-los (TEIXEIRA, 2001). Também fazemos isso com o sofrimento psicótico, frequentemente o reprimimos, não deixando-o encaixar em nenhum lugar na nossa sociedade. Contudo, Lobosque (2001) afirma que a experiência da “loucura”, mas especificamente nesse trabalho, a experiência do sofrimento psicótico, não é única e exclusivamente de quem vivencia, ela é experienciada por todos aqueles que estão perto dela, sendo essas pessoas: famílias, amigos e enfim, todos que tange seu social.

Tendo isso em vista, o Acompanhamento Terapêutico é uma prática que auxilia a reinserção de pessoas em sofrimento psíquico à sociedade. O AT surge dentro do âmbito da Reforma Psiquiátrica visando um atendimento clínico, contudo, realizado nos espaços: saídas pela cidade, ou apenas estando ao lado do sujeito em sofrimento de forma a retomar o contato com o social (CUNHA & PIO, 2017).

Assim, o presente trabalho tem como tema principal o papel das famílias dentro do acompanhamento terapêutico com indivíduos em sofrimento psíquico do tipo psicótico. E tem como objetivo compreender e elaborar uma breve reflexão acerca da presença das famílias e seus desdobramentos dentro do acompanhamento terapêutico com indivíduos em sofrimento psíquico do tipo psicótico. O estudo busca refletir acerca da inserção da família no Acompanhamento Terapêutico, também levando em consideração que são os familiares que mais passam tempo com o indivíduo, entretanto também é necessário refletir acerca do cuidado com esses familiares.

O tema apresenta relevância clínica, social e científica. Tem relevância clínica, pois ao analisar a inserção da família no AT surgem novas possibilidades de pensar formas diferentes de trabalhar com o indivíduo em sofrimento do tipo psicótico. Tem relevância social visto que compreende a família como uma parte importante do tratamento e do processo de reabilitação. A importância científica está relacionada ao fato de que no que tange a temática da família e do Acompanhamento Terapêutico ainda é pouco abordada nas pesquisas da área da saúde, não havendo muitos estudos que relacionem os dois temas.

Dessa forma, se o sofrimento psicótico acomete, em alguma medida e ainda que de formas diferenciadas, a todos que convivem, logo, podemos pensar: se uma sociedade não está apta para lidar com o desconhecido, o rejeita, o oprime e o força a viver em uma realidade imposta, como pode uma família lidar com esse sofrimento alvo de preconceito?

O presente estudo está dividido em cinco capítulos. Sendo os três primeiros compostos pela fundamentação teórica organizada da seguinte forma: O sofrimento psicótico e a relação com a realidade; A reforma psiquiátrica e o papel da família na atenção psicossocial; e A família e o acompanhamento terapêutico. Ao quarto capítulo compete a Metodologia, e o quinto capítulo refere-se a Análise dos dados contidos na pesquisa.

O primeiro capítulo é dividido em três subcapítulos, nele será discutida a definição da psicose para a psicanálise na perspectiva de Freud e Lacan. O capítulo também conta com uma breve discussão acerca de histórias presentes na cultura pop e como essas podem influenciar na visão popular acerca do sofrimento psicótico.

O segundo capítulo está dividido em dois tópicos: fará um breve apanhado histórico acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil salientando a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e comentando especificamente sobre um de seus serviços ofertados, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Fará também uma breve contextualização sobre a Atenção Psicossocial e a assistência aos familiares dos usuários dos serviços.

O terceiro capítulo também dividido em dois subcapítulos abordará o Acompanhamento Terapêutico (AT), sua história e sua influência na Atenção Psicossocial, e o papel da família dentro do processo de AT.

O quarto capítulo fala sobre a metodologia. Para esse trabalho foram realizadas 03 entrevistas semiestruturadas com profissionais que fazem Acompanhamento Terapêutico há mais de dois anos. Para analisar os dados coletados foi utilizado a Hermenêutica de Profundidade proposta por Thompson (DEMO, 2001). Essa análise consiste em três partes: a contextualização sócio histórica, a análise formal/discursiva e a reinterpretação. Tal análise é encontrada no quinto capítulo.

O quinto capítulo é composto pelas três fases da análise. A primeira, a contextualização histórica de 2 estados do Brasil, Ceará e Minas Gerais, e o Distrito Federal. Foram feitas três contextualizações devido aos profissionais entrevistados realizarem seus trabalhos nessas respectivas regiões. Após essa parte foi apresentada uma análise formal das entrevistas. Foram construídas categorias de sentido, a partir da reflexão em conjunto das entrevistas, com suas semelhanças mas também diferenças, e em articulação com os referenciais teóricos. E por fim, foi feita uma reinterpretação da análise formal, onde foi abordado a partir da visão da pesquisadora o que mais foi evidenciado durante todo o processo de produção da presente pesquisa.

CAPÍTULO 1 – O SOFRIMENTO PSICÓTICO E A RELAÇÃO COM A REALIDADE

Neste capítulo iremos explorar a psicose sob a perspectiva da psicanálise, e sua noção de sujeito abordando tanto a visão de Lacan quanto a de Freud. Também será traçado um paralelo entre a realidade e a fantasia levando em consideração como os contos da cultura pop (filmes, séries e livros) dão ênfase ao indivíduo psicótico alimentando um estereótipo muito comum socialmente em que são sujeitos potencialmente violentos. Vale ressaltar que quando falamos em sofrimento psicótico nos inspiramos na visão de Costa (2010) que afirma que o sofrimento psíquico é vivenciado de forma particular e apresenta a maneira com que o sujeito se percebe e se relaciona com o mundo.

É comum nos contos de fadas, em alguns livros, séries e/ou filmes vemos retratações de personagens e/ou tramas que criam uma ideia de fuga da realidade, seja ela por meio de guarda-roupas mágicos que levam para outro mundo, seja por meio de imaginações criadas a partir da leitura de um livro, ou pela vivência de um personagem que tem super poderes em um mundo parecido, mas não totalmente igual ao nosso.

Fato é que existem algumas formas de fugir da realidade que são constantemente colocadas na mídia, e sendo também a própria mídia criada como uma forma de fuga (TEIXEIRA, 2001). Pode-se dizer que a fuga da realidade, em diferentes contextos, é algo possível para cada pessoa.

1.1 O SOFRIMENTO PSICÓTICO DO PONTO DE VISTA DE FREUD

Para Freud a questão da realidade se faz presente na neurose, na perversão e na psicose, e nessas três estruturas psíquicas há uma forma de enfrentar e de se afastar do real. Freud em seus escritos se preocupa com o conceito de realidade sendo que em *A Interpretação dos Sonhos* (1900) ele explicita que as fantasias do inconsciente podem tomar o lugar da realidade. O movimento do aparelho psíquico pode ser tanto progressivo, na direção da realidade, como regressivo, procurando restaurar a satisfação alucinatória do desejo (FRANCO, 2014).

Ao falar de fantasias do inconsciente e as formas de lidar com a realidade e tendo em mente as três estruturas propostas por Freud, neste trabalho o foco principal será na psicose. Para Freud (1923, p. 167) “... a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante entre o ego e o mundo externo”. Freud (1894/1996) elucida que na psicose o ego rejeita a representação incompatível com o seu afeto e age como se essa representação nunca tivesse existido, tudo isso graças ao seu desligamento de parte da realidade.

Nos textos *Neurose e psicose* (1924a/2011) e *A perda da realidade na neurose e*

psicose (1924b/2011), Freud demarca uma diferenciação entre a neurose e a psicose já a partir da segunda tópica, em que há um esforço para atender às necessidades do id e do superego. Para ele, tanto na neurose como na psicose, há conflitos na relação do sujeito com o mundo externo, mas os mecanismos e as consequências serão diferentes nos dois casos. Na neurose, os conflitos se referem à relação entre o ego e o id e, na psicose, o conflito se estabelece entre o ego e o superego, ou seja, o mundo externo/social.

Freud vai compreender a psicose como um conflito entre a relação do Eu - Mundo Exterior, em que algo na realidade concreta frustra o Eu de tal forma que se torna impossível para o sujeito lidar com tal acontecimento, compondo uma representação inconciliável, ou seja, um trauma. Assim, o mecanismo de defesa da psicose se dá, portanto, em expulsar a realidade psíquica tanto na representação do trauma quanto em seu afeto, levando o sujeito a criar uma nova realidade em que essa representação inconciliável não exista, ou seja, não gere sofrimento (FREUD, 1924b).

Para Freud, o nome dado ao mecanismo que ocorre na psicose é *verwerfung*, palavra de origem alemã que significa rejeição, ou seja, o sujeito psicótico tende a rejeitar parte de sua realidade e a partir disso tal rejeição retorna em forma de alucinações e, ocasionalmente, delírios (QUINET, 2009).

Quando Freud busca diferenciar neurose e psicose, o autor postula uma estruturação que seria análoga à dinâmica da Neurose descrevendo a dinâmica do psicótico em dois estágios: 1) o Eu retirado da realidade que lhe abala; 2) reparação do estágio anterior, fazendo o que metaforicamente pode ser chamado de “remendo” a partir de delírios e alucinações (FREUD, 1924b).

Vale abordar também a concepção dessa remodelação da realidade, que acontece a partir de traços mnemônicos das relações estabelecidas e mantidas até então, que posicionam o sujeito frente a realidade externa e são representadas na vida psíquica. Essas relações não se configuram como totais, pois se alteram com novas percepções. O psicótico é incumbido da tarefa de criar a partir de suas fantasias, percepções da nova realidade por vias, mais gravemente, da alucinação (FREUD, 1924b). Em outras palavras, o sujeito deposita toda a sua energia na composição dessa outra realidade, excluindo o que não lhe é cabível, criando e propriamente sentindo, em última instância, percepções através das vias dos sentidos que lhes são próprias e não correspondem à realidade concreta, mas que é tão real como a nossa própria.

1.2 O SOFRIMENTO PSICÓTICO DO PONTO DE VISTA DE LACAN

Lacan, por outro lado, em seu primeiro seminário, retoma o conceito que Freud

utiliza para explicar o mecanismo da psicose, e propõe que se traduza como *Forclusion*, ou Forclusão (QUINET, 2009).

Mas antes é importante explicar a concepção de sujeito para Lacan. Lacan modela um sujeito dividido, tendo em vista o sujeito cartesiano. O sujeito cartesiano é aquele fundado no cogito de Descartes “penso, logo sou”. Dessa forma, Lacan se guia no sujeito dividido entre o saber e a verdade, contudo, subvertendo essa ideia (MEYER, 2008).

Mediante a descoberta do inconsciente por Freud, Lacan coloca que o sujeito da psicanálise não é o sujeito da razão, mas o sujeito que manifesta falhas no discurso, nos “tropeços da fala”. Transformando então, um sujeito que se forma perante a introdução do objeto da fala, ou seja, um sujeito que é marcado pela linguagem, expondo a cadeia dos significantes, sendo por meio da fala sua principal aparição (MEYER, 2008). Dessa forma, Lacan, citado por Meyer (2008, p. 300) modifica o cogito “penso, logo sou” em “eu não sou lá onde sou joguete de meu pensamento; penso naquilo que sou lá onde não penso pensar”.

É por meio da fala e da forma como ela chega no outro que é possível escutar e reconhecer o sujeito. Ao pensar que é pela fala que o sujeito atinge o outro, a relação entre eles não se traduz como exclusivamente uma relação dual, mas inclui um terceiro, identificado por Lacan como o grande Outro, que se funda como a posição que o sujeito se encontra enquanto falante. É nessa relação com o Outro que será possível explorar o que é específico do sujeito na psicose (MEYER, 2008).

Nas histórias dos delírios paranoicos, nota-se que é no campo do Outro que o sujeito localiza seu gozo persecutório (QUINET, 2009). Por isso, seus delírios se constituem na forma de “o Outro me odeia”, “o Outro me ama” e “o Outro me trai”. Diferentemente da paranoia, no caso da esquizofrenia, o sujeito não consegue localizar seu gozo completamente no lugar do Outro. Assim, o retorno do gozo na esquizofrenia se dá nas alucinações e nos fenômenos corporais. Isso pode ser entendido com a máxima lacaniana de “o que é forcluído do Simbólico retorna no Real” – no campo do Outro, a partir do delírio e, no corpo, pelas sensações do corpo despedaçado (QUINET, 2009).

1.3 A INFLUÊNCIA EXTERNA NA CRIAÇÃO DE CONCEITOS E PRECONCEITOS SOBRE O SOFRIMENTO PSICÓTICO

A *Graphic Novel Batman: A Piada Mortal*, lançada em 1988, roteirizada por Allan Moore e desenhada por Brian Bolland, é uma história que traz como um de seus protagonistas o famoso vilão dos quadrinhos, o Coringa, tendo como plano de fundo a produção da loucura. Nela, o vilão quer provar sua visão de mundo, enlouquecendo o principal aliado de seu maior inimigo: o comissário *Gordon*. Durante sua façanha, o Coringa

traz uma fala que gira todo o contexto de suas ações durante a história:

Demonstrei que não há diferença entre mim e outro qualquer! Só é preciso um dia ruim pra reduzir o mais são dos homens a um lunático. É essa a distância que me separa do mundo. Apenas um dia ruim. (Coringa em *Batman: A Piada Mortal*, escrita por Allan Moore e desenhada por Brian Bolland, em 1988, p, 45).

A história te leva a reflexões bem profundas, inclusive acerca da importância da Reforma Psiquiátrica no mundo, se levar em consideração a forma como o Coringa vai descrevendo o contexto do manicômio de *Gotham City*, o *Arkham Asylum*.

O *Arkham Asylum* é um asilo fictício localizado na cidade de *Gotham City*, a cidade do famoso super herói dos quadrinhos, *Batman*. Nas histórias o *Arkham* se torna uma prisão manicomial onde ficam concentradas todas as pessoas consideradas como potencialmente perigosas, ou seja, os vilões do *Batman*. Explorando um pouco as histórias em quadrinhos desse super herói, a maioria de seus inimigos tem em sua vivência algum fato que gera ira voltada geralmente a ele.

No decorrer da história o Coringa, ao tentar enlouquecer o personagem do comissário *Gordon*, busca dar exemplos de como seria dentro do *Arkham*, com falas como: “...se a barra estiver pesada você pode apelar pra uma cela acolchoada!” ou “Troque sua vida de agonia por uma cama e injeções duas vezes ao dia!”.

Ambas as frases reafirmam a realidade dentro de manicômios, vale ressaltar que o quadrinho é feito em de 1988, ano em que já havia iniciado nos Estados Unidos um movimento chamado Psiquiatria Comunitária que se tratava de uma aproximação da psiquiatria com a saúde pública, buscando a promoção de saúde mental, assim como também em algumas partes do mundo, onde já se questionava o tratamento psiquiátrico (ALVEZ, RIBAS, ALVEZ, VIANA, RIBAS, MELO JR, MARTINS, LIMA & CASTRO, 2009).

Tendo em vista a história acima, é possível refletir acerca de como a mídia pode influenciar a forma com que os telespectadores, ou seja, os consumidores do conteúdo, podem enxergar certos fenômenos, como por exemplo, a psicose. O modo como Allan Moore e Brian Bolland descrevem o *Arkham Asylum* e mais ainda como descrevem os comportamentos do próprio Coringa, alimenta diversos estereótipos apresentados pela mídia acerca do “psicótico”, o que pode acabar se tornando um reflexo de como a sociedade enxerga esses indivíduos, denominando-os muitas vezes de “lunáticos”, potencialmente perigosos.

A maneira como tais personagens são construídos acaba por perpetuar um preconceito, podendo erroneamente levar a crer que espaços de exclusão social como

manicômios possam ser uma boa opção, muitas vezes a única, para essas pessoas. A mídia diversas vezes trata os transtornos mentais de forma sensacionalista, como o olhar assustador do Jack Nicholson em *O Iluminado* (1980), ou como o clássico de *Hitchcock, Psicose* (1960), em que retrata o psicopata por meio do personagem de Norman Bates, que se torna um grande assassino no final. Fato é que a mídia ao elaborar personagens com algum transtorno mental acaba por reforçar certos estigmas relacionados a eles, ocasionando uma leitura equivocada e quase cruel da realidade, reforçando a ideia de segregação, alimentando um medo irreal na população vendendo a ideia de que o transtorno mental é perigoso. Ou às vezes romantizando os espaços asilares como se fossem um “período de férias”, como retratado no filme *Se Enlouquecer Não Se Apaixone* (2011).

Contudo, há filmes que vão mostrar o outro lado do transtorno mental, como a série *Atypical* (2017) que explora a vida de um menino autista na busca de um amor. No decorrer da série são realizadas diversas críticas acerca da percepção dos transtornos mentais na mídia, principalmente no que se refere ao reforço dos estigmas. Outro filme que também irá caminhar sob o mesmo olhar crítico é o *De Médico e Louco Todo Mundo Tem um Pouco* (1989), tal filme retrata a história de um psiquiatra que realiza grupos terapêuticos em um hospital psiquiátrico, um dia ele decide fazer um passeio com 4 de seus pacientes, entretanto, acontecem alguns eventos que saem do controle do médico. O filme explora as potencialidades dos 4 pacientes de procurar soluções às situações que vão sendo apresentadas, obtendo um viés positivo acerca do transtorno mental não os limitando como incapazes.

É importante manter um olhar crítico acerca do que é consumido, pois ao mesmo tempo em que a mídia apresenta enredos e/ou roteiros que trazem uma perspectiva sensacionalista e/ou estigmatizada do sofrimento psíquico, algumas vezes também trabalha na direção oposta. Desconstruindo estigmas e mostrando o sofrimento mais próximo do real, pois sempre há um resquício cinematográfico, explorando suas dificuldades e capacidades de construir coisas, estabelecer relações, entre outros.

Ao final deste capítulo foi possível compreender brevemente acerca do sofrimento psicótico na perspectiva da psicanálise na percepção de Freud e Lacan. Após isso, foi feita uma rápida reflexão sobre a visão da mídia em relação ao sofrimento psíquico. No capítulo seguinte, será explorada a Reforma Psiquiátrica no Brasil e seus desdobramentos.

CAPÍTULO 2: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FAMÍLIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O objetivo deste capítulo é apresentar uma contextualização sobre a reforma psiquiátrica e a construção do campo da atenção psicossocial no Brasil. Além disso, para o presente trabalho, o capítulo apresentará a criação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) que é um instrumento para o cuidado integral à saúde mental da população brasileira que organiza nacionalmente as ações de promoção da saúde mental, prevenção de agravos, assistência e cuidado, bem como reabilitação e reinserção de pessoas com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Também é abordado o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que é um dos serviços que a RAPS oferece. O CAPS tem como característica a oferta de serviços de saúde aberto e comunitário, visando atender as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico ou com algum transtorno mental e ainda em situações de crise ou em processo de reabilitação psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). E por fim, será feita uma breve reflexão acerca do papel da família dentro dos novos espaços que são criados para tratar pessoas em sofrimento psíquico. Essa discussão se articula com o tema pois, antes de apresentar o que é o Acompanhamento Terapêutico é importante contextualizar a mudança de paradigmas que a Reforma Psiquiátrica trouxe para o Brasil e para o mundo, e que suscitou a criação de outras formas de cuidado com o sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou nos anos 70 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, e em meados dos anos 80/90 o movimento adota o nome de Luta Antimanicomial, essa alteração será explicada no decorrer do capítulo. A Reforma Psiquiátrica no Brasil nasce em prol da mudança dos modelos de atenção e condução das práticas de saúde mental, em defesa da saúde coletiva, na oferta dos serviços e também no protagonismo dos trabalhadores e consumidores dos serviços de saúde nos processos de oferta do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Surge em um contexto onde internacionalmente estava havendo diversas mudanças e iniciativas para extinguir a violência asilar. Na época, no Brasil, ocorriam diversos movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos, devido ao modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico encontrar-se em crescimento. Entretanto, a Reforma Psiquiátrica brasileira torna-se maior do que apenas sanção de novas leis e normas, vai além das mudanças políticas e governamentais nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira ganha múltiplas especificidades, tendo um caráter particular, com aspecto político e social complexo, ordenado por atores,

instituições e forças de origens diferentes e que vai alcançar diversos territórios, tanto federais, quanto estaduais e municipais, universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais, contando também com a participação de diferentes associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Compreendida como uma junção de transformações práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no dia-a-dia das pessoas que a Reforma irá avançar marcando impasses, tensões, conflitos e desafios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O período da Reforma Psiquiátrica no Brasil é marcado por diversos movimentos sociais, como por exemplo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). É esse movimento que passa a tomar o cenário da luta no final da década de 70 e começa a construir uma série de denúncias às violências que ocorriam dentro dos manicômios, assim como questionam a mercantilização da loucura, e constroem coletivamente uma crítica acerca do saber psiquiátrico e do modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Nessa época já era conhecida a experiência italiana de desinstitucionalização e seu posicionamento radical ao manicômio, essa vivência é uma inspiração no Brasil, sendo possível acreditar na possibilidade de romper com antigos paradigmas. Nesse tempo, houve uma intervenção na casa de Saúde Anchieta em São Paulo, por apresentar maus-tratos e morte de pacientes, nela as pessoas viviam em jaulas, sem roupas, comendo nos latões onde haviam defecado e o eletrochoque era utilizado como punição (SOUZA, 2019). Com isso, o processo de desinstitucionalização inicia com a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, ou seja, com a retirada desses pacientes que passaram longos períodos de internação e com a inserção deles em outros serviços de saúde mental que fogem da visão hospitalocêntrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Vale ressaltar que na metade dos anos 80, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ganha novos atores, como usuários e familiares. E a partir disso surge o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) em 1987 com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1995). A característica desse movimento é a luta por um tratamento que seja realizado por serviços extra-hospitalares e de base comunitária como os CAPS, leitos de atenção integral em hospitais gerais, centros de convivência, residências terapêuticas, entre outros. A luta também vai abranger a extinção dos hospitais psiquiátricos. Nesse momento também há instituições que vão em caminhos opostos ao MLA, que vão defender a permanência de hospitais psiquiátricos e ainda indústrias farmacêuticas que se posicionam de forma estratégica para defender seus interesses corporativos (DUARTE, 2015)

Em 1988 é criado o SUS - Sistema Único de Saúde, contudo, anterior a ele é criado o

primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, em 1987 em São Paulo, e em Santos são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Essa experiência trata-se da primeira demonstração de que a Reforma Psiquiátrica era possível e executável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 1987 é realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental. As conferências surgem como momentos importantes na política de saúde mental no Brasil, porque nelas são discutidas e demarcadas as problemáticas, alvo de discussões e disputas sobre a construção da reforma e atualmente da luta antimanicomial. Vale ressaltar, que além da discussão entre profissionais, as conferências são importantes por terem um caráter de participação popular da comunidade como: usuários de serviços e familiares. E também contribuem para delinear diretrizes e princípios das políticas públicas e sociais de saúde (HEIDRICH, BERNDT E DIAS, 2015).

A primeira conferência apresentou propostas “desinstitucionalizantes” que abrangia a necessidade da contribuição e protagonismo da sociedade no gerenciamento dos serviços, em defesa dos direitos dos pacientes, a internação em momentos de crises em hospitais gerais e a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos. Na primeira conferência, houve uma responsabilização do Estado pela efetivação da política de saúde mental (HEIDRICH, BERNDT E DIAS, 2015).

Em 1992 tem-se a segunda Conferência Nacional de Saúde Mental. Uma característica marcante nessa conferência foi a grande participação de usuários de saúde mental, e que até os dias de hoje no exercício dos seus direitos continua a desempenhar uma presença participativa marcante nos eventos. Nesse momento, o tema central foi acerca da reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, e discussões de subtemas como: a rede de atenção em saúde mental, a transformação e o cumprimento de leis e o direito à atenção e a cidadania (HEIDRICH, BERNDT E DIAS, 2015).

Em 2001 acontece a terceira conferência nacional de saúde mental, e nesse mesmo ano foram realizados diversos eventos e acontecimentos importantes para o movimento da luta antimanicomial. O tema da terceira conferência se apresenta como "Cuidar sim, excluir não", nela são discutidas as experiências extra-hospitalares de cuidados de saúde mental, estabelecem políticas de saúde mental como pressupostos básicos de inclusão social e a habilidade social de conviver com a diferença (HEIDRICH, BERNDT E DIAS, 2015).

É em 2001 que também é implementada a Lei 10.216. Nela é atestado a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A lei foi proposta no Congresso Nacional em 1989, e

constava a extinção progressiva dos manicômios e a substituição destes por outros recursos assistenciais contudo só foi aprovada em 2001 (BORGES, 2008; BAPTISTA, 2008). A lei 10.216 coloca que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da Política de Saúde Mental, juntamente com a família e a sociedade (BRASIL, 2001). Assim, é direito do usuário: acesso ao tratamento do sistema de saúde, tratamento com humanidade e respeito, ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração, receber informações acessíveis acerca de sua doença e seu tratamento, tratamento em ambiente terapêutico, e tratamento, principalmente, em serviços comunitários de saúde mental, que beneficiem o usuário objetivando sua recuperação, entre outros direitos que foram atestadas pela lei (BRASIL, 2001). Além disso, com a PSM, tem-se a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar com a redução de leitos e construções alternativas de atenção à saúde mental a partir de um modelo comunitário (BRASIL, 2004), assim como a expansão, consolidação e qualificação dos CAPS, assim como também a qualificação dos ambulatórios, a criação dos centros de convivência, a inclusão de ações da saúde mental na atenção básica, políticas de saúde mental infanto-juvenil, atenção a usuários de álcool e outras drogas, entre outros (BRASIL, 2008).

Ainda sobre as conferências, a quarta aconteceu em 2010 e teve como tema central “Saúde mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, foram contemplados os alcances das mudanças realizadas no campo da saúde mental nos últimos anos. Novamente houve uma massiva participação de usuários e familiares e outros personagens envolvidos com a questão das políticas públicas em saúde mental (HEIDRICH, BERNDT E DIAS, 2015).

A quinta conferência nacional está prevista para acontecer em 2023, contudo já foram realizadas as etapas municipais e regionais.

Entretanto, apesar dos avanços significativos, ainda há hospitais psiquiátricos espalhados pelo país. E atualmente a política de saúde mental encontra-se constantemente ameaçada por meio de portarias e projetos de leis que buscam um desmonte das políticas públicas (NETTO, 2020). Essas ameaças são apresentadas a partir de 2016 com um desmonte vertiginoso das conquistas obtidas pela reforma psiquiátrica (DELGADO, 2019). Foram editados diversos documentos normativos, entre eles: portarias, resoluções, decretos e editais que formam a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que posteriormente veio a ser chamada de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2019; CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020).

Essa nova política traz a separação da política de saúde mental e da política sobre

álcool e outras drogas, sendo essa última adotando a nova denominação de “política nacional sobre drogas”, além disso também há características de incentivo às internações psiquiátricas. Nessa nova política de álcool e outras drogas, há um grande investimento no financiamento de comunidades terapêuticas utilizando uma abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas de álcool e outras drogas (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020; BRASIL, 2019).

Contudo, o movimento da luta antimanicomial se mantém vivo, e faz parte de uma militância política e da sustentação jurídica visando um processo de transformação social com intuito de combater as diversas formas de exclusão que tomam a “loucura” como forma de segregação operante em nossa cultura (LOBOSQUE, 2003). Ou seja, o movimento busca desconstruir os muros reais e simbólicos que existem acerca da marginalização da “loucura” (LOBOSQUE, 1997). Apesar das constantes ameaças à saúde mental, as conferências nacionais realizadas tornam-se mais importantes e desafiadoras, é um processo de militância política, que ganha forças e precisa ser defendida.

2.1. A RAPS E O CAPS

Como supracitado anteriormente, alguns serviços foram criados a partir dos ideais da Reforma Psiquiátrica, com o intuito de fechar os hospitais psiquiátricos, asilos e dar assistências aos pacientes e às famílias em liberdade por meio de serviços abertos e comunitários, tal como explicitado na lei 10.216/2001. A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) caracteriza-se por ser uma política nacional de saúde mental que busca fortalecer um modelo de atenção aberto e de base comunitária, também procura vincular a pessoa ao território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Dentro da RAPS existem serviços e equipamentos variados para dar assistência à saúde mental, são eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), entre outros. Dentre esses serviços, nesse estudo, iremos explorar um pouco mais sobre o CAPS.

O CAPS, como define o Ministério da Saúde (2004, p. 13), “é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS”. É um lugar de referência para o tratamento de pessoas que estão em sofrimento psíquico, sejam eles do tipo psicótico, neurótico ou demais casos. Os CAPS têm como desafio ajudar no processo de desinstitucionalização. Sua criação e execução possibilitaram avanços e desafios em relação ao cuidado.

O CAPS se caracteriza por ser um serviço que ocorre em ambiente aberto e inserido

na cidade, no bairro, ou seja, perto de onde o indivíduo mora. O serviço também oferece recursos terapêuticos como atendimentos em grupos, atendimentos para a família, atividades comunitárias, assim como atendimento individual para atendimento psiquiátrico, psicológico e orientações, caso seja necessária. Muitas vezes esses serviços buscam suporte social explorando áreas que vão além de sua estrutura física, se preocupando com o sujeito e sua singularidade, sua história, cultura e a forma como ele se relaciona com o ambiente durante o seu dia a dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Os Centros de Atenção Psicossocial buscam vincular o sujeito ao território seja em situações de crise ou em processo de reabilitação social e buscam substituir o modelo asilar, utilizando a ideia de clínica ampliada. Um instrumento de integração de projetos assistenciais na atenção psicossocial é o Acompanhamento Terapêutico, tal prática busca aproximar o sujeito do social, resgatando vínculos no território que façam sentido para ele, entretanto esse assunto será mais explorado no próximo capítulo (NETO & AMARANTE, 2013).

As práticas dos CAPS são realizadas em ambientes caracterizados como “portas abertas”, ou seja, a qualquer momento qualquer pessoa que sinta necessidade pode pedir um acolhimento no CAPS. O acolhimento é uma escuta qualificada oferecida por profissionais especializados, podendo ser demanda espontânea ou encaminhada de outras instituições e/ou estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2015).

O cuidado é desenvolvido por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), em que sua construção envolve a equipe, o usuário e sua família. Oferecem atendimentos em grupos, que é a forma com que o tratamento geralmente acontece. Os grupos são realizados promovendo sociabilidade, intermediação de relações, exercícios de convivência, também é desenvolvida a autonomia e autoestima, além de vários outros aspectos positivos que podem ser desencadeados pelos grupos (BRASIL, 2015).

O CAPS também oferece práticas expressivas e comunicativas, que são tidas como grupos de convivência; atendimento para a família caso surja a demanda, a família também pode ser atendida e acompanhada pela equipe; atendimentos domiciliares que acontecem no local de moradia da pessoa, muitas vezes para compreender o contexto e as relações que impossibilitam outra modalidade de atendimento (BRASIL, 2015).

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial ocupam um lugar importante dentro da área da saúde mental, além de ser um serviço que integra diversos profissionais e foca em substituir os modelos manicomial.

2.2 A ATUAÇÃO DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A psicose, por ser um fenômeno complexo que tange o arco existencial, insere a família como parte do processo de tratamento como um efeito multideterminado, estabelecendo no convívio com o usuário relações que vão construindo lugares e formas de se portar dentro de um sistema familiar (PIETROLUONGO, 2007). Quando a “loucura” passou historicamente a ser enquadrada como uma doença, a família foi afastada do tratamento, por não ter supostamente o instrumento teórico-técnico suficiente para poder lidar com uma doença, dessa forma, apenas os médicos e profissionais de saúde saberiam manejar a situação (PIETROLUONGO, 2007).

Durante a Reforma Psiquiátrica em que houve a dissolução de alguns hospitais psiquiátricos, muitos dos pacientes voltaram para suas casas. Antes da Reforma, os indivíduos em sofrimento psíquico estavam sob domínio dos hospitais psiquiátricos, afastados em razão de sua “influência negativa” que a convivência com a “loucura” gerava na sociedade, encarando-os como pessoas potencialmente violentas e incorrigíveis. E sendo a família parte da sociedade, esses sujeitos eram retirados de perto dos seus familiares como forma de proteção a eles (SILVA E MONTEIRO, 2011).

Esse panorama fez com que a família fosse colocada em um lugar de incapaz no que tange o assunto de lidar com os próprios problemas, demandando cada vez mais um saber técnico/médico. A partir do momento em que esse saber começa a ser questionado é possível ampliar a perspectiva do tratamento do sofrimento psíquico intenso, que passa a levar em consideração a sua complexidade, sendo o cuidado não apenas medicamentoso, mas também discursivo/relacional, social e psicodinâmico (PIETROLUONGO, 2007).

Assim, com a reforma psiquiátrica e a construção da RAPS a família passa a ganhar destaque no cuidado, observando também, a necessidade da criação de estratégias para essa transição. Dessa forma, a família tornou-se parceira de tratamento nos novos ambientes de atendimento, sendo vista como uma unidade de atenção e cuidado (BRASIL, 2005; MARTINS & GUANAES-LORENZI, 2016).

A atenção psicossocial tem buscado inserir a família na reabilitação social do indivíduo em sofrimento psíquico. É visto que no momento em que as famílias recebem apoio e são orientadas adequadamente, sendo permitido um espaço para compartilhar suas dificuldades, elas tendem a se mostrar mais comprometidas no cuidado ao seu familiar. Dessa forma, é possível observar a importância de oferecer espaços de atenção e cuidado à família, nos serviços ofertados de saúde mental (CAPS/RAPS), convidando-as a participar do

processo de recuperação e dividindo a responsabilidade pelo seu familiar (MILKE, KOHLRAUSCH, OLSCHOWSKY E SCHNEIDER, 2010).

Contudo, pode ocorrer falhas na comunicação entre a família e o serviço ofertado na Atenção Psicossocial, no qual os familiares ou não recebem a devida orientação sobre como cuidar ou se recusam a participar das atividades propostas no serviço. Todavia, ainda, há famílias que se tornam parceiras do serviço sendo ativas, mas também há famílias que se ausentam, criam dificuldades e forçam internação (LOBOSQUE, 2003). Ainda assim é importante ter em mente que a família muitas vezes precisa de assistência, cuidado e orientação, com isso, ela pode se tornar uma parceira no tratamento ora como parte do cuidado ora como um sistema a ser cuidado (MARTINS & GUANAES-LORENZI, 2016).

A partir dessa reflexão é possível ver a importância e a necessidade de pensar acerca da compreensão de saúde mental e seus cuidados, assim como a posição que a família pode exercer enquanto parte do processo de tratamento. Entretanto, a família precisa também ser cuidada, pois como diz Cardella (2017) quem não é cuidado, dificilmente saberá cuidar.

Neste capítulo foi apresentado e contextualizado a Reforma Psiquiátrica no Brasil e seus desdobramentos para a criação da RAPS e de seus serviços, como o CAPS. Também foi desenvolvida uma breve reflexão acerca da família na atenção psicossocial. No próximo capítulo será abordada a prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) e no que se refere a inserção das famílias nesta prática. Visto que o AT é uma prática de reabilitação social e que pode atuar juntamente com serviços de saúde mental.

CAPÍTULO 3: A FAMÍLIA E O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

“Quando as ações em saúde mental deslocam-se do ambiente fechado e imóvel para a superfície pulsante da cidade, coloca-se em evidência a particularidade da constituição espaço-temporal própria à condição subjetiva da psicose, frequentemente em choque com a vigência, no social, de uma determinada configuração do espaço e do tempo” (PALOMBINI, 2008, p. 27.)

Neste capítulo discutiremos a prática do Acompanhamento Terapêutico, e em seguida faremos uma breve reflexão acerca da importância da família no tratamento com indivíduos em sofrimento psíquico do tipo psicótico, e como tanto a família quanto o sujeito podem se beneficiar enquanto parte dessa prática.

O Acompanhamento Terapêutico surgiu no século XX a partir da década de 50 durante as reformas psiquiátricas na Europa em que foi percebido a necessidade de reestruturar a forma com que os manicômios estavam funcionando. Entretanto, o AT na América Latina surgiu no final da década de 60, em Buenos Aires, na Argentina (MARCO & CALAIS, 2012; DUARTE, 2018).

Dentro do redirecionamento proposto pela Reforma Psiquiátrica, viu-se a necessidade de incluir esses indivíduos como parte da sociedade, tendo em vista que eram pessoas segregadas socialmente, dentro dos hospitais eram alienados, cronificados, além de sofrerem inúmeras violências (PITIÁ, 2005). Para isso, algumas estratégias e práticas foram criadas com o intuito de alcançar esses objetivos.

O AT é um dispositivo clínico bastante presente no processo de reabilitação social, sendo um dos seus objetivos a tentativa de resgatar os vínculos sociais, sua cidadania e de possibilitar o transitar das pessoas em sofrimento psíquico, nos diferentes espaços físicos e sociais. Assim como afirma Lancetti: “os objetivos que se buscam, nesses empreendimentos, são a conexão com pessoas, atividades e locais, depois do colapso que o surto provoca” (LANCETTI, 2016, p. 29).

É uma prática itinerante, um tratamento feito em movimento, em que os atendimentos, normalmente frutos de uma escuta clínica que acontece tanto em espaços privados como em residências: um quarto, uma cozinha; quando realizados em espaços públicos como um banco, a igreja, enfim, o território. Fazendo dessa prática quase informal, mas que são recomendadas por aqueles que não se adequam a prática clínica ambulatorial. Para Palombini (2006), a eficácia dessa prática clínica se dá, sobretudo, naqueles casos ditos não aderentes ao tratamento clínico tradicional. Tais casos são para Lancetti (2016, p. 19) os ditos “...toxicômanos, violentos, esquizofrênicos, jovens...”.

Para Alberti, Teixeira, Beteille, Rodriguez e Martinez (2017), o AT busca uma relação com as redes dos indivíduos, família e o social, o que significa um exercício de enfrentamento juntamente com todos os personagens do processo de tratamento, cada um tendo de atravessar preconceitos e estigmas e ao mesmo tempo se fortalecendo para que seja possível o processo.

A prática do AT se configura em dois pilares principais: o movimento e o território. Buscando ampliar o contexto clínico articulando-o com a rua, o bairro e a cidade. Ele também se encontra em uma posição de intermediário que Palombini (2004, p. 17) salienta como “a referência institucional, para esse sujeito e o seu acesso à via e aos lugares públicos”.

Para compreender melhor sobre a clínica em movimento, Lancetti (2008) cria a ideia da “clínica peripatética”, sendo que a palavra “*peripatetismo*” vem de conversas e pensamentos que acontecem ao longo de uma caminhada ou passeio. Assim, a Clínica Peripatética é uma clínica que acontece em movimento. São recursos utilizados para pessoas que não se adaptam aos contextos clínicos tradicionais, como dito anteriormente, e estão relacionados a pessoas cujos dispositivos psiquiátricos, pedagógicos, psicológicos e psicanalíticos, não funcionam (LANCETTI, 2016). Dessa forma, essa ampliação do limite institucional insinua novas formas de lidar com o sofrimento psíquico aproximando-a do seu contexto territorial possibilitando a criação de laços entre o indivíduo e seu meio social, incitando novos modos de produção subjetiva (PITIÁ, 2005; DUARTE, 2018).

O AT também sustenta uma abertura de comunicação com a família. Nesse sentido o AT visa um cuidado em que a interação entre o terapeuta e o paciente possa ser aplicada em um contexto que fuja do cenário clínico o adaptando a uma clínica ampliada, ou seja, uma clínica para pacientes com os quais as abordagens terapêuticas clássicas não funcionam (MAUER E RESNIZKY, 1987).

Para Palombini (2016), o AT tem um caráter particular de fazer acontecer a desinstitucionalização da “loucura”, baseando-se no desenvolvimento da autonomia do sujeito fazendo com que essa abordagem se torne uma estratégia de antissegregação e prevenção contra a alienação social (BERTOLOTE, 1996; PITTA, 1996). Implica em uma abordagem terapêutica que reconhece e exclui a ideia de um sofrimento psicótico como “natural e irreversível” para algo que é produto histórico social (MAUER E RESNIZKY, 1987, p.25). Ou seja, busca reconhecer que este sujeito é capaz de lidar com a sua condição

existencial o retirando do lugar de incapaz e oferecendo suporte nesse processo (DUARTE, 2018).

3.1 O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO ENQUANTO UMA PRÁTICA POSSÍVEL NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A prática do Acompanhamento Terapêutico por ter um caráter de ajudar o sujeito que encontra-se em sofrimento em sua reinserção social, torna-se um instrumento de muito valor para o campo da atenção psicossocial.

A atenção psicossocial procura desenvolver e trabalhar a autonomia do indivíduo a partir do território, fazendo-o se sentir parte do seu meio social enquanto cidadão. Essa concepção surge como efeito de movimentos da Luta Antimanicomial visando a reorganização dos serviços ao redor das práticas de territorialização e desinstitucionalização (NETO & AMARANTE, 2013).

Dentro da RAPS surgem os seguintes dispositivos: Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipe de Consultório de Rua, Centros de Convivência e Cultura, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento Transitório (UAT), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Enfermaria especializada em Hospital Geral. Nestes serviços apresentados está intrínseco o cuidado ampliado, nele a atenção vai além dos sintomas e da prescrição de tratamentos, os profissionais da atenção psicossocial se ocupam em cuidar do sujeito de forma que fortaleça sua relação com o meio (CUNHA, PIO E RACCIONI, 2017)

O AT se insere na rede pública principalmente através do CAPS, além disso, também é encontrado em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), uma alternativa para os usuários egressos de longas internações psiquiátricas, e servem de apoio para os sujeitos que não possuem suporte social e/ou familiar (GONÇALVES & BARROS, 2013). Assim, o AT ao ser vinculado a esses serviços se alinha à lógica da desinstitucionalização.

Dessa forma, a atenção psicossocial busca produzir independência e promover cuidados no território aos indivíduos em sofrimento psíquico. A prática do AT se dispõe da mesma lógica: o cuidado no território visando criar laços sociais na trajetória dos espaços e principalmente que façam sentido para o sujeito (PITIÁ & FUREGATO, 2009; CHAUI-BERLINCK, 2010).

Por ter essa característica, o AT ao se relacionar com a rede de saúde mental irá potencializar a construção de um “olhar em rede”, que considera as diferentes relações construídas pelo sujeito e também os diferentes atores que irão participar dessa relação que se

amplia à medida que o sujeito se desenvolve socialmente (GONÇALVES & BARROS, 2013). Envolvendo não somente o território como também a família, o CAPS, e outros serviços da rede de saúde e de outros trabalhos coletivos. Dessa forma, o AT produz modos de cuidado que a própria rede consegue acompanhar, criando a oportunidade para constituir um cuidado em conjunto (GONÇALVES & BARROS, 2013).

O papel do AT dentro dos serviços de saúde pública muitas vezes é colocado em uma posição de referência na própria rede de forma que o cuidado possa ser exercido por todos os profissionais dentro do serviço (GONÇALVES & BARROS, 2013). O AT faz com que a atenção centrada no sujeito seja deslocalizada e multiplicada por diferentes pontos que constituem a rede, e frequentemente se comporta como a mediação da comunicação entre os diferentes profissionais (GONÇALVES & BARROS, 2013). Muitas vezes o projeto clínico do AT consiste em construir uma rede de especialistas que trabalhe de forma única e particular com cada acompanhado, tendo em vista que a rede se divide entre si para acompanhar os demais usuários (GONÇALVES & BARROS, 2013).

Entretanto o AT pode ser encarado como aquele que “faz as conexões” muitas vezes recaindo sobre ele a única característica de fazer o vínculo com a equipe da rede de serviços. Os autores Gonçalves e Barros (2013, p. 111) irão fazer uma crítica apontando que o AT não é um “ ‘trabalho de solução de problemas', tampouco uma prática adaptacionista dos modos de funcionamento da cidade, das famílias ou dos serviços de saúde. Ao contrário, produz intervenções”. Assim, o AT irá trabalhar estabelecendo conexões com o território que ainda não puderam ser feitas, de forma que sua função seja de “articulador”, assim como também de “desestabilizador das relações cristalizadas presentes nas famílias e também na rede dos serviços de saúde” (GONÇALVES & BARROS, 2013, p. 111).

Dessa forma, o AT além de ser uma das linhas da rede, também vai operar na construção de redes, o que muitas vezes estabelece uma relação com os serviços de saúde, contudo, não parando apenas neles (GONÇALVES & BARROS, 2013). O AT vai construir uma relação com a comunidade, sendo ela qualquer espaço que, para o acompanhado, faça sentido, podendo ser: pai, mãe, igreja, vizinhos, grupos de trabalhos, entre outros. O território não se reduz apenas a uma área física.

No estudo de Marques (2013), a autora relata sobre duas experiências de estágio no CAPS Clarice Lispector na Zona Norte do Rio de Janeiro. A primeira experiência é sobre a elaboração de um jornal de bairro junto aos frequentadores do CAPS em que tal situação envolveu uma importante articulação com o território, e a segunda experiência foi com o

bloco carnavalesco “*Loucura Suburbana*” em um desfile que acontece anualmente. A autora traz sua própria experiência como AT dentro do CAPS e afirma que o território em que é feito o trabalho de um AT pode ser tanto o território geográfico quanto o território existencial. Sendo o território existencial tudo aquilo que vai abranger a rede social do sujeito.

Por fim, Palombini (2008) apresenta um estudo realizado pelo *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública* do Instituto de Psicologia da UFRGS através de atividades de AT de usuários da rede pública de serviços de saúde mental. Esse programa propõe contribuir para a consolidação de uma clínica da psicose criada mediante os princípios que o movimento da luta antimanicomial veio pautar, o qual deve ser incluindo, principalmente no âmbito do tratamento, além do corpo biológico, o campo familiar e social.

Para Fiorati e Saeki (2008), citado por Neto e Amarante (2013, p. 966) “essas ações de inserção social promovem a expressão de formas particulares de existência”. Tendo em vista que ao receber um diagnóstico, frequentemente, a pessoa se encontra presa e limitada ao discurso biomédico, muitas vezes não havendo perspectiva de melhora para além das medicações, dessa forma, a inclusão do sujeito aos poucos na sociedade o possibilita desenvolver sua autonomia de tal forma que consiga explorar suas potencialidades. Logo, a prática do AT e a visão da atenção psicossocial vem com a ideia de resgatar a humanidade, dignidade e liberdade desse ser. rever a frase: está incompleta.

Assim, a proposta do Acompanhamento Terapêutico visa estabelecer novas maneiras de construir vínculos mais fortalecidos com o meio. Quando o AT atua nas redes de atenção psicossocial, o trabalho realizado junto aos profissionais de saúde busca promover encontros e formar relações sociais com os usuários dos serviços que estão em acompanhamento, com o objetivo de que esses profissionais possam acompanhar a evolução dos sujeitos, tornando também parte do processo (MARQUES, 2013).

3.2 A FAMÍLIA ENQUANTO PARTE DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

Durante as leituras feitas, foram encontrados argumentos que destacam a presença do sofrimento nas famílias que se encontram com um ou mais indivíduos psicologicamente adoecidos em seu núcleo. Ao falarmos sobre famílias, falamos de um grau de convivência muito intenso e que carrega em si histórias, costumes e construções no campo emocional, que são estruturadas ao longo da vida dos indivíduos e passadas por gerações. Assim, a família é o primeiro contato com o mundo, e existem diversas dinâmicas familiares. É possível afirmar que a família tem um papel fundamental na construção do caráter do indivíduo e na forma como o mesmo enxerga o mundo (MCGOLDRICK & CARTER, 1995).

Quando uma família passa pela experiência de uma crise psicótica com um de seus membros, tal vivência pode causar uma desorganização não apenas no sujeito, mas também na própria família; enfatizo aqui que a desordem não necessariamente está ligada apenas a desordem psíquica, mas a desordem estrutural e organizacional, que tem a ver com o funcionamento de um sistema, nesse caso o sistema familiar. Tal experiência implica em uma reestruturação do núcleo familiar, vale ressaltar que é um momento doloroso para a família e a coloca em um lugar de vulnerabilidade. Com isso, não é incomum observar tais famílias resistindo a esta mudança e forçando uma “normalidade” (MAUER E RESNIZKY, 1987).

O cenário mais comum de ser visto em razão do desespero familiar mediante o adoecimento do indivíduo é apresentar um cuidado despreparado em função da falta de informação e orientação que muitas vezes leva a internação ou reinternação da pessoa ocasionando uma intensificação da crise. Contudo, compreende-se que a família enquanto suporte, poderia amenizar o sofrimento gerado no sujeito (FIORATTI, 2006).

Quando um AT recebe uma demanda, constantemente ela está pautada em um sofrimento que não desconsidera os determinantes políticos-sociais do adoecimento psíquico e que muitas vezes pode se constituir como uma psicose ou neurose grave, sendo essas categorias que via de regra se encaixa nos pré-requisitos tradicionais de uma hospitalização psiquiátrica (PALOMBINI, 2008). Dessa forma, é muito comum a própria família entrar em contato com o profissional, pois muitas vezes quando se recebe um paciente em um sofrimento psíquico grave, também se recebe uma família muito adoecida e em sofrimento (MAUER & RESNIZKY, 2008).

Inicialmente, na prática clínica tanto da psicoterapia quanto do Acompanhamento Terapêutico são realizadas entrevistas preliminares com a família do acompanhado, e ele próprio (OLIVEIRA, 2018). Assim, o AT irá ocupar um lugar singular e único quase onipotente, em que “quase tudo vê, quase tudo escuta, quase tudo sente e quase tudo pode” (OLIVEIRA, 2018, p 24). Podendo a presença do AT, no início, se tornar uma ameaça visto que a família por vezes costuma se sentir observada, avaliada e invadida em seu ambiente natural (MAUER & RESNIZKY, 1987).

Dessa forma, quando surge a oportunidade de um acompanhante terapêutico se inserir nesse contexto familiar, é comum surgirem resistências. Como colocado por Cerqueira (2002) que explica que ao ter um Acompanhante Terapêutico dentro da dinâmica familiar, é possível observar uma importante mobilização nos familiares dos pacientes, em que algumas

vezes podem vivenciar sentimentos conflituosos de alívio, e ao mesmo tempo de dificuldade em aceitar a nova dinâmica e principalmente o profissional.

Naturalmente, esse trabalho deve ser norteado pela compreensão de que o paciente não é uma estrutura individual isolada do todo, e sim um membro dentro de uma estrutura familiar comprometida e que também precisa ser cuidada. Para isso, o AT se coloca em uma posição delicada, em que exerce uma influência significativa a nível familiar, facilitando que seu contato periódico adquira um caráter terapêutico, embora não vá exercer uma função de terapeuta familiar (CERQUERIA, 2002). Isto é, muitas vezes é percebido uma dinâmica familiar que pode ser desfavorável para o tratamento com a pessoa que está em sofrimento. Logo, a função do AT quando inserido em um contexto familiar, não é de realizar uma psicoterapia, mas fazer pequenas intervenções quando necessário.

Assim, para que o AT e a família possam desempenhar uma boa relação, é importante que o AT desenvolva uma comunicação de forma horizontal, não compartilhando tudo o que é tratado durante o acompanhamento, mas também não deixando a família de fora (ONÓFRIO, 2012).

Entretanto também é comum as famílias convidarem o acompanhante terapêutico para que ele possa dar orientações, opiniões e explicações acerca do comportamento do sujeito em sofrimento, adquirindo assim, um lugar de “orientador”. Contudo, Oliveira (208) irá traçar uma crítica acerca do AT enquanto este ser que, de forma quase pedagógica, vai “ensinar” para as famílias o jeito de ser do acompanhado, no entanto em alguns momentos específicos pode ser de suma importância ouvir esse pedido da família e considerar que essa pode ser uma representação de uma angústia vivenciada pelos familiares.

Entretanto, é comum na prática de AT, ocorrer, em algum momento, uma confusão acerca dos papéis realizados por cada um dentro desse processo, devido ao contato constante. Por isso, é importante que o AT esteja alinhado e sempre repasse o papel de cada um dentro do tratamento.

A experiência mostra que com o tempo tudo se mistura: cachorro, vizinho, panela, acompanhante, família, barulho. Quando menos se espera o acompanhante terapêutico está inserido nessa trama/teia familiar... Apesar de não haver apenas um lugar mas muitos lugares que podem ser ocupados, núcleos, potencialidade presentes nos acompanhantes, assim como nos pacientes e famílias (OLIVEIRA, 2018, p. 24).

Tendo em vista as potencialidades tanto do Acompanhante Terapêutico quanto do acompanhado, o profissional por vezes oferece ao sujeito em acompanhamento um lugar no mundo (OLIVEIRA, 2018). Não que antes o indivíduo não tivesse ou não compreendesse esse lugar, mas o AT irá ofertar a ajuda para ressignificar seu espaço, ampliando sua

experiência de mundo e colaborando em inaugurar novas vivências que antes não eram possíveis, devido a um ambiente que possuía traços adoecedores.

Não obstante da ideia supracitada no decorrer desta discussão, Mauer e Resnizky (2009) citadas por Oliveira (2018) irão apresentar novas formas de entrada do AT na família. Pois ao invés de ser uma indicação para um membro da família que encontra-se em sofrimento, a demanda parte de um membro da família que já se encontra em processo de análise pessoal, utilizando o AT para auxiliar em algo que está adoecendo a família, e não o contrário. Futuramente, Mauer e Resnizky (2011) irão nomear essa prática como “acompanhamento situacional familiar” compreendendo uma abordagem em que o objeto de intervenção abrange toda a família e não apenas um integrante.

Pensando nisso, temos aqui uma nova perspectiva de como o Acompanhamento Terapêutico pode ser realizado com a família sendo ela a própria protagonista. Entretanto, não é o que normalmente se tem nas demandas. Ainda é comumente demandado o encontro das famílias para o acompanhamento de um único sujeito adoecido, e uma família fragilizada.

Neste capítulo foi travada uma discussão acerca do Acompanhamento Terapêutico e da importância dessa prática enquanto parte do campo psicossocial no contexto da saúde mental no Brasil e ainda o papel da família nesse dispositivo de cuidado. Apesar dos estudos sobre o AT estarem avançando e se ter novas perspectivas acerca do cuidado com a família, ainda é uma prática que encontra muitos desafios ao se tratar dos familiares. Dessa forma, o presente estudo busca elaborar uma reflexão acerca do papel da família dentro do AT, trazendo a perspectiva dos profissionais.

CAPÍTULO 4: METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta uma pesquisa de cunho qualitativo. A pesquisa qualitativa se baseia em uma nova perspectiva de pensamento científico, que nasce em contraponto a pesquisa quantitativa, se baseando no método construtivo-interpretativo, elaborando uma nova forma epistemológica na área de ciências psicológicas (GONZÁLEZ REY, 2005). Flick, von Kardorff e Steinke (2000, p. 5) apresentam quatro bases teóricas da pesquisa qualitativa, sendo elas:

- a) a realidade social é vista como construção e atribuição de significados; b) a ênfase no caráter processual e na reflexão; c) as condições “objetivas” de vida tornam-se relevantes por meio de significados subjetivos; d) o caráter comunicativo da realidade social permite que o refazer do processo de construção das realidades sociais torne-se ponto de partida da pesquisa.

Dessa forma, como citado por Flick et al. (2000), inicialmente a compreensão como princípio do conhecer se baseia no estudo das relações complexas ao invés de explicá-las de forma isolada. A segunda característica citada pelos autores foi a da “construção da realidade”, ou seja, a pesquisa é construída como um ato subjetivo. A terceira característica baseia-se na “descoberta e na construção de teorias”, aqui aquilo que é observado durante a coleta de dados são analisados de forma que a elaboração de reflexões contribua para a produção de teorias. O que nos leva a quarta característica que aborda a importância da criação de material visual, assim a pesquisa qualitativa é uma ciência baseada em textos, análises, dessa forma a coleta de dados resulta na produção de textos que diferentemente da forma analítica, são interpretados hermeneuticamente, ou seja, por meio da interpretação (GÜTHER, 2006).

As informações qualitativas nesta pesquisa foram produzidas a partir de entrevistas semiestruturadas (anexo 2), tais entrevistas são as mais utilizadas em pesquisas qualitativas por ter um caráter maleável, consiste em um roteiro prévio, contudo, dá a possibilidade para o entrevistador de fazer perguntas que não estarão no roteiro, tornando um diálogo mais fluído e natural (LIMA, ALMEIDA E LIMA, 1999).

Nessa pesquisa foram realizadas três entrevistas semiestruturadas, com profissionais que realizam AT há mais de dois anos e trabalham com pessoas em sofrimento do tipo psicótico e seus respectivos familiares.

4.1 PARTICIPANTES

Os entrevistados foram 3 profissionais que realizam Acompanhamento Terapêutico e trabalham com pessoas em sofrimento do tipo psicótico há pelo menos 2 anos e que estavam dispostos (as) a contar sobre os desafios e compartilhar sua experiência com a abordagem e o trabalho com as famílias.

O primeiro participante é um psicólogo do Distrito Federal há 16 anos, graduado pela Universidade de Brasília (UNB) e trabalha com Acompanhamento Terapêutico há 14 anos. Atualmente realiza AT individual e de forma particular, mas já trabalhou com grupos de indivíduos.

A segunda participante é uma psicóloga do Ceará, há 9 anos graduada na Universidade de São Paulo (USP), e trabalha como AT há 5 anos. Atualmente faz parte da coordenação de uma equipe que trabalha com Acompanhamento Terapêutico em Fortaleza.

A terceira participante é uma psicóloga de Minas Gerais, há 5 anos e meio, graduada pela Universidade de São João del Rei (UFSJ) e trabalha com AT há 2 anos.

4.2 CENÁRIO SOCIAL DA PESQUISA

As entrevistas foram realizadas de forma individual a distância. Tendo em vista que dois dos três participantes moravam em Estados diferentes do da pesquisadora. As entrevistas foram realizadas via Google Meet utilizando a webcam dos participantes e da pesquisadora.

4.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram: computador para a anotação e transcrição das entrevistas; gravador para gravar as entrevistas; papel e caneta para quaisquer anotações durante as entrevistas e webcam para a realização da entrevista online. Além disso, também foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como consta no anexo 1. Como as entrevistas foram realizadas de forma online, os TCLEs foram escaneados para que os participantes pudessem assinar de forma digital.

4.4 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA INFORMAÇÃO

Para a análise de dados e construção de informações, essa pesquisa utilizou a metodologia da Hermenêutica de Profundidade, proposta por Thompson (DEMO, 2001). Esse método parte de um processo interpretativo, nele são realizadas análises complementares acerca do fenômeno estudado, buscando explorar aquilo que não é visto facilmente no discurso (VERONESE E GUARESCHI, 2006). Para isso, é necessária uma leitura crítica do mundo real e questionamentos que explorem a compreensão das histórias de

vida e das relações sociais em um contexto social e histórico, permitindo uma percepção mais ampla do fenômeno, possibilitando um olhar mais interpretativo do que descritivo (DEMO, 2012).

São propostas três fases por Thompson (1995), citado por Veronese e Guareschi (2006). Tais fases não configuram etapas cronológicas, mas análises complementares, sendo essas: 1) análise sócio-histórica; 2) análise formal ou discursiva; 3) reinterpretação. Assim, a primeira trata-se de uma análise das conjunturas sociais e históricas que visam compreender as formas simbólicas de vinculação, uma vez que a história pode ser compreendida como forma de explicação social. A segunda é uma etapa que toma para si os objetos e expressões que irão construir esse campo social, compreendendo como algo simbólico e de estrutura complexa em sua construção. E a terceira etapa compreende uma síntese que busca agregar os conteúdos simbólicos com o contexto em que foram produzidas, essa explicação precisa ser bem fundamentada ao fenômeno estudado.

4.5 PROCEDIMENTO ÉTICO

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo seu número de aprovação: 61 15972.9.0000.0023. Após isso, foi iniciada a coleta de dados e realizadas as entrevistas, cada participante recebeu um TCLE - Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido para ser assinado. Nele estava explicitado o tema e o objetivo da pesquisa. Para a realização da pesquisa foi necessário que todos assinassem os termos indicando que estavam cientes de seus direitos e que sua saída da pesquisa poderia ser a qualquer momento caso desejassem.

Cada entrevistado está identificado na pesquisa por nomes fictícios.

As gravações foram ouvidas apenas pela pesquisadora e utilizadas única e exclusivamente para coleta de dados do estudo. Os materiais utilizados serão guardados com a pesquisadora após o encerramento da pesquisa por 5 anos. As gravações serão excluídas após o término da pesquisa.

CAPÍTULO 5: ANÁLISE QUALITATIVA DAS INFORMAÇÕES

Como dito na metodologia, a análise das informações será realizada de forma qualitativa utilizando a Hermenêutica da Profundidade, nela busca-se construir uma análise com base na interpretação. Thompson, citado por Demo (2004), compreende que o próprio pesquisador é capaz de interpretar e compreender o sujeito-objeto, dessa forma o propósito da análise é fazer com que a interpretação construa um conhecimento que vá além do comum e da opinião popular (GONÇALVEZ, 2007).

Para que a Hermenêutica da Profundidade possa ser construída, é necessário dividir a análise em algumas etapas: 1) contextualização sócio-histórica: nela se busca construir e compreender o contexto histórico social e geográfico em que as informações qualitativas foram produzidas; 2) análise formal ou discursiva: ela tem por objetivo traçar a complexidade estrutural, apresentando as informações coletadas e construir sentidos a partir das informações qualitativas apresentadas; e 3) reinterpretação: só é possível após realizadas as etapas anteriores, essa fase serve para que o pesquisador possa destacar aquilo que chama mais atenção para pensar sobre o tema (GONÇALVEZ, 2007; DEMO, 2004).

A análise foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com três participantes, todos profissionais da psicologia e que realizam em sua prática profissional Acompanhamento Terapêutico. Para a primeira parte da análise, serão apresentados três contextos sócio históricos diferentes, tendo em vista que os profissionais são de partes diferentes do Brasil, sendo eles: Brasília (Distrito Federal), Fortaleza (Ceará) e São João Del Rei (Minas Gerais).

Os participantes foram identificados como Carlos, Patrícia e Giovana, se referindo respectivamente ao profissional do DF, ao profissional do Ceará e ao profissional de Minas Gerais.

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA

Nesta etapa da análise será feita uma breve contextualização acerca da Saúde Mental e do Acompanhamento Terapêutico em cada um dos Estados.

Como visto na fundamentação teórica, a prática do AT traz à tona a discussão acerca da Saúde Mental uma vez que essa prática surge em um contexto de reabilitação social de indivíduos em sofrimento psíquico que possam estar tendo dificuldades no processo de reinserção social. Dessa forma, vamos buscar compreender como cada Estado dá visibilidade a Saúde Mental e como a prática do AT está inserida nessas regiões.

5.1.1 CARLOS 1

No Distrito Federal, o entendimento da sua participação no contexto da Reforma psiquiátrica, apontam que a “assistência à saúde mental no DF tem reproduzido a trajetória do setor de saúde no que se refere a uma prática desenvolvida segundo interesses políticos, econômicos e profissionais” (Lima, 2002, p. 58).

Mesmo antes de ser inaugurada, Brasília, através do médico Henrique Bandeira já havia criado em 1959 um plano de saúde chamado de “Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar”. Nele, já se previa a criação de um modelo diferente dos tradicionais, a fim de realizar atendimentos médico-hospitalares regionalizados. Esse plano já contava com: 1 Hospital de Base, 11 hospitais distritais, 6 hospitais rurais e unidades-satélites, tantas quantas fossem necessárias para atender a demanda com previsão de cinco leitos/1.000 habitantes, além de alguns Hospitais especializados e Laboratórios (SANTIAGO, 2009).

Nesse contexto, um hospital seria destinado aos pacientes com “Problemas Mentais e Psiquiátricos”. Todos esses estabelecimentos teriam suas atividades coordenadas e gerenciadas pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), criada em 1960 e subordinada à Secretaria de Saúde (GDF, 2000).

De acordo com Lima (1993), a assistência psiquiátrica na Fundação Hospitalar do Distrito Federal teve início no Hospital de Base, com a unidade de Psiquiatria desde 1960, sendo a única referência pública de internação até a inauguração HSVP (Hospital São Vicente de Paulo); e no Hospital Regional de Sobradinho, com o setor de psiquiatria da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (UISS) (SANTIAGO, 2009).

Vale ressaltar que a (UISS) desenvolvia atividades de ensino, através de convênio entre a FHDF e a UnB, apresentando uma proposta avançada, que oferecia leitos de internação na unidade de clínica geral. Dessa experiência, em 1975, surgiu um “Plano Assistencial Psiquiátrico em Hospital Universitário para a Comunidade de Sobradinho que propunha a criação de um Centro de Saúde Mental que iniciaria um atendimento Psiquiátrico com Atendimento Ambulatorial, Pronto Socorro, Internação, Hospital-Dia, Hospital-Noite e Oficinas Profissionalizantes (...) e, além da formação e treinamento de pessoal especializado na área de psiquiatria” (LIMA, 1993, p. 35).

Esse plano não foi concluído devido ao término do convênio entre a FHDF e a UnB, em 1980, se limitando ao atendimento de emergências psiquiátricas. A Unidade de Psiquiatria no Hospital de Base (UP/HBDF), como aponta o estudo de Araújo, Coelho e Vieira (2006), encontrou resistências quanto a manutenção desses serviços prestados, porém, mesmo sob as restrições do governo militar, permaneceu, e após esse período, teve suas

atividades aumentadas passando a oferecer , inclusive, curso de residência médica em psiquiatria.

Em 1969, foi criado o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP) para atender crianças e adolescentes, convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria de Educação, que oferece atendimento específico para crianças e adolescentes de forma multidisciplinar, e equipe composta por psiquiatras, pediatras, neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, assistentes sociais e pedagogos (SANTIAGO, 2009).

Havia naquele momento duas situações, os pacientes excedentes, que necessitavam de leitos psiquiátricos de internação e que contribuíram para o então INAMPS (*Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social*) que geria a política pública de saúde e vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993, eram atendidos em quatro Clínicas de Repouso conveniadas: Clínica de Repouso Planalto em Planaltina (DF), Clínica São Miguel, Luziânia (GO), Clínica Nossa Senhora de Fátima, Asa Norte e Clínica São Judas Tadeu no Gama (DF) e os não-contribuintes, que eram encaminhados para o Sanatório Espírita de Anápolis (SEA), por meio de convênio com a FHDF (SANTIAGO, 2009).

No entanto, esses lugares atendiam pessoas de forma indistinta, ou seja , tanto àquelas que apresentavam distúrbios psiquiátricos, como alcoólatras, deficientes mentais, epiléticos e outros com diversos problemas sociais, como desemprego, etc. Em 1976, a fim de atender a demanda, foi criado o primeiro hospital psiquiátrico público na rede de saúde do DF, denominado o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) (SANTIAGO, 2009).

À época foram utilizadas as instalações do antigo Hospital Geral de Taguatinga, desativado após a fundação do Hospital Regional de Taguatinga. Lima (1993) relata que a proposta da criação do HPAP foi uma decisão política da FHDF, para funcionar como centro de triagem das internações, retendo as pessoas em observação por 24 a 72 horas e, depois, encaminhando-as às clínicas conveniadas. O HPAP foi renomeado para Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) em 1987, como reflexo das transformações que se queriam instalar no hospital com pretensão de humanizá-lo, sendo a proposta de retorno do nome original uma tentativa de diminuir o preconceito e estigma (LIMA, 2002).

Com o aumento populacional e devido o não cumprimento do plano de 1959, e o surgimento novas Regiões Administrativas, geralmente habitadas por pessoas de baixa renda e péssimas condições de saneamento, os serviços de saúde se tornaram insuficientes. Diante disso, em 1979 foi elaborado o “Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal” e “Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”, “apoiados no tripé regionalização,

hierarquização da rede e extensão de cobertura, calcadas nas definições de Alma-Ata, na VII Conferência de Saúde e no Plano CONASP” (LIMA, 2002, p. 59).

A ampliação da capacidade dos serviços de saúde, prevista no Plano de 1979, não deu conta do crescimento populacional, devido ao grande fluxo migratório e a pressão da população do Entorno. Mesmo aumentado os serviços de assistência, os Centros de Saúde criados não conseguiram absorver tal demanda (GDF, 2000).

Além disso, ao longo dos anos, a política de investimentos em saúde não assegurou adequação tecnológica e de materiais e aumento de recursos humanos para atender as necessidades de saúde da população e garantir aos usuários a referência e contrarreferência, num sistema de complexidade crescente, embora tenha havido crescimento físico da rede (GDF, 2000, p. 9)

No que tange à psiquiatria e saúde mental, em 1979 foi criada uma Comissão Assessora de Psiquiatria e Saúde Mental, para elaborar um projeto de reorganização da assistência psiquiátrica no DF. Costa (2000) apresenta um documento histórico interessante, uma comunicação na forma de carta redigida para a ocasião da comemoração do dia da Luta Antimanicomial, no qual coloca os principais eventos nos “40 anos de loucura no DF” (SIC).

Lima (2002) relata ainda que a proposta dessa Comissão visava a descentralização do HSVP nas cidades de Taguatinga e Ceilândia e treinamento dos profissionais dos Centros de Saúde para reconhecimento, atendimento e encaminhamento. Devido a falta de recursos orçamentários para atender as necessidades da saúde pública essa ação não é realizada. É apresentada uma proposta alternativa onde prevê a criação de uma Coordenadoria de Saúde Mental em nível central (SANTIAGO, 2009).

Em 1983, devido ao panorama da saúde mental nacional, foi criado um Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar a assistência psiquiátrica no DF a fim de propor alternativas para o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, com o intuito de ênfase voltada para ações de atenção primária e a priorização do atendimento extra-hospitalar (SANTIAGO, 2009). De acordo com Lima (1993), mesmo após a implantação desse programa só houve uma pequena mudança em relação ao número de internações e permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos. “Se houvesse uma decisão séria em fazer o controle dessas internações e a utilização adequada dos serviços de saúde mental poder-se-ia ter uma mudança significativa” (LIMA, 1993, p. 37).

Em 1989, é criado o Instituto de Saúde Mental e inicia-se um projeto de qualidade inovadora, a criação de um Hospital-dia, onde o foco está voltado para a saúde e não para a doença e que surgiu, segundo Costa (2000), da insatisfação do atual modelo de assistência tradicional e das tentativas frustradas de mudança. A Criação do ISM (Instituto de saúde

Mental) é considerado por alguns, como momento de ingresso do DF no processo de Reforma Psiquiátrica (AMARAL, 2006; CÂNFORA, 1997; COSTA, 1997; COSTA, 2000; LIMA, 2002; MACHADO, 2006; RÊGO, 2002; SERRA, 1997). No entanto, nota-se que enquanto em outros estados estavam sendo criados nesse período serviços tipo CAPS, que são substitutivos ao hospital psiquiátrico, no DF foi criado um hospital-dia serviço que é complementar ao hospital psiquiátrico.

Atualmente o Distrito Federal dispõe de 18 Centros de Atenção Psicossocial (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2022).

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma prática clínica desenvolvida fora dos espaços tradicionais de tratamento ou seja longe dos consultórios. Vale enaltecer aqui que o AT é uma prática itinerante caracterizada por um tratamento que se faz em movimento (ROLNIK, 1997).

Em Brasília, o curso de Psicologia de uma das universidades coordena um projeto de AT como curso de extensão, sendo a procura crescente a cada semestre. Também é referência no DF o Instituto Mãos Amigas (IMA), uma organização sem fins lucrativos que foi criada a partir da carência local de cuidado com pessoas em sofrimento psíquico do tipo psicótico. Hoje ela é referência e oferece diversos cursos de Acompanhamento Terapêutico, assim como também é um espaço de convivência, cuidado e ajuda para outros usuários do sistema de saúde (TRANSFORMA BRASIL, 2022).

Não foram encontrados estudos científicos que contenham o histórico do AT no Distrito Federal. Contudo, sabe-se que há espaços que oferecem cursos de AT como o Instituto Anankê, e outras organizações, que visam espalhar o Acompanhamento Terapêutico no DF.

5.1.2 PATRÍCIA

O Estado do Ceará é considerado por citar os autores precursores na Reforma Psiquiátrica no Brasil acerca da mudança do modelo manicomial para um modelo de atenção psicossocial, tendo seu primeiro CAPS inaugurado em 1991 na cidade de Iguatu, quatro anos após o primeiro CAPS no Brasil implantado em São Paulo, em 1987, e em seguida nas cidades de Canindé, Quixadá e Icó, nos anos de 1993 e 1995, respectivamente. (QUINDERÉ & JORGE, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O desenvolvimento de políticas públicas no Estado do Ceará está relacionado ao movimento de modernização urbana, neste período são construídos asilos em centros urbanos com a finalidade de alocar a população indesejada (OLIVEIRA, 2021). Na capital Fortaleza,

o asilo São Vicente de Paulo construído em 1886, é um marco desse fenômeno por atender demandas da elite de tirar das ruas pessoas consideradas indesejadas, internar pessoas com transtornos mentais e dar abrigo a pobres (OLIVEIRA, 2021).

O Estado do Ceará também é marcado pela criação de Hospitais Psiquiátricos em 1970, como a Casa de Saúde Santa Teresa, fechada entre 2015 e 2016. Essa casa era referência na região de Cariri e o único existente entre Fortaleza e Recife, capitais próximas e que concentravam os principais hospitais psiquiátricos (LIMA, GUSSI & ARAÚJO, 2021).

Nesse momento, tanto o asilo São Vicente de Paulo, como a Santa Casa de Misericórdia, em Fortaleza, e a Casa de Saúde Santa Teresa em Crato, abrangiam a assistência em saúde mental em caráter de internação e isolamento, assim como, abrigo de pessoas. Entre 1980 e 1990 inicia-se as primeiras experiências legislativas no Brasil acerca da Reforma Psiquiátrica. O Estado do Ceará foi o pioneiro na divulgação da lei estadual nº 12.151 criada em 29 de julho de 1993, que preconizava a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e proibindo abertura de novas unidades. Além disso, de forma gradativa redes e serviços substitutivos de saúde mental foram se ampliando em todo o território estadual (LIMA, GUSSI & ARAÚJO, 2021).

Após as aberturas dos CAPS os efeitos foram visíveis na cidade, havendo diminuição de gastos em internações psiquiátricas e começava-se a ver criações de movimentos da Luta Antimanicomial, Comissões Municipais de Saúde Mental e aprovações de Leis Orgânicas Municipais incorporando os princípios da Reforma Psiquiátrica (LIMA, GUSSI & ARAÚJO, 2021).

O estudo de Quinderé & Jorge (2010) aponta que até o ano da coleta dos dados, o Estado do Ceará estava conseguindo proporcionar um olhar diferente e crítico acerca do modelo manicomial. Os autores chamam de “(des)construção”, diversas vezes no estudo, como uma forma de explicar o processo de desestruturar a ideia do modelo manicomial e trabalhar a quebra de estigmas e preconceitos relacionados às pessoas com transtornos mentais ou, pessoas em sofrimento psíquico. Apontam também que os serviços públicos de saúde mental enfrentam diversos níveis de complexidade e algumas dificuldades de execução. Contudo, a possibilidade que os serviços de saúde mental têm de articular entre si e entre outros estabelecimentos de saúde e com o território, possibilita uma comunicação horizontalizada para que assim a articulação com os cuidados do usuário ou da pessoa em tratamento no seu território possa contribuir para uma “(des)construção” dos manicômios e dos estigmas acerca das pessoas em sofrimento psíquico.

Ainda que a lei sobre a extinção progressiva das instituições psiquiátricas, instituições privadas e públicas esteja em vigor, o Ceará conta ainda hoje com hospitais psiquiátricos que apresentam práticas de violências ao sujeito internado. Isto posto, foi organizado um movimento impulsionador antimanicomial no Cariri para analisar, avaliar e propor encaminhamentos frente a política de saúde mental e RAPS nesta região (LIMA, GUSSI & ARAÚJO, 2022). Contudo, o Estado do Ceará continua promovendo saúde mental em seu território na criação de eventos sociais, seminários, jornadas científicas, assim como rodas de conversas e discussões no Hospital de Saúde Mental (SECRETARIA DA SAÚDE DO CEARÁ, 2022).

A RAPS estatal de Fortaleza atualmente, segundo o site da Prefeitura, conta com 15 CAPS, dos quais 6 CAPS Gerais que atendem pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais graves e persistentes; 7 CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) e 2 CAPS especializados na população infanto-juvenil (CAPSi). Além de 3 residências terapêuticas, que se mostram como alternativas para as pessoas que não encontram suporte familiar ou comunitário. 4 unidades de acolhimento voltadas para o cuidado de usuários de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar. Conta ainda com o SOPAI (Hospital Infantil Filantrópico) que atende questões de saúde mental. Tem um Serviço Hospitalar de Referência de Álcool e Outras Drogas e uma Santa Casa que se vinculam ao SUS no atendimento à população (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2020).

Em relação ao Acompanhamento Terapêutico no Estado do Ceará, é uma prática que vem ganhando espaço e reconhecimento. Entretanto, não foram encontrados muitos estudos que relatam o surgimento do Acompanhamento Terapêutico no Ceará.

Segunda Mélo (2022), o AT no Estado do Ceará se instituiu inicialmente como estágio no curso de Psicologia na Universidade Federal do Ceará (UFC) nos estabelecimentos de saúde pública na cidade de Fortaleza, sendo o primeiro em 2015 no Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED), no CAPSad. Ainda não sendo vista como uma prática concreta, em 2016 a Universidade Federal do Ceará se aproximou das ideias da clínica na rua, criando projetos juntamente com o NUCED, para trabalhar no Centro POP, um Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua. E assim o Estado do Ceará foi se aproximando da prática do AT (MÉLLO, 2022).

A prática do AT em si iniciou em Fortaleza, por meio da parceria entre o NUCED, a FIOCRUZ e a Prefeitura Municipal de Fortaleza em um projeto que ofertava qualificação profissional e auxílio-moradia a pessoas dependentes químicas que viviam em situação de

rua. Atualmente o AT em Fortaleza continua se fazendo presente na rede pública e conquistando espaços na rede privada (PALOMBINI, PASINI & ECKER, 2022).

5.1.3 GIOVANA

Dentro do contexto de Minas Gerais, pode ser traçado um histórico desde os pavilhões de observação nas Santas Casas de São João Del Rei e Diamantina, nos séculos XIX à XX até a demanda por um espaço de internação aumentar e ser criada a Assistência aos Alienados no Estado de Minas Gerais em 1900 (GOULART, 1992). E já preconizava-se a criação do Hospital Colônia de Barbacena (HCB), que viria a ser inaugurado em 1903. O hospital recebia “doentes mentais” de várias partes do país, através do chamado “trem de doido” que consistia em um trem que levava para a cidade os novos pacientes do hospital. Vale ressaltar que Barbacena não se restringiu apenas ao Hospital Colônia de Barbacena, outros hospitais psiquiátricos particulares foram abertos na cidade, fazendo com que a cidade se tornasse uma referência para os tratamentos mentais em função de seu alto número de instituições (FULLIN, 2018). Entretanto, poucos anos depois da fundação do HCB iniciou-se diversas reclamações apontando maus tratos, superlotação e também denúncias acerca das condições físicas da instituição (FULLIN, 2018).

Logo após, em 1920, um congresso aprovaria a sua primeira reforma na área psiquiátrica, em que o Instituto de Neuro-Psiquiatria seria moldado pelo marco do “Regulamento para a Assistência a Alienados de Minas Gerais” de 1922 e determinado como hospital central e instituto de pesquisa. O regulamento trazia inovações como a restrição de “meios coercitivos de tratamento”. Devido a morte de seu primeiro diretor, o hospital só foi inaugurado em 1924 sob o nome de Instituto Raul Soares (GOULART, 1992; RATI, 1986; SANTOS, 1995; MORETZSHON, 1989).

Dessa forma, o Instituto Raul Soares (IRS) se dá como um projeto moderno que continha espaços de recreação (leituras, música, jogos, etc.) e para exercícios físicos, além da possibilidade de trabalho em tarefas voluntárias e sintonizadas com as aptidões dos internos que poderiam ser realizadas em "oficinas", prevendo a geração de renda a ser depositada em contas correntes vinculadas a uma "Caderneta de Pecúlios dos Alienados Trabalhadores" (MORETZSOHN, 1989, p. 43). “Entretanto, com o passar de outras direções, o Instituto referência acabou se resumindo a um local para manter pessoas em uma prática higienista e de exclusão” (PIRES, 1959, p. 39).

Em 1979 ao longo dos anos oitenta, a crítica ao modelo assistencial tradicional explodiu em Minas Gerais e no Brasil. As condições inaptas do sistema hospitalar vieram à

tona, revelando as condições precárias que ofertava aos seus usuários. Após tentativas de reforma, no final dos anos 70, o IRS se destacou como exemplo de degradação humana, denunciado em uma série de reportagens intituladas "Nos porões da loucura", o que mobilizou a opinião pública para a necessidade de reformas no modelo assistencial (FIRMINO, 1982).

Em Minas Gerais um marco importante foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que aconteceu em Belo Horizonte em 1979, contou com a presença de convidados internacionais, participação de usuários dos serviços de saúde, familiares, jornalistas, sindicalistas, entre outros. Nesse período, Minas como outros Estados do Sudeste continham grandes números de hospitais psiquiátricos (SILVA, 2008).

Em 1980, é implementado o Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Minas Gerais, como forma de incentivar as ações de saúde e locação de equipes de profissionais em centros de saúde (MINAS GERAIS, 2006). Durante os anos de 1990 foi realizada uma auditoria em 36 hospitais psiquiátricos e evidenciada a precariedade das condições estruturais de funcionamento (SILVA, 2008). É também em 1990 que os usuários e familiares passam a participar da luta antimanicomial juntamente com os trabalhadores, atuando também no Fórum Mineiro de Saúde Mental, sendo este um núcleo mineiro do Movimento da Luta Antimanicomial (SILVA, 2008).

Lobosque (2002) apresenta o Fórum Mineiro de Saúde Mental, que surge mediante a luta antimanicomial, atribuindo-se a primeira Secretaria Executiva Nacional do Movimento. Aparece como uma entidade da sociedade que articula usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental na luta. Dessa forma, Lobosque (2002. p 164 e 165) irá descrever o Fórum como um órgão que

... faz denúncia de maus-tratos e discriminações aos portadores de sofrimento mental [...] Participamos ativamente da formulação de projetos assistenciais definidos: sem atuar diretamente na área da assistência, justamente por entendê-la como responsabilidade do poder público, aí nos apresentamos como interlocutores. Promovendo debates, cursos, seminários teóricos. Acompanhamos de forma constante e próxima a criação e as atividades da Associação de Usuários de Serviços de Saúde Mental, a ASUSSAM. [...] Comemoramos o dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em manifestação pública que reuniu 2.000 pessoas nas ruas da cidade, participando do desfile da Escola de Samba da Liberdade ainda que Tam Tam.

Vale ressaltar que a cidade de Barbacena, após conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica, tornou-se referência nacional em relação a mudança de paradigmas dos serviços em saúde mental e construção de redes de serviços e estratégias substitutivas ao manicômio. Em 2018, Barbacena possuía 29 Residências Terapêuticas que se articula a diversos serviços

e profissionais de diferentes áreas, tendo em vista o atendimento e o bem estar dos moradores (FULLIN, 2018).

Atualmente a capital Belo Horizonte dispõe de 9 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de 8 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e 34 Residências Terapêuticas (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2022).

O Acompanhamento Terapêutico em Minas Gerais iniciou-se no município de Betim, implantado em parceria a instituições de saúde mental como o CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental) - nome do CAPS adotado em Minas Gerais (LOBOSQUE, 2011), além da instituição acadêmica PUC Betim (NOGUEIRA, 2009). Na universidade no sexto período do curso de Psicologia, a disciplina de Psicopatologia e Nosologia estabelecia o estágio supervisionado. Portanto, em Betim, os acompanhantes terapêuticos são estudantes de psicologia. Em 1970, o AT apareceu em Belo Horizonte, ao mesmo tempo em que as comunidades terapêuticas foram implantadas na capital. Em BH o AT também era realizado por estudantes, em geral de Psicologia e Terapia Ocupacional. Essa prática foi influenciada fortemente pela comunidade terapêutica Clínica Pinel, em Porto Alegre, e pelo CETAMP (Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla), na Argentina (NOGUEIRA, 2009).

Os alunos que faziam AT em algumas instituições, não tinha uma função específica como psiquiatras, terapeutas ocupacionais, ou os profissionais que integravam a equipe multidisciplinar. Mas, sua prática se vinculava a uma atividade: interagir com o paciente, mediar a visita na relação do paciente com a família, ou seja, acompanhava o paciente, não propondo atividades com fins específicos (NOGUEIRA, 2009)

Contudo, durante a instalação do AT na capital mineira, houveram dois momentos para que a prática fosse deixando seu lugar aos poucos no cuidado com o sofrimento psicótico. Porém, não foram decisivos para o fim do AT em BH. Em 1995 foi construída a instituição psiquiátrica privada *Clínica Urgentemente*, era uma clínica que trazia certa influência da reforma psiquiátrica em sua forma de cuidado, com o objetivo de cuidar do paciente em crise, fora da estrutura hospitalar. A Clínica: “construiu um projeto com vistas à desospitalização psiquiátrica dos pacientes dela, sendo que um dos dispositivos usados para tal finalidade foi o AT.” (NOGUEIRA, 2009. p.215).

Dessa forma, o AT em BH foi implantado junto aos serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, o que configurou sua prática como fruto da reforma psiquiátrica. Atualmente o AT procura posicionar-se como mais um dos profissionais de equipes multidisciplinares, continua sendo uma prática articulada a instituições públicas de atenção

psicossocial vinculadas à universidades, contudo, a prática vem sendo acompanhada de abordagens teóricas, mas ainda enfrentando impasses em sua prática (NOGUEIRA, 2009).

5.2 ANÁLISE FORMAL

Nesta etapa da pesquisa, serão apresentadas análises das entrevistas semiestruturadas que foram realizadas individualmente com cada participante, de forma online via Google Meet. Ao todo foram feitas 4 entrevistas, contudo, uma das entrevistas se perdeu devido ao som que não foi captado na gravação, por conta da compreensível indisponibilidade da profissional, não foi possível repetir a entrevista. Então, a análise foi realizada com 3 entrevistas. Como previsto na metodologia proposta, as análises serão apresentadas em diálogo com a literatura.

Assim, as análises foram organizadas nas seguintes categorias: 1) O indivíduo, a família e os cuidados iniciais; 2) O preconceito e a importância do AT na desconstrução dos estigmas, 3) O encontro com as resistências da família no cuidado e 4) O cuidado para poder cuidar

5.2.1 O INDIVÍDUO, A FAMÍLIA E OS CUIDADOS INICIAIS

Para Pitiá e Santos (2006) o objetivo terapêutico no Acompanhamento Terapêutico é dar significado àquilo que o sujeito expressa com seu adoecer, e ao se expressar, que ele possa interagir com o meio de forma a estabelecer novos vínculos, possibilitando ao sujeito construir diferentes relações com o meio. Para os autores, os diagnósticos devem ser situacionais permitindo que a interação do paciente em diferentes contextos seja avaliada, ou seja, a interação com os familiares, amigos, trabalho, entre outros. E então, a partir disso, pode ser caracterizado o nível de retraimento social a que sua sintomatologia o conduz.

Posto isto, é possível pensar em quais ocasiões as pessoas chegam para um Acompanhante Terapêutico e qual a abordagem de cada profissional para o tratamento. A seguir serão apresentados alguns relatos de como esse contato inicial é feito.

As pessoas que fazem contato comigo geralmente são pessoas cujo filho, irmão, pai, pode estar numa crise de suicídio. [...] Então o contato demanda uma atenção intensiva. Digamos assim, de encontrar a pessoa todos os dias, de fazer esse manejo dependendo da situação, revezando com outros para garantir um acompanhamento. (Entrevista com Carlos, 2022, p 2).

Como é feito o atendimento? [...] A gente entende o AT como um atendimento que se dá em situações bem pontuais, é geralmente momentos de crises, né? Em que o paciente esteja com alguma dificuldade de realizar suas atividades cotidianas [...] mas não só dificuldades no cotidiano, não é só sobre isso. Tem alguma outra dificuldade emocional por trás (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 9).

É muito comum também os casos em que os acompanhados são encaminhados por psiquiatras, assim como há famílias que procuram a equipe e/ou o profissional para buscar orientação ou ajuda (NETO, PINTO & OLIVEIRA, 2006), como citado no capítulo 3.

Há outro ponto interessante a ser pensado: após o primeiro contato, como o caso é discutido? Ou seja, como são pensadas as formas de cuidado para o sujeito que se encontra em sofrimento? Patrícia procura compreender as relações que se estabelecem entre essa família, sua rede social e o sujeito em sofrimento, sabendo que ela trabalha em grupo com outros profissionais, e o trabalho multiprofissional pode proporcionar discussões mais aprofundadas dos casos (NETO, PINTO & OLIVEIRA, 2006).

Essa investigação serve para entender como são as relações dessa pessoa. Como é que estão as relações se essa pessoa tem amigos, tem relacionamentos. Como é que tá a relação com o trabalho com a escola ou com a família, com as outras atividades. Quais são as dificuldades nesse sentido? Como esses enlaçamentos estão sendo interrompidos assim? Ou é uma pessoa que consegue sair de casa desenrolar, articular uma conversa? Então tem muitas diferenciações que a gente vai vendo e também escutando nesse momento de crise. (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 9 e 10)

Giovana por sua vez insere sua perspectiva por meio da rede pública, assim, ela nos conta que a partir do momento em que começa a acompanhar uma pessoa, outras redes são acionadas. “A primeira coisa que a gente fez lá no serviço foi conversar com as pessoas que acompanhavam ela, técnicos de referência [...] Fomos visitar a casa dela.” (Entrevista com Giovana, 2022, p.5). Neto e Amarante (2006) trazem uma discussão acerca do AT enquanto dispositivo utilizado nos Centros de Atenção Psicossocial, afirmando sua potencialidade para fortalecer a rede intersetorial.

Tendo em mente a elaboração das formas de cuidado, Patrícia aponta que, “muitas vezes”, percebe que o paciente ao chegar em crise, mostra-se fruto de uma dinâmica familiar disfuncional.

O paciente que está em crise, quando a gente vai ver, muitas vezes tem a ver com algumas coisas na dinâmica da família, um funcionamento psíquico comportamental diferente do que a família deseja e espera. [...] Isso a gente pode pensar no contexto familiar e no contexto social, muitas vezes os adoecimentos e as crises eclodem por conta disso também, porque o meio social não está aberto para aceitar pessoas que funcionam de um jeito diferente, porque as pessoas muitas vezes não vão produzir [...] (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 10)

Essa fala de Patrícia se articula com o que Mauer e Resnizky (1987) comentam em seu livro sobre *O Acompanhamento Terapêutico e a Clínica das Psicoses*. A família ao perceber que dentro de seu núcleo há um sujeito com uma organização psíquica diferente, tende a afastá-lo mesmo que inconscientemente, jogando a responsabilidade no próprio sujeito (MAUER & RESNIZKY, 1987). Vale ressaltar que aqui não se trata de culpabilizar

alguém pela situação gerada, mas sim de uma atitude de se distanciar de um difícil cenário que para a própria família muitas vezes gera sofrimento.

Para Fioratti (2006) a família potencializa a crise, muitas vezes, em razão de seu despreparo, de não saber o que deve ser feito, o que acaba levando-a a atitudes desorientadas ou ao abandono do sujeito em instituições psiquiátricas. Com isso, vê-se a necessidade de cuidar da família e fazê-la ser presente no cuidado com o sujeito, para assim, essa responsabilidade poder ser compartilhada entre a família e o AT, aliviando a sobrecarga familiar.

Giovana conta a história de uma mulher acompanhada por ela, que será chamada pelo nome fictício de Maria. Maria morava com o pai idoso que tinha problemas de saúde e não podia trabalhar, ela tinha diagnóstico de esquizofrenia. Quando Giovana e a equipe foram compreender melhor a situação em que Maria vivia percebeu que seu adoecimento estava fortemente relacionado às necessidades da sobrevivência dela e de seu pai, devido ao afastamento dos outros familiares. “Então assim, a gente entendia que todas as questões implicavam pelas necessidades familiares [...] Maria falava que se prostituía para poder se alimentar” (Entrevista com Giovana, 2022, p 6).

Giovana acrescenta que “na medida em que foi trabalhando com a família, ajudando a entender seus direitos, a situação também foi modificando e as necessidades familiares que pressionavam Maria foram diminuindo” (Entrevista com Giovana, 2022, p. 6).

Logo, o cuidado é pensado a partir de um contexto. A prática do AT é criar junto ao indivíduo novas formas de relacionamento com o sofrimento e também com aqueles com os quais convive. Neste tópico vimos como as demandas chegam para os ATs e como é pensado o cuidado dos indivíduos em crise tendo em vista as circunstâncias em que o indivíduo está inserido. As falas aqui apresentadas nos dão uma noção que muitas vezes, ainda que inconscientemente, a família pode ter atitudes que ocasionam a potencialização do sofrimento do indivíduo. Entretanto, também compreende-se o sofrimento da família. Mauer e Resnizky (2008) afirmam que frequentemente quando uma família pede ajuda a um AT, a mesma encontra-se adoecida e em sofrimento.

5.2.2 O PRECONCEITO E A IMPORTÂNCIA DO AT NA DESCONSTRUÇÃO DOS ESTIGMAS

“Uma intervenção psiquiátrica não dá conta da clínica das psicoses. As sessões semanais de psicanálise também não. Abordagens isoladas não criam a sustentação necessária para uma terapêutica das psicoses” (CAUCHICK, 2001, p. 11).

A fala de Cauchick nos leva a refletir que o tratamento com o sofrimento psicótico muitas vezes não se encaixa a um tratamento convencional, ou seja, dentro de um consultório, e nesse momento entra a lógica de um Acompanhamento Terapêutico. Além de evitar internações, como fala Carlos “Você pode evitar uma internação psiquiátrica, né? E todas as implicações, as violências que acontecem nessas instituições mesmo quando bem gerenciadas” (Entrevista Carlos 2022, p. 2), o Acompanhamento Terapêutico também busca trabalhar o estigma que essas pessoas carregam.

Com a Reforma Psiquiátrica vem também a luta por tentar desestigmatizar o sujeito que carrega consigo um diagnóstico de psicótico, trazendo a concepção de autonomia e independência para aqueles que dentro de uma sociedade tentam encontrar um lugar de convívio: social, familiar e comunitário, e que seu diagnóstico não o defina. Para isso é necessário que, primeiramente, haja uma desconstrução de preconceitos perpetuados socialmente, e também possibilitar práticas que promovam a reinserção, e que a concepção do “louco violento” seja desmistificada (PERANHOS-PASSOS & AIRES, 2013). Com base nessa afirmativa, Patrícia apresenta a seguinte fala:

Eu achava que estaria em risco se eu me colocasse na rua ao lado de um paciente psicótico, em que a família me liga e fala ‘o fulano está surtado’ ou ‘o fulano é muito violento’. Já vai com uma tônica de risco, de perigo e quando eu vou e escuto essa pessoa e me coloco disponível sem esse rótulos, assim, eu acolho o que a família traz, mas eu preciso estar muito aberta para entender a versão da família sobre esse paciente. Pode ser uma dificuldade que eles estão tendo, mas não significa que seja agressivo com todo mundo. Então quando eu me coloco disponível para escutar e para acompanhar esse paciente, assim eu também me desconstruo [...] (Entrevista com Patrícia 2022, p. 18).

A fala de Patrícia nos leva a pensar que estarmos abertos para acolher o outro torna-se uma passagem fundamental para lidar com o preconceito. Preconceito esse apresentado comumente pelas próprias famílias. Entretanto, como citado anteriormente, o AT tem a função de trabalhar esse estigma com os familiares, fazendo-os compreender o sofrimento (FIORATTI, 2006). Carlos apresenta uma fala interessante acerca da entrada do AT no tratamento do sujeito em sofrimento psicótico quando em crise:

Quando a gente fala de acompanhamento terapêutico, a gente tá falando dos mais estigmatizados dos estigmatizados que geralmente as pessoas só se dispõem a contratar um serviço de AT quando todo o resto não deu certo, e a pessoa tá passando fezes na parede. A gente trabalha justamente com as pessoas que aparecem nos filmes de terror, digamos assim. As pessoas que têm diagnóstico de esquizofrenia, que tem sintomas psicóticos, essas pessoas são mais frágeis, se a gente for pegar os números, as estatísticas, essas pessoas sofrem violência, não são agressoras. (Entrevista com Carlos 2022, p. 15)

Tanto a fala de Carlos quanto a de Patrícia retratam um sujeito em sofrimento psíquico do tipo psicótico como alguém frágil e que constantemente são vítimas de violência e segregação social. Patrícia também acrescenta o seguinte:

Ninguém surta do nada, existem pessoas que têm surtos induzidos por uso de substância e que pode parecer um quadro de psicose e que ainda assim, também não é do nada. Ninguém fica agressivo do nada. Quando a gente sente que não é bem tratado, que não tem espaço, e que não é compreendido, às vezes isso gera uma reação negativa, isso com qualquer um de nós. Agora imagina para uma pessoa que cresce e vive a vida inteira se sentindo desencaixada do mundo, porque essa é um pouco da vivência do psicótico. (Entrevista com Patrícia 2022, p. 19).

Ainda sobre o preconceito social, Carlos nos conta uma história sobre sua vivência profissional com um grupo de AT com ex-moradores de rua, em que muitos ali sofreram violência e acabaram desenvolvendo sintomas psicóticos.

Uma vez um paciente meu me agrediu no Centro Cultural Banco do Brasil (CCBB) em crise. E estava cheio o evento. Conversando com ele ‘olha, vamos embora que não tá legal, tá cheio’. E ele tava agressivo tipo, ‘sai daqui’. Uma das vezes que eu achei que ele ia me bater, eu cheguei a segurar as mãos dele e aí de repente aparece um homem fala ‘aqui não é lugar de conflito, não briguem’. E meu paciente que era uma pessoa que viveu vários anos na rua, tinha deformações físicas, não era uma pessoa que você olhasse e falasse, ‘ah, esse cara é normal’. Para falar de estereótipo, e o cara chegou assim não briguem, ele não parou sequer para olhar o que estava acontecendo, ele chegou para censurar a gente. E aí, eu fui pedir licença para o cara porque eu estava trabalhando ali, e nessa hora o paciente me agrediu. Consegui mobilizá-lo sem feri-lo, a crise passou, 10 minutos depois a gente tava tirando foto e se abraçando. [...] Eu reencontrei esse senhor e fui tentar explicar a agressão e o senhor falou ‘uma pessoa dessas não pode estar num lugar como esse’ e eu falei ‘olha as pessoas têm o direito de estarem onde elas quiserem’ e esse senhor acrescentou ‘mas o esquizofrênico é um assassino.’ (Entrevista com Carlos 2022, p. 16).

Acima é abordado um ponto importante: o trabalho realizado pelo AT que busca ajudar no processo de reinserir socialmente pessoas estigmatizadas, de forma que as possibilitem criar novas relações com os espaços sociais e não somente com os espaços físicos. Tal construção é feita em conjunto, não sendo um “passe de mágica” do AT, o que proporciona aos acompanhados um desenvolvimento de autonomia e protagonismo. Ao sair pela cidade, preferencialmente fora dos lugares conhecidos pela pessoa e já cristalizados pelo hábito, aumentam suas possibilidades de concretizar novas articulações no social, como sujeitos que exercitam sua potencialidade vital (PITIÁ & SANTOS, 2006). Trabalhando juntamente com os familiares sua autonomia, e independência, para que o sujeito possa criar vínculos e laços sociais saudáveis e desenvolver a habilidade de criar rotinas.

A minha intervenção era assim: ‘olha você teve problemas quando você compartilhou isso com pessoas que não estavam preparados para te entender. Então vou sugerir que converse comigo, e com seus familiares [...] Ela se sentiu satisfeita sendo compreendida e escutada pela família, se sente aliviada da mesma forma. (Entrevista por Carlos 2022, p. 13)

Quando a gente se dispõe a escutar, os estigmas eles vão se diluindo, e quando a gente entende uma desorganização, um surto, não acontece do nada, fica mais fácil de compreender a estrutura de seu funcionamento, não é um defeito, não é uma doença, é uma maneira diferente de estrutura psíquica. (Entrevista com Patrícia 2022, p. 19)

Quando ela conseguiu compreender, o que não foi algo rápido, mas quando ela conseguiu compreender que era capaz e que poderia, e que o diagnóstico que ela tinha não a impediria de nada, a família também pôde ajudá-la. Ela tinha um curso de doces, e começou a fazer doces e a vender. (Entrevista com Giovana 2022, p. 12).

Neste tópico abordamos sobre os preconceitos e estigmas acerca do sofrimento psicótico, e como o tratamento com o AT pode aliviar e esclarecer esse sofrimento tanto para o sujeito quanto para as famílias, oferecendo novas perspectivas e permitindo que ambos criem as próprias.

5.2.3 O ENCONTRO COM AS RESISTÊNCIAS DA FAMÍLIA NO CUIDADO

“A gente pensa que criança e adolescente vão ter uma presença muito grande da família no atendimento, né? Positivamente ou negativamente se você identifica que a dinâmica daquela família, guarda uma relação com o adoecimento daquela pessoa, o AT vai ser O Invasor, a presença indesejável.” (Entrevista com Carlos, 2022, p. 5).

Na fala acima, Carlos demonstra que o AT inserido em um contexto familiar disfuncional pode ser percebido como alguém em uma dimensão persecutória, invasiva e nesse caso, pode ocasionar uma resistência por parte da família (SANTOS, MOTTA & DUTRA, 2005). Tendo isso em vista, é necessário compreender que o sujeito faz parte de uma estrutura familiar, ou seja, não é alguém isolado do mundo. Muitas vezes, a relação do sujeito com seus familiares encontra-se tão entrelaçada que não é possível que haja uma grande separação entre eles. Portanto é importante que o AT se atente às expectativas depositadas nele por parte da família. Na entrevista de Carlos, ele relata sua experiência acerca da família de Danilo, um jovem que ele atendia, e essa família apresentava um tratamento hostil para com o AT.

Ele não ia em um restaurante, ou uma lanchonete, mas ele ia comigo. A gente comprava, a gente comia, e se no começo ele não conseguia falar com as pessoas, no final do tratamento ele falava o que ele queria comer para a atendente. E aí, os pais falavam: ‘nossa, mas ele não sai com a gente’ e eu falava que não era uma questão apenas de eu ser um profissional, mas sim uma questão de como eles desenvolviam a relação com o filho. Eles eram bem resistentes. (Entrevista Carlos, 2022, p. 10)

Nesta fala de Carlos é possível observar uma rejeição por parte dos pais tendo em vista a boa relação que foi construída entre ele e Danilo. Onófrio (2012) comenta que a família pode interferir negativamente em relação ao tratamento devido ao vínculo estabelecido entre o AT e o sujeito em sofrimento, podendo haver manifestações de

sentimentos como: ciúme, raiva, boicotes, entre outros. No caso de Carlos, o vínculo entre ele e Danilo causou uma situação de desconforto por parte dos pais, no que se refere ao relacionamento entre o AT e o seu acompanhado, ocasionando uma barreira na relação do AT com a família.

Esses pais eram muito agressivos comigo, desmereciam meu trabalho em razão da minha aparência, e sem contar nas várias orientações que eram dadas e eles simplesmente ignoravam. Porque para eles era muito difícil sair desse lugar de pai e mãe, pois é o que você consegue ser, é muito difícil mudar esse comportamento, se quem está falando para você mudar é alguém que você não respeita. (Entrevista com Carlos, 2022, p. 7)

Na fala acima, Carlos relata outra situação com a mesma família, em que tanto Cerqueira (2002) quanto Onófrío (2012) abordam em seus estudos, a presença do AT como “O Intruso”. Muitas vezes a entrada do AT na família pode gerar um sentimento ambivalente entre o alívio e a angústia, provocando uma dificuldade de aceitação a uma pessoa de fora da dinâmica familiar. O relatado por Carlos trata-se justamente desta dificuldade de a família aceitar a presença do AT, o tratando como um invasor, e muitas vezes rejeitando as orientações ou resistindo às intervenções.

Uma terceira situação abordada por Carlos, traz um contexto em que o indivíduo e seus familiares apresentam uma relação complexa. Há famílias em que o sujeito tem dificuldades de se separar do grupo familiar, e vice-versa. Lidar com esse vínculo é um ponto delicado para o AT, contudo, é necessário demarcar essa relação, uma vez que ela pode se tornar desmedida (ONÓFRIO, 2012).

Não é incomum a gente conversar com a família, mas esse diálogo fica dentro do necessário. Eu encontrava esses familiares três vezes ao ano, porque todas as vezes que eu encontrava esse menino na presença da mãe, ele não conseguia fazer a sessão comigo. Porque a mãe era tão invasiva, de pegar no corpo dele, mexer na cabeça, publicamente, na frente de todos que gerava um constrangimento, e o menino falava: ‘ai tô passando mal, vou me deitar.’ (Entrevista com Carlos, 2022, p. 9)

A fala de Carlos elucidada que muitas vezes os familiares têm dificuldades de compreender seu papel no processo terapêutico, no entanto, é necessário que o AT opere nas fronteiras da relação entre o sujeito e a família. Vale ressaltar que os familiares não são elementos negativos na relação, mas algumas vezes é necessário que haja uma demarcação nessas fronteiras a fim de se alcançar os objetivos propostos no tratamento do AT. Ou seja, para que o indivíduo consiga estabelecer novas relações com o meio.

Para isso, é importante compreender o lugar que a família coloca o sujeito, e o lugar que o sujeito se coloca dentro da relação. Patrícia apresenta uma fala interessante acerca do lugar que muitas vezes a família coloca o sujeito e o papel do AT de romper com os estigmas.

À medida que eu coloco minha filha no lugar de doente, de incapaz, fica difícil para ela não responder de outro lugar, então a pessoa vai ficando cronicada nesse lugar de doente e incapaz, e nosso trabalho é desconstruir esse lugar. Não é porque tem um diagnóstico que essa pessoa não possa ter um funcionamento na sociedade, uma circulação, ter uma vida, uma autonomia e qualidade de vida. (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 15)

Desta forma, é necessário pensar em maneiras de se aproximar dessa família. No trecho abaixo da entrevista com Patrícia é relatado como ela e a equipe trabalham na aproximação deles com os familiares, de forma a sensibilizar os mais relutantes em relação ao Acompanhante Terapêutico.

Mostrando de forma que eles entendam que eles têm importância ali, que eles têm um papel, que se eles não se conscientizarem de sua função em relação ao seu familiar, não tem como a gente ajudar. Eles denunciam muitas vezes os problemas familiares, então é um trabalho que vai sendo feito em conjunto. Uma coisa não caminha sem a outra, e enquanto a família não tiver um olhar diferenciado para esse paciente, ele não vai responder de outro lugar a não ser o lugar em que seu diagnóstico o colocou (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 14).

Giovana relata sobre como foi o contato entre ela e sua equipe com um dos familiares de Maria.

Quando acionamos a irmã da paciente, percebemos uma resistência dela em se inserir nesse momento. O medo da irmã era em relação ao benefício que a Maria recebia, pois Maria precisava do dinheiro, mas não conseguia administrar, então a irmã gerenciava por ela. Outro medo era porque Maria se envolvia com traficantes, e a irmã tinha medo que algo lhe acontecesse. Então, o primeiro impacto dela foi dizer 'não, não vou fazer isso'. No entanto, nós (Giovana e a equipe) estivemos com esse familiar nos primeiros momentos, até que Maria conseguiu ter uma percepção maior sobre si, e a irmã foi ajudando no desenvolvimento da autonomia (Entrevista com Giovana, 2022, p. 9).

Aqui, é possível observar que o impasse da família estava presente em razão do estado de vulnerabilidade que Maria se encontrava, um medo legítimo. A equipe realizou um trabalho juntamente com a irmã de Maria, mostrando-lhe a importância da sua participação no tratamento, com isso, possibilitaram o desenvolvimento da independência e autonomia de Maria. Ou seja, tanto a fala de Giovana quanto a de Patrícia, mostra a importância de envolver a família no processo terapêutico, viabilizando uma relação horizontalizada entre AT e família.

Assim, pode-se pensar que dentro do trabalho do AT cabe ao profissional compartilhar e experienciar junto à família as potencialidades do tratamento, estabelecendo qual o papel de cada um dentro desse processo. Como citado no capítulo 3 deste trabalho, é muito comum os papéis se confundirem dentro do Acompanhamento Terapêutico, e apesar de ser um desafio é importante delinear as responsabilidades dos envolvidos no processo terapêutico (OLIVEIRA, 2018), definindo uma relação de parceria com a família deixando-a sempre a par do que é feito no acompanhamento, ao mesmo tempo respeitando os processos

singulares de cada pessoa acompanhada, criando um elo entre: família - AT - indivíduo (ONÓFRIO, 2012).

Neste tópico vimos que muitas vezes é criada uma relação ambivalente entre o AT e a família no cuidado do indivíduo em sofrimento. Assim, ao mesmo tempo que a família pede ajuda, a presença constante do AT pode gerar um sentimento de desconforto, podendo ocasionar em um bloqueio na relação. Dessa forma, as falas dos profissionais aqui citadas mostram a importância de se estabelecer uma relação horizontalizada com as famílias, tendo em vista que ela é uma parte essencial no tratamento, devido ao vínculo com o sujeito em sofrimento. E também, como visto nos tópicos anteriores, muitas vezes o sofrimento do sujeito está relacionado à dinâmica familiar, com isso, mostra-se a importância de delinear os papéis de cada um no processo terapêutico a fim de criar um elo entre a família, o AT e o sujeito.

5.2.4 O CUIDADO PARA PODER CUIDAR

“A relação do acompanhante com a família constitui para o primeiro verdadeiro desafio e para enfrentá-lo deverá fazer uso de toda sua perspicácia e serenidade.” (MAUER & RESNIZKY, 1987, p. 87)

A fala de Mauer e Resnizky afirma que é um desafio estabelecer uma relação com a família, contudo, não é impossível. No tópico anterior abordei sobre alguns obstáculos que podem surgir no encontro entre a família e o acompanhante. Aqui iremos falar sobre a importância do cuidado com esses familiares. O estudo realizado por Martins e Guanaes-Lorenzi (2017) mostra que os familiares entrevistados descrevem sua participação como sendo positiva no momento em que sentem acolhidos, cuidados e apoiados na presença do adoecimento com seu familiar.

“... com a família a gente entende que é fundamental. Muitas vezes o trabalho se dá com a família, a gente vai fazendo intervenções na forma como essa família enxerga esse paciente. Quando a gente vai operando e desconstruindo alguns estigmas, vamos conseguindo ajudar em relação a alguns limites que precisam ser colocados. A gente percebe que isso paralelamente terá efeitos no paciente, porque o meio social é a família, né?” (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 11).

Na fala, alguns pontos chamam a atenção. Primeiro, o trabalho que se dá inicialmente com a família e as intervenções que se constroem na forma de enxergar o sujeito em sofrimento, segundo, o momento onde a família passa a compreender o que acontece com seu familiar adoecido, pois a sua relação tanto com o diagnóstico quanto com o sujeito se modificam. Onófrío (2012) faz uma breve reflexão sobre a família do paciente com o AT e afirma que o trabalho tem que ser realizado com toda família, além do sujeito em sofrimento,

porque é desse esforço com os familiares em contribuir juntamente com o AT que depende a eficácia do tratamento.

Muitas vezes nosso trabalho com a família é no sentido de operar separações. Então não significa que a gente vai estar com a família o tempo todo, presente em diálogo ou convocando a família estar presente. Às vezes as intervenções são no sentido de entender que o que é preciso para aquela família é operar separações, limites, respeitar a singularidade do paciente. (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 12)

Como consta no tópico anterior, muitas vezes o trabalho do AT está em prestar atenção nessa relação que os familiares estabelecem com o sujeito e buscar formas de intervir juntamente com esses, para que seja realizado o exercício de desenvolvimento da autonomia desse indivíduo (FERNANDES, 2012). Entretanto, Patrícia cita um caso de uma mulher de 31 anos, com um laço de dependência muito grande em relação aos pais, a mãe sempre cuidando e fazendo de tudo, e o pai ausente.

A escuta e o acolhimento com esses familiares, me permite identificar as resistências. O pai nega os problemas que a filha tem. E aí, ao escutar a mãe, eu escuto uma mãe cansada, muito sobrecarregada, onde tudo sobra pra ela, ela não consegue contar com o pai. E aí, quando eu vou escutar o pai eu percebo que de fato tem uma dificuldade dele de se aproximar da filha por um sofrimento dele. (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 13)

Aqui, encontramos uma família em que de um lado há uma mãe sobrecarregada e do outro um pai que nega a realidade e assim se afasta. É uma estrutura familiar que se encontra em desequilíbrio, havendo cuidadores também em sofrimento e com dificuldades em estabelecer outras relações com o adoecimento de sua filha. Nesse sentido, vale lembrar que as famílias entram em sofrimento junto ao sujeito que adocece, e muitas vezes o acompanhante é requisitado pela família para poder receber orientações e explicações sobre o diagnóstico, como dito no capítulo 3 deste estudo. Contudo, Oliveira (2018) irá negar o papel do AT enquanto orientador, a autora afirma que ao surgir esse momento em que a família pede uma orientação ou uma explicação para o AT, muitas vezes esse pedido se traduz como uma aflição desses familiares. Assim, o AT direciona seu olhar para a família compreendendo que nesse pedido há uma angústia, a acolhe e em seguida busca formas de sensibilizá-la perante o sofrimento de seu familiar.

Eu preciso sensibilizar esse pai, porque a mãe tá sobrecarregada, e ao estar sobrecarregada ela não consegue agir de um outro jeito senão ceder às demandas da filha. Então, eu preciso sensibilizar esse pai convocando ele a conversar para falar sobre o medo de lidar com a filha, as dificuldades que se encontram, sensibilizando também sobre a situação da menina... (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 14)

Patrícia procura fazer o que Onófrio (2012) comenta sobre o estabelecimento de vínculo com os familiares e a partir disso pensar um cuidado em conjunto. Entretanto, ainda assim, para realizar esta parceria é necessário cuidar dessa família, tendo em vista que muitas

vezes elas estão exaustas e não sabem como agir para lidar com o sofrimento psíquico do sujeito (ONÓFRIO, 2012; FERNANDES, 2012).

Quando a gente pensa nessa perspectiva de articular uma rede de cuidado ao redor do paciente, essa rede também contempla o cuidado com a família. Se a gente entende que a família está a mais tempo com a pessoa ou dependem de cuidados da família, muitas vezes vê-se a dificuldade da pessoa de ter autonomia [...] Então a gente entende que também é importante a gente articular uma rede de apoio para os familiares. (Entrevista de Patrícia, 2022, p. 15)

Na fala de Patrícia encontra-se algo bem importante que diz respeito a rede de apoio para os familiares, ou seja, uma rede que vai além do cuidado com o sujeito em sofrimento, pois compreende-se que o sofrimento também está presente na família, como citado anteriormente por Mauer e Resnizky (1987). Para tanto, é importante pensar em formas de cuidar da família, como por exemplo: terapias familiares ou individuais (FERNANDES, 2012).

Então eu falei para essa mãe procurar ajuda com outras pessoas para cuidar de sua filha, para que ela possa ter mais tempo livre, ir ao médico, cuidar da saúde, fazer uma psicoterapia ou uma terapia de família... (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 16)

Carlos também fala: “Aconselho a fazerem uma psicoeducação, uma terapia familiar, para vocês aprenderem como cuidar...” (Entrevista com Carlos, 2022, p. 9). Contudo, esta fala aponta para uma visão reducionista do cuidado com a família, colocando-a em um lugar passivo em que para compreender o sofrimento de seu familiar, é necessário que passe por um profissional - que carrega todo o conhecimento sobre o adoecimento. Essa lógica não respeita a relação horizontal que procura ser estabelecida entre o profissional e o paciente, no intuito de ser findada a desigualdade de saberes (RESENDE, 2015). Dessa forma, o profissional não detém todo saber, e o paciente não se torna inerte no processo. Pelo contrário, é um conhecimento que vai sendo construído em conjunto, sendo o AT um facilitador do processo.

Ambos os profissionais apontam para um tratamento voltado aos familiares em relação ao cuidado com o sujeito, mas são propostas de intervenções diferentes. Enquanto de um lado compreende-se a importância de sensibilizar esses parentes, do outro, o conhecimento acerca do adoecimento é terceirizado e colocado de forma hierarquizada. O cuidado com a família deve vir de um lugar harmonioso em que ela possa estabelecer uma relação tanto com o sujeito em sofrimento quanto com o AT. Dessa forma, o trabalho do AT ao sensibilizar as famílias oportuniza modificações nas atitudes no que se refere ao acompanhado.

Por fim, após pensar nas estratégias de lidar com a família, também são feitas intervenções com a mesma no decorrer do processo de tratamento terapêutico. Essas intervenções são feitas de forma breve e muitas vezes informal, como fala Patrícia:

Muitas vezes as intervenções são feitas no corredor, não precisa necessariamente marcar sessões formais com a família, às vezes uma conversa no corredor indo embora da casa ou um telefone para pegar um endereço com a família, você já faz uma intervenção, você faz uma escuta, você opera um corte ali. É um trabalho muito dinâmico, de você estar atento às intervenções que se dão no cotidiano. Nesse momentozinho de conversa, de bate-papo uma coisa inesperada acontece, e é importante a gente estar presente para intervir na hora. Isso já tem um efeito muito importante no caso. (Entrevista com Patrícia, 2022, p. 12)

Essas intervenções no corredor, Lancetti (2011) vai denominar de *peripatetismo*. A clínica peripatética se baseia na ideia de uma clínica que acontece nos espaços urbanos. O Acompanhamento Terapêutico consiste nesse transitar pela cidade com indivíduos em sofrimento psíquico do tipo psicótico ou alterações psíquicas graves. Logo, as intervenções feitas no corredor, ou em trânsito, vão acontecendo informalmente, tornando-se parte do tratamento, fugindo do aspecto formal e possibilitando o fortalecimento de vínculo entre a família e o AT (FERNANDES, 2012).

5.3 REINTERPRETAÇÃO

“É muito difícil a gente fingir que é normal para parecer que está tudo bem e conseguir a aprovação das pessoas, porque viramos um sepulcro caído com aparência e atitudes ótimas e por dentro destruído, com tendências suicidas” (AZEVEDO, 2007, p.75)

Assim como os devaneios e fantasias acometem a todos nós ao longo de nossas vidas (TEIXEIRA, 2001), todos fugimos da realidade seja por meio do pensamento, de um livro ou de um filme. É comum assistirmos a um filme de ficção e pensar como seria nossa vida se estivéssemos nesse contexto. No livro *A História Sem Fim*, trecho compartilhado abaixo e na epígrafe, no presente trabalho, retrata a realidade e a fantasia colidindo, é um conto que te envolve por ser interativo, o grande *insight* está no nome, é uma história que nunca acaba, sempre que pegar o livro para ler, a realidade e a fantasia sempre estarão em conflito.

É por isso que os homens temem e odeiam Fantasia e tudo o que dela vem. Querem aniquilá-la. Mas não sabem que, ao fazê-lo, aumentam a torrente de mentiras que cai ininterruptamente em seu mundo... essa torrente de seres desfigurados, tão diferentes do que eram em Fantasia, e que são obrigados a levar, no mundo dos homens, uma existência de cadáveres vivos, envenenando a alma dos homens com seu odor putrefato. Os homens não sabem disso. Não é divertido? (A HISTÓRIA SEM FIM, 1979, p. 126).

O que quero dizer é que fantasiar a realidade faz parte da vida do ser humano, e muitas vezes, em função de uma sociedade imediatista tentamos acabar com os sonhos e fantasias, sendo que eles têm uma função importante na nossa vida. Freud (1900) compreende que a fantasia tem uma estrutura parecida com a de um sonho. “Dizer que

devanear é como ‘sonhar acordado’ não é apenas uma bela metáfora sem maiores razões de ser” (TEIXEIRA, 2001, p. 80). Entretanto, muitas vezes censuramos as fantasias e a imaginação dentro de nós, e conseqüentemente censuramos a fantasia do outro também.

Uma pessoa com sofrimento psicótico está, como vimos no capítulo 1, tentando se adequar a um mundo que não o compreende e, como vimos tanto na literatura como na experiência dos profissionais de AT, seu delírio não é bem vindo, uma vez que socialmente rejeitamos aquilo que não condiz com a realidade existente no suposto mundo “normal”, mundo esse que não se abre para formas diferentes de existir e sofrer. Pensar em termos do sofrimento psíquico é algo que vem inspirado pelo trabalho de Costa (2010) que compreende o sofrimento psíquico como um fenômeno existencial humano que tange o arco existencial e subjetivo, e não um conjunto de sintomas e sinais previamente definidos por questões fixas e imutáveis. Tal perspectiva visa o sofrimento como

[...] uma resposta que o sujeito tem ao pertencer ao espaço afetivo, relacional, histórico e social. Ainda que os sintomas expressos pelo sujeito sejam semelhantes aos de outras pessoas, a manifestação subjetiva do sofrimento é sempre exclusiva do indivíduo e irreduzível, ou seja, impossível de ser enquadrada em uma classificação geral (COSTA, 2010, p.60).

Trago a reflexão acima para poder pensar acerca da psicose e como a sociedade tende a rejeitar aquele que destoa. Muitas vezes quando se pensa em psicose é transmitido a ideia de um fenômeno psiquiátrico incluindo audição de vozes, alucinações, delírios, entre outros. Contudo, o sofrimento psicótico, como qualquer sofrimento, envolve uma questão de existência que vai para além de uma suposta “doença”, ou seja, é uma questão de como o sujeito se percebe e consegue estar no mundo (TENÓRIO, 2001). O que Azevedo denuncia em sua fala e em nossa epígrafe, diz respeito à chance de ser protagonista em uma sociedade que tem dificuldade de aceitar o diferente. Quando se fala de Acompanhamento Terapêutico com indivíduos em sofrimento psicótico se visa justamente o resgate de seu protagonismo e autonomia, aí incluídas as questões materiais e funcionais, como o retorno ao mercado de trabalho, mas também o retorno do poder contratual (TENÓRIO, 2001), que a pessoa possa falar por si, o que quer e onde quer chegar tendo em vista seu projeto de vida. O AT busca abranger todos esses aspectos.

O que me chama atenção nas informações qualitativas produzidas neste estudo é o cuidado dos profissionais em lidar com o sofrimento psicótico sensibilizando o olhar dos familiares para isso. Lobosque (2001) afirma que a experiência da “loucura” não é vivida apenas por esses indivíduos em sofrimento, a experiência atravessa todos na família e é

importante que a família tenha o apoio e o auxílio para lidar com esse sofrimento psíquico que diferencia dos demais.

O trabalho do Acompanhante Terapêutico vem de um lugar de vários desafios, dentre eles o de trabalhar juntamente com as famílias do sujeito em sofrimento psicótico. Porque para isso é necessário romper diversas barreiras acerca dos estigmas relacionados ao diagnóstico. Foi visto que muitas vezes a família tende a potencializar a crise, e ao procurar ajuda reconhece as concretas dificuldades de lidar com a situação, por isso é necessário que haja um trabalho colaborativo entre o profissional e os familiares (ONÓFRIO, 2012; FERNANDES, 2012).

Nesse sentido, é necessário olhar para cada pessoa e compreender que ali tem alguém que vive em uma situação particular em um sofrimento específico. Esse sofrimento, por mais diferente que seja, é repleto de sentidos e significações e criar espaços e tempos de interlocução é sempre possível (LOBOSQUE, 2001). As famílias entram também em profundo sofrimento e muitas vezes buscam o AT como último recurso para ajudá-las.

Em diversas situações, a família pode acabar criando barreiras à relação terapêutica com o AT. No entanto, é importante pensar que o AT é uma pessoa estranha, e ao chegar para acompanhar um sujeito que está em sofrimento psíquico intenso, a família pode se sentir invadida em seu ambiente natural (MAUER E RESNIZKY, 1987). Para isso, vê-se a importância de se ter uma relação horizontal com os familiares presentes, no sentido de também valorizar os conhecimentos e saberes dessas famílias, na medida em que acolhe seu sofrimento e auxilia na desconstrução de estigmas, convocando-a nesse processo para que assim possa compreender seu papel e se envolver no acompanhamento. E como visto diversas vezes durante as falas dos profissionais e também de Onófrio (2012), quando a família se implica no tratamento, então o processo pode se tornar mais rico para ambos os lados, tanto o dos familiares quanto o do acompanhado. Dessa forma, tanto o sujeito quanto sua família aprendem acerca do adoecimento e conseguem ampliar a criação de vínculo com o meio, seja esse existencial ou geográfico (MARQUES, 2013). Também há de ser levado em consideração que assim como a família torna-se uma rede de apoio ao acompanhado, algumas vezes é importante que os familiares encontrem a própria rede de apoio, para assim ter momentos para si e dividindo o cuidado com outros agentes no processo, como visto na fala da entrevista Patrícia, no último tópico da análise formal.

Destacamos assim a importância do reconhecimento do papel da família dentro do processo de AT, de forma a desconstruir certos estigmas acerca do diagnóstico e também a

convidando a rever sua dinâmica familiar. Como afirmam Mauer e Resnizky (1987) é necessário que dentro dessa família haja uma reconstrução em sua dinâmica.

Outra coisa que observei e gostaria de trazer para esse trabalho é: muitas vezes quando se pesquisa acerca da prática do AT normalmente é encontrado uma definição como: “auxilia na reabilitação social do sujeito”. Tenório (2001) aponta que o termo “reabilitação” remete a uma noção médica ligada à ideia, por exemplo, da reabilitação ortopédica. A reforma psiquiátrica busca reformular a noção de reabilitação, pois compreende que é uma visão muito mecanizada de algo que é muito mais complexo, logo, o termo não abrange a grandiosidade da ideia de reinserir um sujeito socialmente. Para Goldberg, citado por Tenório (2001, p. 63) a reabilitação psicossocial consiste em “oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis. Chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente estabelece. Tratar e reabilitar são perspectivas indissociáveis”. Essa fala de Goldberg aponta para algo importante, o tratamento está onde “o paciente quer chegar”, aqui evidencia-se a noção de autonomia, que tanto se comenta no decorrer deste trabalho. A autonomia que se visa desenvolver no decorrer do tratamento do AT, é essa que respeita o acompanhado, o que ele quer alcançar, o que acha necessário. É importante ter em mente que o sujeito não é passivo no processo, e que o processo de reabilitação psicossocial é justamente o movimento de um sujeito que se reafirma como sujeito, restabelece seu poder contratual, se apropria do território e o AT é um dos facilitadores desse processo (TENÓRIO, 2001; RESENDE, 2015).

Tendo isso em mente, e toda a discussão elaborada neste tópico acerca da família no acompanhamento terapêutico, compreendo que essa participação torna-se imprescindível. Pois a família enquanto agente social na vida do sujeito que também vivencia o sofrimento, ao se inserir no processo tem a oportunidade de ampliar sua visão acerca do diagnóstico, além de presenciar e contribuir para o desenvolvimento da autonomia e reinserção do mesmo na sociedade, podendo ser um parceiro importante para o rompimento de estigmas e preconceitos, que o esquivamento da sociedade não permite compreender.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho é fruto de um estudo de cunho qualitativo sob a vivência de profissionais atuantes na prática do AT. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e elaboradas a partir dos objetivos aqui propostos, mas em função da pandemia e da distância geográfica as mesmas foram realizadas na modalidade *online*. Percebemos diferentes formas de participação e o impacto da inclusão das famílias no Acompanhamento Terapêutico.

No decorrer do estudo foi visto que a família quando inserida dentro do Acompanhamento Terapêutico adquire diversas influências ao longo do processo. Compreende-se a importância do primeiro contato com a família e assim como é pensado o cuidado com esse indivíduo. Foi observada a importância de estabelecer um vínculo inicial com a família, porque muitas vezes a mesma estranha a presença do AT em sua dinâmica, assim, torna-se mais fácil estabelecer uma relação quando esta é iniciada desde o primeiro contato. A família quando presente no processo terapêutico pode contribuir de forma a quebrar os estigmas relacionados ao sofrimento do acompanhado, assim como ajudar no desenvolvimento da autonomia e independência do sujeito. Dessa forma, a partir do momento que a família compreende o que acontece, modifica seu olhar tanto para o fenômeno do adoecimento quanto para a forma do sujeito ser, contribuindo para que ele possa criar novas relações com o meio, tanto existencial quanto geográfico. Por último, foi visto neste estudo a importância da família de encontrar uma rede de apoio, e assim ser cuidada. Sabe-se que o papel da família no acompanhamento terapêutico torna-se frequentemente estressante e exaustivo, logo, ao encontrar uma rede de cuidado para essa família, isso possibilita uma diminuição da sobrecarga desses familiares, e também contribui no encontro da família dentro do AT.

Logo, a inserção da família dentro do Acompanhamento Terapêutico torna-se essencial uma vez que é possível observar as diversas potencialidades de sua participação juntamente com o sujeito em sofrimento. A prática do AT, apesar de pouco difundida, é uma opção para um cuidado, principalmente, para aqueles que não se adequam ao método clínico tradicional.

De forma pessoal, o trabalho teve um impacto direto na minha formação e ao ampliar os horizontes acerca do cuidado com a família. Por motivações pessoais escolhi o tema, e ao realizar a entrevista com os profissionais foi possível compreender melhor acerca do Acompanhamento Terapêutico e a importância de sua prática para a clínica das psicoses e mais ainda, para o cuidado com as famílias.

O presente estudo possibilitou compreender a partir da perspectiva dos profissionais, se limitando a elas. Com isso, sugere-se que para futuros estudos do mesmo tema, a fim de ampliar os argumentos e a visão do papel da família dentro do AT, que sejam realizadas entrevistas com famílias que tenham passado pelo AT, assim como também entrevistas que capturem a experiência de pessoas com sofrimento psíquico que também tenham se beneficiado com a prática do AT.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI NETO, Manoel de Lima; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicologia: Ciência e profissão*, v. 33, p. 964-975, 2013.
- ALBERTI, S. et al. O Acompanhamento Terapêutico e a psicanálise: pequeno histórico e caso clínico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 20, n. 1, p. 128-141, 2017.
- BARRETO, LIMA (1920) Cemitério dos Vivos; Belém: Universidade da Amazônia.
- BENEVIDES, PATRÍCIA GOMES. A PRODUÇÃO DO CUIDADO: articulação com o processo de referência e de contrarreferência na rede de serviços de saúde mental de Fortaleza-Ce. Fortaleza: EdUECE, 2009.
- BERTOLETE, J. M. (1996). Em busca de uma identidade para a Reforma Psiquiátrica. In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 155-158), São Paulo, SP: Hucitec.
- BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 456-468, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas 2009*. Workshop MPF. Coordenação de Saúde Mental, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília-DF, 2001.
- Camila Trevisol Fernandes – Acadêmica de Psicologia (PUCRS). Formada no “Curso de Capacitação em Acompanhamento Terapêutico” da CTDW <<https://siteat.net/camilafernandes/>>
- CARDELLA, B. H. P. O Cuidado, a Hospitalidade, e o terapeuta Anfitrião. Cap. 2 pp. 50 a 74. Em *De volta para casa: ética e poética na Clínica Gestáltica Contemporânea*, SP: Amparo, 2017
- CAUCHICK, M. P. *SORRISOS INOCENTES E GARGALHADAS HORRIPILANTES: INTERVENÇÕES NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO*. São Paulo: Annablume, 2001.

- CERQUEIRA, A. (2002) Acompanhamento Terapêutico: Um Olhar Sobre a Família. Disponível <<https://siteat.net/acompanhamento-terapeutico-um-olhar-sobre-a-familia/>>
- COSTA, I. I. (Org.). Crises psíquicas do tipo psicótico: diferenciando e distanciando sofrimento psíquico grave de “psicose” In: _____. Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa. Brasília: Kaco, 2010. p. 57-63.
- COSTA-ROSA, A. (2000). O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Ed.), Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CUNHA, Amanda Candeloro; PIO, Danielle Abdel Massih; RACCIONI, Thaís Munholi. Acompanhamento terapêutico: Concepções e possibilidades em serviços de saúde mental. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, p. 638-651, 2017.
- CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, educação e saúde, v. 18, 2020.
- DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Campinas: artmed, 2019. p. 21-438.
- DE ARAÚJO PITIÁ, Ana Celeste; DOS SANTOS, Manoel Antônio. O acompanhamento terapêutico como estratégia de continência do sofrimento psíquico. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 2, n. 2, p. 01-18, 2006.
- DE ARAÚJO PITIÁ, Ana Celeste; DOS SANTOS, Manoel Antônio. O acompanhamento terapêutico como estratégia de continência do sofrimento psíquico. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 2, n. 2, p. 01-18, 2006.
- DE MAUER, Susana Kuras; RESNIZKY, Silvia. Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos. Papirus editora, 1987
- DEMO, P. Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos. 5a ed. Campinas: Papirus, 2012.
- DUARTE, Sílvia Louzada. Análise da Política de Saúde Mental no Brasil. Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social, v. 1, n. 1, 2015.
- ENDE, M. (1979) A HISTÓRIA SEM FIM
- FIORATI, Regina Celia. Acompanhamento terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica. 2006. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- FIRMINO, H. (1982). *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: CODECRI.

FULLIN, B.O. (2018) Do modelo manicomial à reforma psiquiátrica: percepções acerca das residências terapêuticas em Barbacena - MG. Tese de Monografia. Universidade Federal de Viçosa.

_____. (1893/1895) Estudos sobre a histeria. Edição 16. Companhia das Letras, 2011.

_____. (1900) *A interpretação dos sonhos. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IV.

_____. (1924 [1923]) *Neurose e Psicose. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IV.

_____. (1924) *A perda da realidade na neurose e psicose. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IV.

Acesso em 06/06/2022.

FLICK, U., VON KARDORFF, E; STEINKE, I. (Orgs.) (2000). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. [O que é pesquisa qualitativa? Uma introdução.]. Em U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke, (Orgs.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch [Pesquisa qualitativa - um manual]* (pp. 13-29). Reinbek: Rowohlt.

FRANCO, S.G.; BERLINCK, M.T; WONDRACEK, K. H. K. (2014) Mandrágoras, clínica psicanalítica: Freud e Winnicott (p.75-94). São Paulo: Primavera Editorial (2013).

FREUD, S. (1923) O Eu e o ID, "Autobiografia" e outros textos (1923/1925). Edição 16. Companhia das Letras, 2011

GONZÁLEZ REY, Fernando. Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning, 2005.

GOULART, M. S. B., DURÃES, F., MOTTA, J. M., BARROS, H. L., CUNHA, C. N., SILVA, E. R., & PENNA, P. (2007). *Instituto Raul Soares - o hospital na Reforma* (Relatório final da pesquisa). Belo Horizonte: PUC Minas, Laboratório de Psicologia Social e Diretos Humanos.

GONÇALVES, Laura Lamas Martins; BARROS, Regina Duarte Benevides de. Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, p. 108-116, 2013.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL[GDF] (2000). Secretaria de Estado de Saúde. Secretaria de Planejamento. Plano de Saúde – 2000. Brasília.

- GRECO, M. G. (2000). Acompanhante terapêutico: o guia das cidades invisíveis. Belo Horizonte: Mimeo.
- GUANAES, C. (2000). Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais: exploração de alguns limites e possibilidades (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 201-209, 2006.
- HEIDRICH, Andrea Valente; BERNDT, Dulce Pinheiro; DIAS, Miriam. As conferências nacionais de saúde mental e o paradigma da desinstitucionalização. 2017.
- Isadora Pellegrini Onófrio – graduanda em Psicologia (PUCRS). Formada no “Curso de Capacitação em Acompanhante Terapêutico” da CTDW <<https://siteat.net/isadora/>>
- LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 3ª ed, 2016
- LIMA, GUSSI & ARAÚJO. Avaliação da política de saúde mental no cariri cearense a partir de um movimento impulsionador antimanicomial (2022)
- LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P.; LIMA, C. C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. *Revista gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre. Vol. 20, n. especial (1999), p. 130-142, 1999.
- LIMA, M. G. (1993). Política e assistência da saúde mental na Fundação Hospitalar do Distrito Federal. *Revista de saúde do Distrito Federal, Brasília*, (4), 1-4.
- LIMA, M. G. (2002). Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Um estudo do Hospital São Vicente de Paulo. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- LOBOSQUE, Ana Marta. Princípios para uma Clínica Antimanicomial. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 32, 2017.
- MÉLLO, Ricardo Pimentel. Linhas do Tempo: Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: Tecendo redes clínico-políticas: emergências a experiência do acompanhamento terapêutico, por meio de estágio curricular, na cidade de fortaleza. 1. ed. Porto Alegre: rede unida, 2022. p. 4-13.
- MEYER, Gabriela Rinaldi. Algumas considerações sobre o sujeito na psicose. *Ágora: Estudos em teoria psicanalítica*, v. 11, p. 299-312, 2008.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha Guia da Saúde Mental. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MORETZSOHN, J. A. (1989). *História da psiquiatria mineira*. Belo Horizonte: COOPMED Editora.

NOGUEIRA, Anamaria Batista. O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte. *Psicologia em Revista*, v. 15, n. 2, p. 204-222, 2009.

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

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

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 27, p. 22-31, 2007.

PIRES, F. S. (1959). *Lopes Rodrigues, "o louco"*. Rio de Janeiro: UFRJ.

PITIÁ, A. C. A. *Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*. 1ª edição – São Paulo: Vetor, 2005.

PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 67-77, 2009.

PITTA, A. (1996). O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje. In A. Pitta (Org.),

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
<<https://www.saude.ce.gov.br/tag/saude-mental/>>

QUE QUEREMOS, A. *Reforma Psiquiátrica*. Caderno Saúde Mental.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa. (Des) construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. *Saúde e Sociedade*, v. 19, p. 569-583, 2010.

QUINET, A. *A estranheza da Psicanálise*. Editora ZAHAR, 2009.

RATTI, R. M. S. (1986). *Evolução histórica das políticas de Saúde Mental em Minas Gerais - O caso do Instituto Raul Soares*. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Farmácia e Bioquímica, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RAYMUNDO, M. B. et al. (2004). Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento. Porto Alegre: UFRGS. Reabilitação Psicossocial no Brasil (pp. 19-26). São Paulo, SP: Hucitec.

REIS NETO, Raymundo de Oliveira; TEIXEIRA PINTO, Ana Carolina; OLIVEIRA, Luiz Gustavo Azevedo. Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 31, p. 30-39, 2011.

ROLNIK, Sueli. Clínica nômade. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (org). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997.

SANTIAGO, Marina Agra. Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF. 2009.

SANTOS, Lúcia Grossi dos; MOTTA, Juliana Meirelles; DUTRA, Maria Cristina Bechelany. Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, p. 497-514, 2005.

SANTOS, R. J. (1995). Instituto Raul Soares: história e memória. *ARTIGOS*, 1(1), 9-34.

SAÚDE, Ministério Da. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. 1. ed. Brasília: [s.n.], 2005. p. 6-56.

SERAPIONI, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(0), 243-253. doi: 10.1590/S1413-81232005000500025

SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. (2011). A família em saúde mental: Subsídios para o cuidado clínico em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1237-1242. doi: 10.1590/S0080-62342011000500029

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 19, n. 2, p. 540-560, 2019.

TEIXEIRA, Thaís de Souza. Delírio, fantasia e devaneio: sobre a função da vida imaginativa na teoria psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 4, p. 67-88, 2001.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. 1ª edição. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VERONESE, M. V. e GUARESCHI, P. A. Hermenêutica de profundidade na pesquisa social. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio de Sinos – UNISINOS, 2006. Vol. 42. n° 2. p. 85 a 93. Disponível em<:http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6019/3194>.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE
Cuidado em Relação à Família no Acompanhamento Terapêutico com Pessoas Em
Sofrimento Psíquico do Tipo Psicótico

Instituição das pesquisadoras: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Pesquisadora responsável: Prof^ª. Dra. Tania Inessa

Pesquisadora assistente: Beatriz Agra Ramos Santana

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 deste estudo é o de analisar a importância da família enquanto cuidadora e inserida no Acompanhamento Terapêutico com indivíduos em sofrimento do tipo psicótico.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser um (a) profissional que realiza Acompanhamento Terapêutico com indivíduos em sofrimento do tipo psicótico.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em uma entrevista semiestruturada com a pesquisadora.
- O procedimento é esta entrevista em que serão abordadas perguntas acerca de sua vivência com os familiares de indivíduos em sofrimento psíquico e também com os indivíduos em sofrimento psíquico. É esperado que tenha experiência de no mínimo dois anos. A entrevista será gravada.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

- A pesquisa será realizada no lugar de sua preferência, podendo ser presencial ou de forma remota. Sendo que, se necessários, a entrevista presencial irá possuir EPIs (Equipamento de Proteção Individual).

Riscos e benefícios

- Este estudo possui riscos de evocar conteúdos emocionais, os quais serão acolhidos pela pesquisadora e se o participante desejar, ele poderá interromper a entrevista e se necessário haverá o encaminhamento para uma rede de apoio.
- Medidas preventivas serão tomadas durante as entrevistas para minimizar qualquer risco ou incômodo: as entrevistas serão conduzidas de forma que o participante se sinta confortável.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá contribuir para maior conhecimento sobre o papel da arte e da dança em cuidados de saúde mental.

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.
- As gravações da entrevista ficarão sob a responsabilidade de Beatriz Agra Ramos Santana 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. 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

Dra. Tania Inessa Martins de Resende/ (61) 99771763/ tania.resende@ceub.edu.br

Beatriz Agra Ramos Santana/ (61) 982997363/ beatriz.agra.rs@gmail.com

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

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEP/707/907 Via W 5 Norte

Bairro/CEP/Cidade: Asa Norte – DF/ 70790-075

Telefones p/contato: (61)3966-1383

Endereço do (a) participante (a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr (a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto)

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

ANEXO 2**Roteiro de entrevista semiestruturada - profissionais**

- Fale sobre seu percurso de formação e atuação no campo da saúde mental.
- Como tem sido sua experiência trabalhando no acompanhamento terapêutico?
- De acordo com sua experiência, como tem sido o contato com as famílias? Como você tem manejado? Por me dar alguns exemplos?
- Quais os desafios que se encontra na comunicação com a família? Para você qual a importância dessa ponte?
- Fale um pouco sobre de que forma fatores culturais podem impactar no tratamento e na relação com as famílias.
- Como você acha que deveria ser o suporte para as famílias?
- Pode me dar exemplos de situações com os familiares no processo de AT, uma que foi benéfica e outra que foi prejudicial.