



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

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO CLÍNICO
ANTIMANICOMIAL E SUA IMPORTÂNCIA PARA A FORMAÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA**

Maria Giovanna Carrozzo Lins

Brasília, 2024

**O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO CLÍNICO
ANTIMANICOMIAL E SUA IMPORTÂNCIA PARA A FORMAÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA**

Maria Giovanna Carrozzo Lins

RA 21903104

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

Professora-orientadora: Tania Inessa Martins de
Resende

Brasília - DF

Junho/2024

Agradecimentos

À minha mãe, que me formou e me permitiu viver a vida com olhos muito sensíveis às dores e à beleza ao meu redor.

Ao meu pai, que me mostra como a existência é repleta de possibilidades e me proporcionou contato com a arte e a saúde mental.

Ao meu noivo, Fernando, que é meu lar, meu companheiro e me ensina diariamente sobre amar e ser amada, sobre viver e deixar viver.

À minha tia Carmem, que me segurou com toda a força nos momentos mais difíceis, me cuida, me ensina, me acompanha no choro e no riso.

À professora Tania Inessa, pelo cuidado, pelo afeto, pelas orientações, pelo apoio e pelos inúmeros ensinamentos e incentivos ao longo do curso e principalmente durante a escrita da monografia.

À toda minha família, em especial a minha avó, meu tio Salvatore, minhas tias amadas e meus primos queridos. Vocês trazem luz para minha alma. Aos meus sogros e cunhados, obrigada por me acolherem nesta nova família e me darem tanto carinho.

Às minhas maiores referências do Acompanhamento Terapêutico: Camila Rosa, Sara Bessa, Rui Teixeira e Máisa Gomes, pelas trocas, pelos afetos, pelos momentos e pela construção cuidadosa.

Aos meus amigos que me acompanharam desde muito tempo até aqui, sou muito grata ao apoio de vocês e às memórias que criamos juntos, que tenhamos muitas mais boas histórias para contar. Aos novos companheiros que conheci na psicologia, estamos juntos nesse percurso que escolhemos para nossas vidas.

Por fim, à História da minha vida, que me traz aqui.

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1: A Luta Antimanicomial Brasileira	3
Capítulo 2: O Acompanhamento Terapêutico	9
Capítulo 3: A Formação em Psicologia	14
Capítulo 4: Metodologia	20
Capítulo 5: Análise das Informações Qualitativas	23
5.1 Análise Sócio-Histórica.....	23
5.2 Análise Formal.....	37
5.2.1 A experiência de formação em psicologia.....	37
5.2.2 A formação de psicólogo e o desejo de mudança.....	45
5.2.3 O Acompanhamento Terapêutico e a formação antimanicomial	45
5.2.4 O Acompanhamento Terapêutico e seus ensinamentos.....	50
5.2.5 O Acompanhamento Terapêutico nos dispositivos públicos de saúde...56	
5.2.6 Acompanhamento Terapêutico e a falta de lugar.....	59
5.3 Reinterpretação.....	63
Considerações Finais	64
Referências	68
Anexo	72

Resumo

O presente trabalho discorre sobre mudanças necessárias para a formação do psicólogo em relação à postura antimanicomial, pensando o Acompanhamento Terapêutico como possível prática de extensão promotora da horizontalização do cuidado para a área da saúde mental. A pesquisa é de enfoque qualitativo, abarcando processos complexos e dinâmicos dos sujeitos, vistos como seres interativos e que são expressão da história e do contexto. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas com três psicólogos, que atuam com o Acompanhamento Terapêutico. As entrevistas permitiram a investigação das vivências de atores sociais e como essas são relacionadas a outros conteúdos da realidade social. A metodologia para análise das informações qualitativas utilizada foi a Hermenêutica de Profundidade, buscando compreender fenômenos complexos a partir de três eixos de análise, que são: a análise sócio-histórica, a análise formal e a reinterpretação. A análise formal foi constituída por seis categorias: experiência de formação em psicologia, a formação do psicólogo e o desejo de mudança, o acompanhamento terapêutico e a formação antimanicomial, o acompanhamento terapêutico e seus ensinamentos, o acompanhamento terapêutico nos dispositivos públicos de saúde e acompanhamento terapêutico e a falta de lugar. Para concluir, percebe-se que o Acompanhamento Terapêutico pode contribuir para a formação do psicólogo em assimilar e vivenciar a ética antimanicomial, pensando na relação horizontal de convivência entre profissional e usuário na atenção psicossocial.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Clínica Antimanicomial; Formação do Psicólogo; Atenção Psicossocial; Saúde Mental.

Introdução

O estudo do Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ demanda que certos temas sejam debatidos para contextualizar a prática dos profissionais, os acompanhantes terapêuticos (ats). É importante a incorporação do estudo da luta antimanicomial, visto que é através do período de mudança do olhar em relação ao sofrimento psíquico e desinstitucionalização posterior que é possível que a prática tenha seu surgimento.

Além disso, essa mudança só é possível graças à discussões das disciplinas do campo *psi*, tal como a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise. Portanto, as bases epistemológicas do olhar em relação ao sofrimento psíquico devem ser aprofundadas de forma a possibilitar a compreensão do olhar que fundamenta a visão antimanicomial. Em especial, o lugar do psicólogo, profissional voltado para o conhecimento de questões inerentes à vivência humana tal como o sofrimento.

O curso de Psicologia deve ser espaço de formação de profissionais que trabalhem em compatibilidade às políticas vigentes, exigindo o seguimento da Lei 10.216 (2001), conhecida como Lei Paulo Delgado, fruto da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica, que discorre sobre os direitos das pessoas com sofrimento psíquico intenso. Desta forma, deve proporcionar aos estudantes o debate sobre o sofrimento psíquico como condição humana.

O estudo da luta antimanicomial e seus pressupostos de respeito à condição humana do sofrimento produziram e produzem diversos saberes e dispositivos que buscam construir novas formas de cuidado, levando em consideração o protagonismo e a autonomia da pessoa que vivencia sofrimento psíquico intenso.

O Acompanhamento Terapêutico é um dispositivo clínico de cuidado que surge da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica. Desta forma, ao refletir sobre o AT é indissociável pensar a prática dos preceitos antimanicomiais. Apesar disso, a prática do AT

¹ Ao longo do trabalho será utilizadas as siglas AT para referir-se ao Acompanhamento Terapêutico e at(s) para acompanhante(s) terapêutico(s).

sofre com o pouco debate dentro das instituições de ensino e é comum que pessoas trabalhem com AT sem levar em consideração o aspecto sócio-político deste, sem formação prévia e sem suporte de pares.

Consequentemente, o objetivo geral do estudo é investigar a importância da formação antimanicomial na Psicologia através do Acompanhamento Terapêutico. Os objetivos específicos são aprofundar o conhecimento sobre a prática do Acompanhamento Terapêutico, explorar a importância do Acompanhamento Terapêutico como prática clínica antimanicomial dentro da área *psi* e avaliar a importância da prática de Acompanhamento Terapêutico dentro da formação do psicólogo, especialmente no contexto da saúde pública.

Portanto, no capítulo 1 decidiu-se abordar a história da luta antimanicomial brasileira. Além disso, é necessário construir um olhar histórico sobre a prática do acompanhamento terapêutico no Brasil e quais as relações deste com a luta antimanicomial. Dessa forma, o capítulo 2 aborda o Acompanhamento Terapêutico e sua história. Em sequência, o capítulo 3 trata da formação do psicólogo, e como esta prática se fundamenta e sofre mudanças ao longo do tempo, além da construção de uma prática antimanicomial.

Posteriormente, é apresentada a metodologia no capítulo 4, apresentando o desenho da pesquisa, que utilizou entrevistas com psicólogos e acompanhantes terapêuticos para coletas de dados. O capítulo 5 traz a análise das informações qualitativas, onde temos três etapas de análise: a análise sócio-histórica (5.1), a análise formal ou discursiva (5.2) e a reinterpretação (5.3).

A análise formal foi dividida em seis categorias: a experiência de formação em psicologia (5.2.1), a formação de psicólogo e o desejo de mudança (5.2.2), o Acompanhamento Terapêutico e a formação antimanicomial (5.2.3), o Acompanhamento Terapêutico e seus ensinamentos (5.2.4), O Acompanhamento Terapêutico nos dispositivos públicos de saúde (5.2.5) e Acompanhamento Terapêutico e a falta de lugar (5.2.6).

A parte final da análise consiste na reinterpretação dos dados analisados. Por fim, são apresentadas as considerações finais do trabalho.

Capítulo 1 - A Luta Antimanicomial Brasileira

O sofrimento psíquico intenso foi historicamente marginalizado e o processo de exclusão culminou no encarceramento dos denominados de *loucos*² nos hospícios, local berço da psiquiatria. Se a cidadania era ligada diretamente à razão do sujeito, tirava-se a cidadania daqueles considerados desprovidos de razão. O tratamento imposto para estas pessoas era restituir a razão para então supostamente recuperar a cidadania, através de dispositivos de controle e normatização (Tenório, 2001).

A institucionalização de sujeitos com sofrimento psíquico intenso produz indivíduos dependentes da instituição psiquiátrica, especialmente devido a perda de relações sociais fora da instituição e de relações adoecidas dentro desta (Amarante, 1998). A partir de problematizações deste sistema e percepção de fracasso do tipo de tratamento proposto, começou-se a pensar nossas formas de cuidar do sofrimento psíquico intenso (Tenório, 2001).

Esse movimento chega ao Brasil por volta da década de 70, propulsionada pela luta da redemocratização no Brasil, além de importar aprendizados de reformas estrangeiras, tal como as experiências italiana, francesa, inglesa e estadunidense (Tenório, 2001).

O Brasil da ditadura militar normalizava práticas como a tortura, o exílio, o assassinato de opositores políticos, entre outras quebras de direitos humanos. Certamente esse ambiente favoreceu a expansão dos manicômios, que na época representavam o segundo maior gasto com internações hospitalares do país. A “indústria da loucura” era fonte de captação de muito dinheiro e muitos setores privados estavam envolvidos, não demonstrando interesse em uma mudança de cenário (Lobosque, 2020).

O estopim para a concretização do início da luta antimanicomial no Brasil ocorreu quando o registro de irregularidades ocorridas em uma unidade hospitalar se torna público, mostrando a trágica realidade vivida pelos indivíduos internados. Assim nasce o Movimento

² A *loucura* é um termo utilizado por Amarante (1998) a partir de uma visão crítica social da construção do fenômeno da *loucura*.

dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com o objetivo de buscar melhores condições de assistência e humanização dos serviços (Amarante, 1998).

Desta forma, a luta do movimento de saúde está vinculada à busca pela redemocratização do país e de uma organização mais igualitária da sociedade. Entre outras preocupações, a defesa dos direitos dos denominados pacientes psiquiátricos aparece através do movimento de direitos humanos (Amarante, 1998).

Assim sendo, começa-se a questionar algumas práticas instauradas do campo *psi*, que buscavam normatizar corpos, controlar sujeitos e silenciar mentes. Concomitantemente, pessoas em sofrimento mental intenso tomaram seus lugares de fala e começaram a participar ativamente no movimento da luta antimanicomial brasileira (Lobosque, 2020).

A crítica ao modelo assistencial se baseia em sua ineficiência, além de promover a cronificação e estigmatização dos transtornos mentais. Então, insurge o movimento de substituir uma prática psiquiátrica conservadora por uma ação política e social de transformação do cuidado (Amarante, 1998).

Desta maneira, a luta antimanicomial se inicia focando em repensar a psiquiatria e seus pressupostos de normatização e controle, substituindo-os por construções coletivas e diversas de busca pela saúde mental. O movimento da psiquiatria comunitária, fruto da experiência estadunidense institui então a ideia de saúde mental coletiva, substituindo o de doença mental individual, e promovendo intervenções para prevenção e promoção da saúde mental. O foco torna-se a saúde mental e não só o cuidado com a suposta doença (Tenório, 2001).

Amarante (1998) discute criticamente que nesse momento o movimento seria um novo projeto de medicalização da ordem social, perpetuando o modelo biomédico de doença mental para fora do ambiente hospitalar. Essa mudança seria uma resposta às críticas à

psiquiatria e ao cuidado manicomial, atualizando-os, mas sem deixar de lado mecanismos de controle social (Amarante, 1998).

Por outro lado, é fruto desse movimento a substituição de hospitais psiquiátricos por serviços abertos da rede de saúde, que tem como marco legal no Brasil a Lei Paulo Delgado, 10.216/2001. A partir desta lei, a presença dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços abertos de saúde mental, vem aumentando consideravelmente, buscando atender pessoas em sofrimento mental. Os CAPS:

Seguem inventando cotidianamente formas de cabimento da *loucura* no espaço social, oferecendo às pessoas em sofrimento mental a escuta de suas questões, o respeito a seus modos singulares de viver e estar no mundo, o acesso às próprias decisões e às próprias escolhas, a participação política, a presença social em empreendimentos coletivos de construção e conquista de cidadania (Lobosque, 2020, p. 39).

O cuidado passa incluir saberes de diversos campos no modelo de atenção psicossocial. Assim, inicia-se uma construção do cuidado singular para cada sujeito e promove-se um novo lugar para a *loucura* dentro da rede de saúde. O foco passa a ser a construção do cuidado a partir de referências do próprio sujeito que está em sofrimento, envolvendo a rede de cuidado para possibilitar a atenção à saúde inserida no território (Amarante, 2007).

Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira traz diversos desafios aos profissionais de saúde, como passar de um modelo biomédico individualista de cuidado para um modelo de atuação centrado na saúde e no coletivo (Resende, 2021). Além disso, os dispositivos da Reforma Antimanicomial devem sustentar a participação concreta dos usuários da rede de saúde mental nas trocas sociais. Portanto, se exige uma mudança dos profissionais, que se antes eram vistos como autoridade, agora devem ser sujeitos promotores de convivência igualitária e horizontal (Resende, 2021).

A mudança da postura dos profissionais de saúde mental também exige uma nova postura epistemológica com relação à *loucura*, noção essa que foi historicamente aprisionada

dentro de um paradigma científico (Pitiá & Santos, 2005). A partir da reforma psiquiátrica, demanda-se uma nova perspectiva com relação ao adoecimento psíquico.

A *loucura* é entendida por Amarante (1998) como um fato social, político e possivelmente uma experiência positiva de libertação de desequilíbrios da vida do sujeito. Sendo assim, o autor entende a *loucura* não como uma patologia, mas como uma vivência pessoal de contestação da ordem.

Foi necessária a mudança da perspectiva do indivíduo em sofrimento psíquico, saindo do lugar imposto como *louco* para conceber-se como sujeito de direitos. Consequentemente, é um sujeito que tem inúmeras possibilidades de desempenhar seu papel como cidadão, ainda que tenha suas dificuldades, necessitando olhar para as partes sadias do indivíduo (Pitiá & Santos, 2005).

Apesar dessa mudança epistemológica, na prática, o sistema de saúde brasileiro ainda perpetua relações verticalizadas, impessoais e autoritárias, que ampliam a cronificação do adoecimento dos usuários da rede de saúde mental. Além disso, as necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso não conseguem ser supridas pelos serviços ofertados e pelos profissionais. Desta forma, é necessário que a construção do cuidado busque suporte das pessoas envolvidas com a pessoa adoecida, estimulando a construção e ampliação da rede de apoio (Vasconcelos, 2003).

Além dessa construção conjunta com a rede de cuidado, a intervenção terapêutica deve-se pautar na escuta e pelo acolhimento do sofrimento psíquico humano, que são formas imprescindíveis para entendimento do sofrimento do sujeito (Pitiá & Santos, 2005). Consequentemente, é necessário reinventar as práticas de cuidado para com os sujeitos em sofrimento psíquico, de forma a valorizar e autorizar a pessoa a falar sobre si e suas vivências.

Cada sujeito tem sua maneira de ser e estar no mundo, visto que são concomitantemente iguais e diferentes. A partir disso, a convivência coloca um desafio ético, pois é a convivência entre os diferentes. Esta convivência precisa dar espaço para a igualdade e para a diferença, buscando evitar que a diferença evolua para a desigualdade. Esta é uma discussão fundamental nos serviços públicos de atendimento à saúde mental, onde a desigualdade aparece de duas formas: pela pobreza e pelo sofrimento psíquico (Resende, 2001).

A desigualdade em relação ao adoecimento psíquico decorre da associação histórica do sofrimento mental com ideias de incapacidade e periculosidade. Esses preconceitos ainda são reproduzidos atualmente, tanto na sociedade em geral quanto nos serviços de saúde mental (Resende, 2001).

Portanto, é necessário estar atento ao fato de que oferecer serviços externos ao manicômio não garante necessariamente sua natureza não-manicomial, visto que o cuidado fora das instituições ainda pode reproduzir mecanismos de controle, repressão e hierarquia. É imprescindível que os profissionais se atentem ao caráter de ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional, em suas diversas facetas (Amarante, 1998).

Porém, é através das críticas às intervenções da psiquiatria clássica, que se abre espaço para a criação de uma outra forma de atenção à saúde mental. O cuidado então pauta-se na abordagem integral do sujeito, singularizando a atenção a cada pessoa (Metzger, 2017). Para Amarante (2007), é fundamental que se construa uma equipe cujo objetivo seja acompanhar as pessoas em busca de sua construção de autonomia e independência.

É a partir dessa construção coletiva que podemos discutir a figura do acompanhante terapêutico, como profissional importante na construção da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, na contínua luta antimanicomial, na ocupação de espaços urbanos e na relação com a rede de cuidado

Capítulo 2 - O Acompanhamento Terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico (AT) surge como dispositivo clínico através das práticas advindas da reforma psiquiátrica, sendo assim necessário a construção histórica dessa atividade (Pitiá & Santos, 2005). É um dispositivo promotor da desinstitucionalização das pessoas com sofrimento psíquico intenso por meio de encontros entre acompanhado e acompanhante para promover a vida e a autonomia na cidade. É uma forma de promover o tratamento da *loucura* em condições mais humanas e mantendo o laço social, ao contrário das quebras de laço promovidas pelo encarceramento dos manicômios (Metzger, 2017).

Desta forma, a prática do AT só pode surgir a partir de diálogos da política de saúde mental onde se criticava o manicômio e suas práticas de desumanização das pessoas em sofrimento mental. A partir da reforma psiquiátrica, com a participação de usuários, trabalhadores da rede, familiares, gestores e outras figuras, foi possível construir a ideia de se acompanhar a *loucura* na cidade ao invés de separá-la em um asilo. Conseqüentemente, é indissociável a prática do Acompanhamento Terapêutico da Luta Antimanicomial (Palombini, 2006).

O AT, iniciado nos anos 70 na Argentina, foi inicialmente construído como forma de cuidado para com a psicose, buscando dar voz a elementos subjetivamente importantes para os acompanhados, inclusive oferecendo escuta aos delírios. Segundo a autora, assim como o psicanalista, o acompanhante terapêutico (at) faz o trabalho de “secretário do alienado”, oferecendo espaço para que o delírio possa aparecer de forma a possibilitar um encontro com desejos inconscientes. É uma prática subversiva e que oferece resistência às lógicas da ordem, da medicalização e do controle (Metzger, 2017).

É preciso que conheçamos de onde provêm e quais são as condições de emergência de nossas práticas para podermos desconstruí-las, reinventando nossos fazeres, nossa clínica (...). Se a clínica que operamos por meio do acompanhamento terapêutico aposta em uma dimensão não transparente de subjetividade, que resiste à captura, que se afirma como resistência, se nossa clínica abandona a

pretensão da transparência, mantendo aberto o campo da conflitualidade próprio a essa subjetividade definida como resistência, então nossa política, conforme a essa aposta, tomará distância da perspectiva de governo das almas, disciplinarização dos corpos, de que o estado moderno incube seus profissionais (Palombini, 2006, p. 120).

A prática do AT surge no Brasil a partir da função do auxiliar psiquiátrico, ainda dentro de comunidades terapêuticas no século XX. nesse momento, o dispositivo respondia à demanda de acompanhamento da pessoa enferma fora das instituições por uma equipe tecnicamente preparada (Ibrahim, 1991).

A equipe participava do cotidiano dos sujeitos, visando a reintegração do indivíduo nas atividades sociais. Esses profissionais começam a ser requisitados por indivíduos em adoecimento psíquico grave para serem acompanhados em seus próprios domicílios após períodos de internação. Portanto, essa dimensão de estar fora de uma instituição adquire importância fundamental para a prática do acompanhamento terapêutico (Ibrahim, 1991).

A prática de se lidar com a crise psíquica fora da hospitalização foi percebida como algo potencialmente menos nocivo aos indivíduos com sofrimento psíquico intenso, por possibilitar um cuidado mais humanizado. Percebe-se então uma demanda de formação desse profissional que seria o acompanhante da *loucura* em diversos ambientes (Ibrahim, 1991).

O AT se caracteriza por ser um dispositivo de cuidado que não tem um espaço delimitado, ocorrendo em movimento pela cidade, pelas ruas, até na própria casa do acompanhado. O percurso soma-se à escuta clínica e a necessidade dos ats de manejar vínculo e escuta, que se constroem a partir de estudos teoricamente embasados (Neto *et al*, 2011). Desta forma, pode-se dizer que o AT é uma modalidade clínica que mistura disciplinas do campo da psicologia com o espaço e tempo da cidade (Palombini, 2006).

Morettin et al (1991) definem que AT é a prática de saídas pela cidade “com a intenção de montar um guia que possa articular o paciente na circulação social, através de

ações, sustentado por uma relação de vizinhança do acompanhante com o louco e com a *loucura*, dentro de um contexto histórico” (p. 31).

Essa prática busca conectar o sujeito ao circuito social, participando conjuntamente da realidade urbana, do lugar que conecta o sujeito com o mundo. “Nas ações no AT o que importa é a concretização, até onde seja possível, daquilo que foi imaginado” (Morettin *et al*, 1991, p.28).

O dispositivo é repleto de possibilidades, onde a intervenção se sustenta em construir saídas possíveis em relação às dificuldades vividas pelo indivíduo acompanhado, através do conhecimento das partes sadias de sua personalidade (Pitiá & Santos, 2005). É uma prática que busca romper com o isolamento social que pessoas com transtornos psicológicos vivenciam, quando estão comprometidas às atividades cotidianas.

O acompanhamento terapêutico é realizado predominantemente por profissionais ligados à saúde mental, onde percebe-se forte influência da psicanálise na compreensão do cuidado e tratamento de pessoas com estruturas psicóticas (Ibrahim, 1991). A maioria das pessoas que atuam com o dispositivo atualmente são profissionais com formação superior, em especial na área da saúde (Benatto, 2014).

O campo da saúde mental necessita primordialmente do acolhimento das especificidades de cada ser, tanto dos acompanhantes terapêuticos, quanto dos acompanhados. Este ideal é também possibilitador da horizontalização das relações estabelecidas entre profissionais e usuários desse campo (Pitiá & Santos, 2005).

O trabalho do at, por sua característica antimanicomial, foi, e ainda é muito requisitado por psiquiatras para evitar uma internação, onde equipes de vários ats acompanham uma pessoa em situação de sofrimento, muitas vezes do tipo psicótico, por 24h por dia, até o paciente se estabilizar e o acompanhamento se encerrar. O acompanhamento com o objetivo de evitar uma internação se utiliza do preceito de oferecer uma contenção

simbólica aos excessos que demandam cuidados mais intensos, através da escuta clínica. Essa contenção é criada pela relação entre dois corpos, AT e sujeito acompanhado, mas que não envolve uma contenção física, e sim simbólica. A contenção simbólica pode ser evocada por acordos previamente estabelecidos em momentos que necessitem de maior intervenção (Neto *et al*, 2011).

Os acordos previamente estabelecidos para pensar um cuidado em liberdade se fortalecem através do uso de dispositivos, como é o caso do projeto terapêutico singular (PTS) e do plano de crise. O PTS é uma forma de se construir um acompanhamento que contemple diversas necessidades do indivíduo em busca de sua autonomia. Essa construção é coletiva, compreendendo a participação do sujeito, dos profissionais que o acompanham e da rede de apoio deste. É importante considerar as potências do sujeito na criação do projeto, assim como riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2010).

O plano de crise é uma forma de construir previamente a forma que o indivíduo deseja ser cuidado em momentos de crise. Neste cartão, deve-se detalhar as características individuais da crise, o tipo de acolhimento e pessoas a serem contactadas, como profissionais e familiares. Esses acordos devem ser combinados previamente com todos os envolvidos. Após finalizado, é criado um cartão com os principais dados do sujeito para que este carregue consigo e encaminhe os cuidados necessários para o leitor (Freitas & Vasconcelos, 2008). Esta é uma forma de garantir a gestão do sujeito na sua busca por saúde e os ats são os principais profissionais que devem promover a criação conjunta desta.

Outro elemento necessário para a prática do AT é a participação em um grupo, seja um grupo de estudos, supervisão, equipe ou todos os três. O acompanhante terapêutico (at) também precisa ser acompanhado, seja por supervisão, seja por intervisão, seja por análise ou seja por mais de um desses (Morettin *et al*, 1991).

Palombini (2006) coloca a importância que o AT tenha o espaço de pertencimento, preservando a característica do fora, fora do serviço e fora da casa dos acompanhados, ainda que por vezes seja possível transitar por esses espaços. Além disso, é necessário ter disponibilidade de encontro com o outro por parte do Acompanhante e do Acompanhado, uma forma de abertura para o novo, uma entrega para o diferente, de forma que seja possível a criação de vínculo terapêutico (Palombini, 2006).

Por fim, é de suma importância a utilização de uma teoria clínica que se pautela pela compreensão de que a subjetividade se constroi em relação a uma alteridade, a subjetividade nunca será totalmente transparente e essa sempre guarda uma dimensão de resistência, sendo impossível de compreendê-la em sua totalidade (Palombini, 2006).

Desta forma, a psicanálise tem ocupado um papel central para muitos que fazem o AT, visto que fornece ferramentas conceituais para reflexão teórica desta prática clínica. Os ats vivenciam muito tempo com seus acompanhados e muito é dito e muito se escuta. É nessa experiência que a psicanálise pode buscar dar um enquadramento teórico/clínico à “delicada experiência” do acompanhamento. A psicanálise oferece, além do arcabouço teórico, a perspectiva que a formação do clínico extrapola os estudos e passa também por análise pessoal e experiências de vida (Neto *et al*, 2011).

Ambas as formações citadas acima, tanto de Acompanhante Terapêutico, quanto de Psicanálise, não são regulamentadas formalmente e não dependem de uma formação universitária específica para ser desempenhada. Porém, atualmente, o AT é função majoritariamente desempenhada por estudantes de psicologia e psicólogos, ainda que não tenha sido sempre assim (Metzger, 2017). Desta forma, é necessário discutir-se a formação dos profissionais que possivelmente desempenharão este papel ou, ao menos, poderiam se beneficiar em sua formação com a construção diferencial do cuidado que o AT possibilita.

Capítulo 3 - A Formação em Psicologia

A gênese da Psicologia no Brasil em 1930 recebeu forte influência da psicologia funcional ou aplicada, que era subserviente ao propósito de modernização e industrialização brasileiras em 1930. O trabalho era pautado como principal medida de salvação do país e a figura do psicólogo tinha como função principal ajustar o indivíduo à sociedade capitalista industrial (Amendola, 2014).

A noção de homem hegemônica dentro da Psicologia foi, então, historicamente embasada nos ideais liberais e positivistas, construindo uma prática profissional deslocada da realidade social e do tempo histórico (Bock, 1997). A formação de profissionais de saúde se baseia em preparar técnicos e profissionais que trabalham com e para as classes dominantes, em uma perspectiva de cuidado individual (Cesarino, 1991).

Sendo assim, aos psicólogos foi colocado o projeto de empregar ferramentas técnico-científicas no intuito de controlar, adaptar e aumentar a eficiência de indivíduos e do sistema da sociedade (Amendola, 2014). A constituição da psicologia como ciência proporcionou a formação de técnicos que aplicam teorias, desconsiderando as teorias como uma forma de dialogar com a realidade. O atendimento clínico conseqüentemente era visto como uma operacionalização de técnicas, sem espaço para construções entre reflexão pessoal e a realidade à luz da teoria (Mori, 2012).

Além disso, a formação profissional foi transformada em mercadoria, proporcionando uma formação baseada em adestrar profissionais a técnicas e práticas padronizadas, desimplicadas com o social e o histórico, centradas na utilidade para o mercado (Amendola, 2014).

Concomitantemente, o ideal social de subordinação ao institucionalizado e estabelecido é perpetuado durante a formação em psicologia, onde o discurso patologizante e

psicologizante de tratamento individual é a regra (Mori, 2012). A prática não é vista como prática política ou social, é vista como meramente uma técnica visando redução do sofrimento para adaptação social (Bock, 1997).

Desta forma, muitos alunos de psicologia só percebem a psicoterapia como um campo reflexivo durante os estágios de prática (Mori, 2012). Mori (2012) evidencia a importância de construirmos uma formação mais abrangente na psicologia, onde seja estimulado o pensamento articulado a outros campos de pensamento. Para a autora, é necessário expandirmos a discussão de temas considerados marginais, como a arte e a cultura, para que avancemos a prática clínica para além de um campo prático instrumental.

Bock (1997) contribui para a ideia de que é necessário pensar em uma formação plural, engajada social e politicamente, diferentemente da Psicologia hegemônica, que contribui para o ocultamento da realidade social através da perspectiva individualista do sofrimento e autonomia.

É preciso uma formação que estimule o aluno à pesquisa. Uma formação que ensine a perguntar, a estranhar o familiar e buscar novas respostas. (...) É preciso uma formação que ensine a construir projetos a partir de situações desafiadoras e novas. (...) É preciso uma formação em Psicologia colada à realidade social brasileira. Uma formação impregnada de realidade. Uma formação que, ao ensinar as teorias e saberes acumulados, é capaz de falar da realidade vivida pela população brasileira. Uma formação que permita a entrada franca da realidade brasileira cotidiana (Bock, 1997, p.6).

Martin-Baró (1996) também discute a crescente importância dos profissionais de psicologia da América Latina em examinar a situação histórica do povo e suas necessidades, em detrimento da absorção de conhecimentos advindos de outras realidades. O teórico cita a distribuição desigual de bens disponíveis como aspecto determinante da situação da população latino-americana, onde a grande maioria vive em condições miseráveis. O autor coloca que esta situação só se perpetuou historicamente através de mecanismos de controle e repressão social, como é o caso da posição hegemônica da Psicologia.

Resende (2021) destaca a urgência de uma formação política dentro da psicologia, atrelada ao campo da saúde coletiva e aos campos políticos e sociais. Desta forma, é possível pensar em futuros profissionais que sejam sensíveis à realidade brasileira e que reconheçam a interdisciplinaridade necessária para o cuidado, onde o processo de saúde e adoecimento não se resume a organicidade do indivíduo.

A formação de um psicólogo deve ser, então, cada vez mais embasada em uma formação ética e política de intervenção no mundo, transcendendo a dimensão técnica. Deve ser uma atuação que possibilite o comprometimento com o social e que haja um questionamento do próprio saber-fazer psicológico, para não transformar a prática em opressão ou normalização (Amendola, 2014). Portanto, é necessário mudarmos essa formação para construir um campo de atuação voltado para uma reflexão sobre o social, visto que o sofrimento psíquico se constitui a partir das relações sociais (Cesarino, 1991).

A noção de sofrimento psíquico foi capturada pela de doença mental no final do século 18, adquirindo, assim, um caráter patológico, onde os profissionais da saúde, centralizados na figura do médico, poderiam legislar sobre os sujeitos supostamente desprovidos de razão (Morettin *et al*, 1991). Lobosque (2010) discute que o modo de presença do discurso científico da psiquiatria exerce uma forma de poder, buscando transformar corpos rebeldes e não produtivos em corpos dóceis e úteis. Sendo assim, a psicologia, com seu caráter centrado em uma visão biomédica de formação, é historicamente reprodutora desse posicionamento alienador e subserviente à processos violentos de controle da população.

Resende e Costa (2017) refletem sobre a exclusão social dos usuários no sistema de saúde mental, onde, por diversas vezes, os profissionais de saúde a perpetuam. O trabalhador da saúde mental, ainda que atue na rede construída por preceitos antimanicomiais, pode ainda

agir de forma manicomial, principalmente caso se pautem em dois pilares históricos da psicologia: a submissão e o controle.

Segundo Lobosque (2001), existe uma resistência dos setores psi em modificar o discurso biomédico da *loucura*, pois essas supostas autoridades tendem a encarar as transformações na área como um ataque à ciência e à técnica. A formação reproduz até os dias atuais, os ideais de cuidado hospitalocêntrico, sintomatológico e autoritário, produzindo trabalhadores que perpetuam este discurso (Resende, 2021).

Constitui-se assim uma necessidade de se produzir um conhecimento que possa situar historicamente a construção dos saberes sobre o adoecimento psíquico, problematizando-a, além de abrir espaço para discussões de novas experiências clínicas, sociais e políticas (Lobosque, 2010).

Desta forma, faz-se necessário que o psicólogo busque a desalienação dos povos, abandonando a lógica reprodutora das relações verticais de dominação e subordinação e inscrevendo sua prática na lógica dialógica das relações (Martin-Baró, 1996).

Há uma escolha do profissional de psicologia em aceitar ou não acompanhar as maiorias pobres e oprimidas em sua luta por constituir-se como povo novo em uma terra nova. Não se trata de abandonar a psicologia; trata-se de colocar o saber psicológico a serviço da construção de uma sociedade em que o bem estar dos menos não se faça sobre o mal estar dos mais, em que a realização de alguns não requeira a negação dos outros, em que o interesse de poucos não exija a desumanização de todos (Martin-Baró, 1996, p. 23).

Portanto, é colocada uma escolha ao profissional da área da saúde mental, o de escolher (ou não) trabalhar de forma desviante da norma histórica da psicologia. Se nos é comumente colocado um lugar de escutar classes mais abastadas de forma verticalizada, também nos é possibilitado repensar essa forma de atuar e produzir conhecimento. A perspectiva da atenção psicossocial converge para a construção coletiva do cuidado (Amarante, 2007).

Esta visão da construção coletiva de cuidado e horizontalização das relações entre profissionais e pessoas em sofrimento psíquico é fruto de uma mudança diferencial do mundo *psi*. Assim como o adoecimento psíquico é socialmente construído, é também através deste, por meio de um trabalho socialmente engajado, comunitário e grupal, que se pode buscar o cuidado, especialmente com populações vulnerabilizadas (Cesarino, 1991).

O mundo *psi*, além da psicologia e da psiquiatria, é também formado pela psicanálise. Esta área de conhecimento, já em seu surgimento, possibilitou a transformação do cuidado ao mudar uma visão reducionista e orgânica do adoecimento psíquico. A psicanálise adiciona, ao sofrimento mental, o universo do simbólico, possibilitando assim, novas práticas terapêuticas (Pitiá & Santos, 2005).

É ainda neste mundo, o *psi*, que se localiza o Acompanhamento Terapêutico (AT), composto pela tríade acompanhante, acompanhado e território. Essa prática visa principalmente reinscrever o *louco* com sua vida e os espaços da cidade (Duarte, 2018). O AT tem, desta forma, a vantagem da prática clínica nas ruas, ao estar no lugar mais distante e mais descentralizado das estruturas psiquiatrizantes dos muros das instituições (Morettin *et al*, 1991).

Devido à prática do AT ser atualmente realizada majoritariamente por estudantes de psicologia e psicólogos já formados, a formação do psicólogo se constitui como local fundamental para a construção de um saber-fazer diferente. Por consequência, esse ambiente deve propor práticas que se pautem em uma posição crítica em relação a institucionalização da *loucura*, buscando produzir cuidado em liberdade de forma antimanicomial.

A convivência é uma ferramenta para mudança da postura dos profissionais, buscando construir uma postura de horizontalização das relações (Resende, 2021). Essa convivência, buscando um posicionamento antimanicomial, se pauta em três pilares para guiar a ação do profissional, o *estar com*, o *fazer junto* e o *deixar ser* (Resende & Costa, 2017).

O *estar com* implica a presença do corpo e da capacidade de vivenciar as questões vividas por sujeitos com sofrimento psíquico, escutando-as e suportando as manifestações existenciais do outro. O *fazer junto* é o ato de realizar ações conjuntamente, permitindo uma construção não hierárquica entre os sujeitos. Já o *deixar ser* a postura de permitir que o indivíduo se expresse em sua especificidade, dando espaço e tempo para que as questões apareçam (Resende & Costa, 2017).

Para além da prática do AT, essa experiência da convivência com o sofrimento mental e o cuidado em liberdade, especialmente durante o período de formação do psicólogo, tem o potencial de produzir um saber da psicologia diferencial no que diz respeito a produção do cuidado. Lobosque (2010) expõe sobre a importância da Luta Antimanicomial avançar nos espaços de formação dos profissionais de saúde, para que façamos o registro da produção científica a partir de um lugar crítico de reflexão no campo da saúde mental.

Portanto, é de extrema importância que a formação em psicologia produza trabalhadores mais humanos, onde se tenha possibilidade de contato com as diferenças e se possa desconstruir preconceitos. Desta forma, há possibilidade de abertura para escutar daqueles que são cuidados, da forma com que eles querem ser cuidados, construindo uma escuta e convivência cuidadosa (Resende, 2021).

Capítulo 4 Metodologia

O estudo acerca da importância da formação antimanicomial de estudantes de psicologia através da prática do Acompanhamento Terapêutico na Saúde Mental Pública possui cunho qualitativo. O enfoque qualitativo dos estudos psicológicos procura aprofundar o conhecimento dos processos acerca da subjetividade. González Rey (2005) define o objeto de estudo nas pesquisas qualitativas como processos complexos e dinâmicos que requerem seu estudo através da construção de conhecimento.

A epistemologia adotada para ciências humanas e sociais de cunho qualitativo olha para o sujeito como um ser interativo, que é expressão da sua história e de seu contexto. A investigação do objeto de pesquisa utiliza-se do processo de comunicação entre pesquisador e pesquisado, nas quais as circunstâncias dessa comunicação afetam o material produzido (González Rey, 2005).

Desta forma, a metodologia que foi utilizada para abarcar os objetivos do projeto foi a realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas qualitativas, segundo Poupart (2012), dá a possibilidade de interrogar atores sociais acerca das suas vivências e relacioná-las com diversos outros conteúdos da realidade social colocada. Sendo assim, se possibilita a construção mútua, entre pesquisador, pesquisado e pesquisa.

Os entrevistados são psicólogos que atuam como acompanhantes terapêuticos. Todos fizeram parte do processo de formação de psicólogos e/ou Acompanhantes Terapêuticos, além de terem experiência na área de Saúde Mental Pública. O contato com os profissionais se deu através da rede profissional das pesquisadoras.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cujo parecer é o de número 6.709.914 e o certificado de apresentação de apreciação ética é o de número 75988823.5.0000.0023.

Foram realizadas três entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro está em anexo. Os entrevistados foram ficticiamente chamados de Letícia, Jorge e Sebastião. A entrevista é uma forma de se obter acesso às realidades sociais dos sujeitos entrevistados, para apreender o sentido que os atores sociais dão às suas condutas, de que forma eles compreendem e interpretam suas realidades (Poupart, 2012).

As entrevistas foram gravadas em áudio e depois transcritas com o auxílio de um software de inteligência artificial e revisadas pela pesquisadora. Os dados coletados se legitimam através da capacidade dialógica ao longo da pesquisa com outros dados que constroem múltiplas significações (González Rey, 2005). O fazer da pesquisa então é constituído de constantes reflexões que possibilitem a construção de um conhecimento coerente com os princípios da pesquisa (Ocampo Moré, 2015).

A análise das informações qualitativas demanda estudo dos contextos que perpassam diversos aspectos da entrevista, do sujeito participante e do entrevistador, de forma que é importante considerar o contexto cultural, socioeconômico e regional (Ocampo Moré, 2015).

Esta análise ocorre através da construção e interpretação da informação ao longo de toda a pesquisa em relação a diversas leituras realizadas pelo pesquisador. As demandas que se criam ao longo da pesquisa levam a construções teóricas cada vez mais abrangentes para construir interações com o assunto estudado (González Rey, 2005).

O referencial metodológico escolhido para fazer a análise dos dados coletados foi a Hermenêutica de Profundidade, proposta pelo sociólogo britânico John Thompson e reinterpretada por Demo (Nazário *et al*, 2016). A Hermenêutica de Profundidade (HP) foi utilizada inicialmente em estudos da área da comunicação nas Ciências Sociais (Nazário *et al*, 2016).

Entre as principais características deste referencial estão a organização do trabalho em análises focadas no contexto sócio-histórico e nas formas simbólicas e sentidos contidos

nessas. As formas simbólicas são todas as formas comunicativas passíveis de serem organizadas em mensagem por meio da linguagem e que contenham sentidos (Nazário *et al*, 2016).

A HP se baseia na Hermenêutica Fenomenológica de Husserl e na teoria social crítica, utilizando essas correntes filosóficas para embasar a linguagem como participação do indivíduo na sociedade e expressão da dimensão social em que este se insere. Aqui se faz um adendo para inserir a ideia de *Interpretação da Doxa*, visto que o teórico deve levar em consideração o mundo sócio-histórico como um campo-sujeito, que está constantemente interpretando as formas simbólicas a partir dos sentidos circulantes e agindo de acordo com estas (Nazário *et al*, 2016).

A Hermenêutica de Profundidade, proposta por Thompson, está dividida em três partes: a Análise Sócio-Histórica, a Análise Formal ou Discursiva e a Interpretação/Reinterpretação (Nazário *et al*, 2016). A Análise Sócio-Histórica busca reconstituir as condições sociais e históricas em que foram produzidas, circuladas e recepcionadas as formas simbólicas (Nazário *et al*, 2016). A Análise Formal ou Discursiva ocupa-se de quais estruturas as formas simbólicas são compostas e organizadas nas mensagens e de que formas estas mobilizam sentidos. Por último, realiza-se a fase da Interpretação/Reinterpretação das formas simbólicas, onde os resultados das etapas anteriores são retomados e busca-se gerar uma interpretação crítica acerca dos fenômenos observados (Nazário *et al*, 2016).

Capítulo 5 Análise das Informações Qualitativas

As três entrevistas foram analisadas a partir de suas transcrições textuais. Para análise das informações qualitativas foi utilizado o método de Hermenêutica de Profundidade, proposta por Thompson, reinterpretada por Demo (Nazário *et al*, 2016), conforme acima explicitado. Esta metodologia divide a análise em três momentos, a Análise Sócio-Histórica, a Análise Formal ou Discursiva e a Interpretação/Reinterpretação (Nazário *et al*, 2016).

As categorias criadas com base na etapa da análise formal do trabalho foram denominadas: a experiência de formação em psicologia, a formação de psicólogo e o desejo de mudança, o Acompanhamento Terapêutico e a formação antimanicomial, o Acompanhamento Terapêutico e seus ensinamentos, O Acompanhamento Terapêutico nos dispositivos públicos de saúde e Acompanhamento Terapêutico e a falta de lugar.

5.1 Análise Sócio-Histórica

O autor propõe, para a Análise Sócio-Histórica, a primeira parte de análise, quatro níveis. São estes as *situações espaço-temporais* em que as formas simbólicas foram estruturadas e circularam, *campos de interação* entre trajetórias e oportunidades, *instituições sociais*, ou seja, as regras e recursos e suas relações sociais, e por fim, *estrutura social*, onde devemos considerar as assimetrias e diferenças dentro dos espaços de interação e instituições sociais (Nazário *et al*, 2016).

Esses níveis de análise foram apreendidos através das três entrevistas realizadas, utilizando um roteiro semiestruturado. Todas as entrevistas foram realizadas com psicólogos que atuam com Acompanhamento Terapêutico e que possuem experiência na saúde pública.

Letícia, a primeira entrevistada, graduou-se em uma universidade pública de Uberlândia, Minas Gerais. Conheceu sobre a prática do AT na graduação. Ainda quando era estagiária, foi visitar uma instituição que realizava Acompanhamento Terapêutico em uma

viagem para São Paulo, o instituto A Casa. A entrevistada também estagiou um CAPS durante sua formação e seu trabalho de conclusão de curso foi na área de Saúde Mental.

Letícia se mudou para São Paulo após o término de sua formação como psicóloga, especializando-se em Psicopatologia e Saúde Pública. Nessa época, fez a formação em Acompanhamento Terapêutico do Instituto A Casa, que era um curso presencial com duração de dois anos e com prática de estágio. Ainda em São Paulo, trabalhou como psicóloga em um CAPS infantil, por dois anos, e em outro CAPS adulto, por um ano.

Após esse período, Letícia se mudou para Brasília, onde atuou como psicóloga clínica e acompanhante terapêutica. Atualmente, está realizando mestrado na área de Saúde Pública. Em sua graduação, ela considera que teve uma “feliz graduação na área de saúde mental” (Letícia, 2024, p. 1), pois foi aluna de um professor que era coordenador de Saúde Mental de Uberlândia. Considera que teve “porta aberta na saúde mental lá”, onde aprendeu muito sobre saúde mental e saúde pública.

Letícia percebe a instituição em que se graduou como muito aberta aos temas de saúde mental e saúde pública. Mas em sua visão, essa abertura é rara, e o fator que possibilitou esses contatos foi o professor que era “bastante atuante” nesses temas. Para discutir sobre os temas, é necessário contextualizar as cidades que Letícia fez uma formação e trabalhou na área de Saúde Mental.

Uberlândia nunca possuiu uma grande estrutura asilar, não tendo leitos suficientes para atendimento da população. Esse fator foi visto como positivo para profissionais da luta antimanicomial, que viram pouco espaço para se propagarem terapêuticas violentas (Pombo, 2007).

A partir da década de 1980, Uberlândia começou a implementar dispositivos alternativos ao modelo asilar de cuidados em saúde mental, acompanhando a tendência nacional. Em 1989 ocorreu a inauguração do Ambulatório de Saúde Mental, unidade ligada

ao projeto de descentralização do atendimento psiquiátrico na cidade. Os ambulatórios, naquele momento, representavam uma importante medida para a desinstitucionalização (Pombo, 2007).

Outro marco para a saúde mental de Uberlândia foi a implantação do Ambulatório de Saúde Mental Infantil, em 1992, fruto da luta do corpo profissional. A ideia do serviço era oferecer um atendimento substitutivo à internação psiquiátrica, propondo um acompanhamento medicamentoso e psicológico, além de visitas domiciliares. O objetivo era ser referência na saúde mental e da luta antimanicomial, se destacando no setor e apresentando avanços (Pombo, 2007).

Em 1994 houve promulgação de uma lei estadual de Minas Gerais, que definia a implementação de serviços substitutivos em saúde mental, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), além de estabelecer as atividades terapêuticas a serem realizadas. A proposta abarcava a inserção do paciente na família, no trabalho e na comunidade, notando-se uma iniciativa territorial de cuidado, um importante avanço na reforma psiquiátrica (Pombo, 2007).

Os Centros de Convivência também foram implantados na cidade antes dos anos 2000 e buscavam promover um espaço de socialização e de lazer, ofertando diversas atividades voltadas à reinserção social de pacientes. Este foi o início de um cuidado desvinculado do espaço clínico (Pombo, 2007).

Importante pautar que, a partir da implementação dos serviços substitutivos, percebe-se o aumento de procedimentos em saúde mental, tal como consultas com psicólogos, produzindo-se uma diminuição das internações psiquiátricas na cidade (Pombo, 2007).

Minas Gerais foi um dos estados que começou a implementar a lei antimanicomial antes mesmo de sua promulgação, em 2001, através de suas principais diretrizes por meio de

portarias ministeriais e de leis estaduais. Essas portarias foram baseadas em experiências em voga no país, mobilizadas por profissionais da área, que organizaram o cuidado em novos formatos, tais como as experiências de Santos e do Rio de Janeiro (Pombo, 2007), as quais serão detalhadas mais abaixo no texto.

São Paulo foi uma cidade que teve um grande marco na saúde mental brasileira, pois foi onde inaugurou-se o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987. Os CAPS se baseiam na ideia de que o tratamento de pessoas com sofrimento psíquico deve possuir outras condições terapêuticas, que não as que existiam no modelo asilar (Tenório, 2002). O modelo era bastante inovador para a política de saúde mental e posteriormente foi replicado em outras cidades (Luzio & L'Abbate, 2006).

Nesses centros são realizados atendimentos multiprofissionais durante todo o dia, todos os dias da semana, ofertando também atividades terapêuticas diversas. Os CAPS surgiram com o ideal de regionalizar o serviço, propondo atendimento à população durante o dia, ao longo da semana (Tenório, 2002).

O último local do percurso de Letícia na saúde mental foi o Distrito Federal, que apresenta o cenário mais precário das cidades citadas. Brasília já foi considerada a capital mais atrasada na substituição de serviços manicomial pela rede de atenção psicossocial, possuindo uma cobertura de 0,21 CAPS para cada 100 mil habitantes. Essa cobertura era considerada insuficiente, baixa ou crítica, segundo o Ministério da Saúde (Zgiet, 2013).

Atualmente, um estudo (Santos *et al*, 2022) verificou que existem 18 CAPS no DF. Porém, devido à atual distribuição e abrangência desses serviços, a capital ainda apresenta uma baixa cobertura em saúde mental. Concomitantemente, averigua-se uma concentração de serviços na região central do território, ocasionando vazios assistenciais em outras regiões, cujos serviços atuam como referência para uma população muito superior ao recomendado.

Portanto, o precário cenário atual em Brasília em relação à rede substitutiva gera repercussões na qualidade do cuidado prestado e proporciona sobrecarga aos trabalhadores. Os pesquisadores também notaram que o procedimento mais realizado nos serviços substitutivos é o de atendimento individual, em especial a psicoterapia, seguido por oficinas terapêuticas e atendimento em grupo. Os atendimentos domiciliares foram pouco realizados pelas equipes, assim como articulação de rede, atividades comunitárias e matriciamento (Santos *et al*, 2022).

Sendo assim, os dados levantados demonstram a dificuldade de executar a característica do CAPS em estar presente no território, predominando atividades ambulatoriais. Além dessas características serem influenciadas pela sobrecarga dos profissionais, o fato da gestão não priorizar a presença de motoristas e de não ser fomentada a formação continuada em saúde mental prejudicam o funcionamento e as características essenciais dos serviços substitutivos (Santos *et al*, 2022).

O segundo entrevistado foi Jorge, que cresceu na periferia de São Paulo. Ele, antes do curso de Psicologia, entendia que “eu tinha que superar aquela realidade, que a realidade boa era a realidade dos prédios do centro” (Jorge, 2024, p. 6), mas seu contato com uma formação socialmente engajada o transformou:

E aí eu precisei sair da periferia de Guarulhos, ir para Santos, morar em um lugar nobre, para a faculdade me botar de volta na periferia, para eu começar a entender que não precisa ter juízo de valor para a realidade de vida das pessoas. As pessoas podem viver (Jorge, 2024, p. 6).

Ele graduou-se em uma universidade pública localizada na Baixada Santista, em São Paulo. O entrevistado considera que teve uma formação privilegiada no âmbito da luta antimanicomial:

Tive o privilégio e a oportunidade de ter como professores Roberto Tykanori, Juarez Furtado, Florianita Braga, professores vinculados com o próprio processo de reforma psiquiátrica no Brasil, em especial no

próprio município de Santos. Santos teve o primeiro hospital psiquiátrico fechado no Brasil, o Hospital Anchieta. Então a gente acabou tendo acesso a beber da fonte (Jorge, 2024, p. 1).

Santos, em 1980, apresentava uma ausência de projetos públicos em áreas marginalizadas, concomitante ao aumento de ocupações de área de riscos (Luzio & L'Abbate, 2006). *A experiência santista* é como foi denominado o início das intervenções da luta antimanicomial nas instituições asilares do município de Santos. A intervenção pública da Casa de Saúde Anchieta, clínica privada conveniada ao serviço público, foi um dos marcos inaugurais do Movimento de Saúde Mental no Brasil (Tenório, 2002).

Inicialmente, buscou-se uma reorganização interna do hospital, contando com a participação de diversos atores, como os pacientes, familiares, profissionais e a população. A organização era feita dividindo o hospital com base em regiões da cidade e cada região tinha sua equipe de referência, que deveria se ocupar de conhecer o contexto sociocultural daquelas pessoas (Luzio & L'Abbate, 2006).

Logo a intervenção transformou-se em uma extinção do manicômio da cidade, através da implementação de uma rede de serviços substitutiva, o Programa de Saúde Mental, organizado nos NAPS. Os profissionais de Santos eram guiados pelo questionamento radical dos pressupostos tradicionais da psiquiatria e propunham uma nova atitude para olhar o sofrimento psíquico (Tenório, 2002).

Muitos outros serviços foram criados em Santos, além dos NAPS, como Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centros de Convivência, Lares Temporários, Residências Terapêuticas e diversos outros dispositivos que visavam a reintegração do sujeito em sociedade. Dentre esses dispositivos, buscavam-se desenvolver ações na rua, de forma a articular o cuidado ao território (Luzio & L'Abbate, 2006).

Jorge considera que a formação de AT “foi um atravessador, assim, um divisor de águas na minha formação” (Jorge, 2024, p. 2). Em sua graduação, participou de um projeto extracurricular chamado PET saúde, onde teve contato com o Acompanhamento Terapêutico

pela primeira vez. Nesse projeto, os alunos faziam intervenções de matriciamento nos serviços de saúde mental, na época chamado de NAPS, Núcleo de Apoio à Atenção Psicossocial.

O trabalho consistia em fazer estudos de caso, discutir prontuários juntamente a equipe e acompanhar alguns casos de referência junto às equipes de Saúde da Família. Os acompanhamentos de alguns casos vinculados ao NAPS foram o primeiro contato com o AT para o entrevistado, onde atuava através de visitas domiciliares, pensando na inserção dos usuários na saúde da família.

O trabalho de reabilitação psicossocial que foi desempenhado por Jorge é, em seu sentido instrumental, um conjunto de dispositivos que são utilizados para favorecer a autonomia de pessoas com sofrimento psíquico intenso. O AT é um dos dispositivos que pode ser utilizado para promover a reintegração da pessoa em seu meio social. A prática também faz sentido no que diz respeito ao trabalho extramuros que a rede substitutiva deveria realizar, acompanhando o sujeito em seu contexto de vida (Pitiá & Furegato, 2009).

O AT necessita ser guiado por uma proposta terapêutica (Pitiá & Furegato, 2009), como é o caso do Projeto Terapêutico Singular construído nos CAPS. Dessa forma, temos mais um ator na construção desse cuidado, juntamente com o acompanhado, a equipe de cuidado e a rede de apoio (Fagundes Júnior *et al*, 2016).

Pitiá e Furegato (2009) discutem a possibilidade do AT ser reconhecido e incluído nos serviços substitutivos de saúde mental, visto que a prática deve se orientar pelos princípios psicossociais de cuidado. As autoras discutem que para se trabalhar na prática é necessária formação específica, que discuta a necessidade de mudança de concepções segregacionistas e normativistas, para que os profissionais atuem de acordo com princípios emancipadores dos sujeitos com adoecimento psíquico.

Além do projeto extracurricular, o entrevistado teve contato com o AT nos estágios da universidade, que consistiam em estágios nos dois últimos anos de curso, quarto e quinto, na área de escolha do próprio aluno.

O estágio de quarto ano foi escolhido por ele na área de assistência social e, em sua perspectiva: “a gente acabava fazendo AT sem falar que era AT, pensando na inserção dos jovens” (Jorge, 2024, p. 1). Os estagiários trabalhavam com um grupo de adolescentes e os acompanhavam em atividades do Centro de Convivência da Juventude e tinham supervisão institucional. Além disso, os estudantes articulavam intervenções com o CRAS e outros serviços.

O estágio de último ano da formação em psicologia do entrevistado se deu na área de Saúde da Família, atuando com acompanhamento de famílias por uma Unidade Básica de Saúde. Jorge considera que “aí foi o AT *hard*. Então eu sempre digo que foi a minha formação de AT propriamente dito” (Jorge, 2024, p. 2). Nesse estágio, os casos acompanhados já estavam sendo avaliados pelo Conselho Tutelar. Consequentemente, o entrevistado considera que isso proporcionou uma formalidade, uma institucionalidade ao estágio, criando condições para o acompanhamento, para o serviço e para as pessoas acompanhadas.

Jorge relata que quando entrou na faculdade não se interessava pela psicologia clínica, mas a formação foi transformadora: “eu brinco que eu entrei na faculdade sem querer trabalhar com clínica, não gostava do tema de saúde mental e o que acabou me aproximando foi trabalhar com a *loucura*” (Jorge, 2024, p. 2). Após a faculdade, foi para o Rio de Janeiro, onde trabalhou como residente na Saúde da Família na Fiocruz. Após o término da residência, fez especialização em Atenção Psicossocial em Saúde Mental, ainda na Fiocruz, com o professor Paulo Amarante.

O município do Rio de Janeiro atualmente apresenta uma cobertura de CAPS considerada boa pelos parâmetros do Ministério da Saúde (Fagundes Júnior *et al*, 2016). Essa cobertura foi construída a partir de 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro assumiu o controle do SUS na cidade, iniciando a reestruturação da assistência da saúde local. Essa reestruturação consistia em três pontos principais: controle de rede hospitalar, reorganização e qualificação da rede ambulatorial e implementação de rede de CAPS na região (Tenório, 2002).

O controle da rede hospitalar permitiu que as internações psiquiátricas fossem monitoradas, reduzindo internações sem indicação médica. Além disso, foi realizado um Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos da Cidade, com o objetivo de levantar o perfil clínico e socioeconômico desta população e planejar a alocação de serviços não manicomial (Tenório, 2002).

O Censo constatou que a maioria desses pacientes não recebiam nenhum atendimento fora da consulta psiquiátrica. Além disso, não havia tratamento subsequente para a maioria das pessoas que passavam pelas internações. Desta forma, observou-se onde estavam as maiores defasagens do serviço proporcionado à população. Esse levantamento possibilitou a implementação dos CAPS no Rio de Janeiro a partir do ano de 1996 (Tenório, 2002).

Os CAPS devem proporcionar um cuidado longitudinal e multidisciplinar baseado no Projeto Terapêutico Singular de cada usuário, envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família. O trabalho dos servidores no CAPS também abrange ofertar oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e artísticas, orientação e acompanhamento do uso da medicação, atendimento domiciliar, psicoterapia e matriciamento. Ademais, é necessário realizar articulação com o território, coordenar a desinstitucionalização de pacientes e proporcionar apoio técnico às residências terapêuticas (Fagundes Júnior *et al*, 2016).

O acúmulo de tantas funções pode ser inviável em grandes centros urbanos, como afirmam Fagundes Júnior *et al* (2016). Os autores colocam que uma possível consequência é que a maior parte do trabalho seja desenvolvido com os usuários dentro dos CAPS, deixando de lado a integração com outros equipamentos do território.

Ainda no Rio de Janeiro, Jorge atuou como acompanhante terapêutico, em uma residência terapêutica vinculada ao CAPS Bispo do Rosário. Considera que essa experiência o fez querer estudar sobre a regulamentação do AT, pois lá “a gente era contratado supostamente como AT, mas a última coisa que a gente fazia era AT. Um desvio assim, uma distorção do dispositivo” (Jorge, 2024, p. 7). Estas distorções não foram aprofundadas durante a entrevista, mas as repercussões disso para a prática de Jorge serão abordadas futuramente, no que diz respeito ao desejo de regulamentação da prática.

O dispositivo do AT começa a ser utilizado no Brasil a partir dos anos 60, no processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos. É pensado inicialmente como uma clínica para pacientes psicóticos, subvertendo a ordem hegemônica da exclusão dessas pessoas no espaço social (Morettin *et al*, 1991). Oliveira (2013) coloca que o AT é agente importante para o processo de desinstitucionalização da *loucura*.

As bases do AT surgem, desta forma, da atenção psiquiátrica, mas a partir de uma perspectiva inovadora, onde o profissional se implica em um universo de possibilidades para pensar o cuidado fora de um espaço clínico (Pitiá & Santos, 2005). Caiffa (1991) coloca que a prática do AT é ser facilitador da vida, sendo um recurso terapêutico de ida às ruas para construção do cuidado em liberdade.

Morettin *et al* (1991) delimitam o AT como uma atividade de circulação social sustentada por uma relação do acompanhante com o acompanhado, dentro de um contexto histórico. Essa atividade busca conectar o sujeito ao circuito social, contribuindo com a ideia

de territorialização do cuidado e vínculos comunitários que a política de Saúde Mental busca empregar.

Benatto (2014) discute sobre a preocupação dos ats no manejo de vínculo e da escuta, o que está conduzindo a área a estabelecer um estatuto teórico mais definido. A área da Psicologia é uma grande fonte de publicações sobre o tema, seguido da Psicanálise. Porém o autor destaca que a prática do AT é multifacetada e perpassa por diversas disciplinas e saberes, ainda que reconheça ser necessário ter uma definição clara e objetivos para o dispositivo.

Jorge posteriormente fez mestrado em Saúde Coletiva, acerca da atuação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Nessa época, atuava em uma equipe de acompanhantes terapêuticos.

O entrevistado mudou-se para Brasília em 2021 e se insere em uma empresa como supervisor de uma equipe de ats, na qual atua até hoje. Lecionou em uma universidade privada da capital por três semestres. Atualmente faz doutorado em Brasília na área de Saúde Pública, estudando o acompanhamento terapêutico.

Ao ser questionado sobre o cenário da saúde mental no DF, relata perceber a existência de “um projeto aqui em Brasília de sucateamento do SUS e isso se intensifica mais no recorte da saúde mental, da atenção psicossocial” (Jorge, 2024, p. 4). Complementa dizendo que “o cenário é bem trágico. Em paralelo, eu tenho chamado aí de um cinturão da indústria da *loucura*, que são as clínicas psiquiátricas, privadas e estão lucrando bastante, tem um porque aí desse desinvestimento de atenção psicossocial” (Jorge, 2024, p. 4).

Em concordância com o que foi pontuado por Jorge, Zgiet (2011) discute alguns aspectos que dificultam a implementação da política de Saúde Mental no DF. Dentre eles, uma das questões apontadas é a questão monetária, visto que há presença de “comerciantes da *loucura*”, exemplificada no texto pela Associação Brasileira de Hospitais Psiquiátricos.

Tenório (2002) discorre que o fator financeiro é um fator que perpetua os interesses manicomiais, visto que diversas instituições psiquiátricas privadas são conveniadas ou contratadas pelo SUS. Desta forma, a manutenção de leitos psiquiátricos que não seguem os preceitos da reforma de saúde mental é incentivada pelos empresários visando a manutenção dos lucros.

Apesar da reforma psiquiátrica, a Associação Psiquiátrica de Brasília (APBr) também é uma instituição que aparece como contrária à luta antimanicomial. A APBr defende a manutenção dos hospitais psiquiátricos, além de denominar os serviços substitutivos como ineficazes e defender a centralidade do tratamento nos médicos, ao invés da interdisciplinaridade (Zgiet, 2011).

A dificuldade de implementação dos serviços substitutivos se intensificou nos últimos anos no Brasil. Cruz et al (2020) fizeram um estudo de documentos normativos do Ministério da Saúde entre 2016 e 2019, demonstrando que houve reorientação da Política de Saúde Mental. Essa mudança da política é contrária às leis existentes, indicando incentivo de recolhimento compulsório e internações psiquiátricas prolongadas, com especial ênfase na adoção de comunidades terapêuticas religiosas para tais fins. Porém, tais portarias já foram revogadas atualmente, a partir do momento de retomada das políticas de saúde mental.

Sebastião, o terceiro entrevistado, é o único que fez sua formação e profissionalização completamente dentro do DF. Ele escolheu cursar Psicologia após ver o filme *O Bicho de Sete Cabeças*: “no ano da escolha do curso, eu vi esse filme no Festival de Cinema aqui de Brasília e aí logo pensei que queria mesmo a psicologia. E essa causa, a luta antimanicomial” (Sebastião, 2024, p. 1). Desta forma, ingressa no curso de Psicologia em uma universidade particular em Brasília.

Durante a graduação, aproximou-se de uma professora atuante na área de Saúde Mental e no último ano fez estágio no hospital São Vicente de Paulo: “fiquei lá durante um

ano, trabalhando no manicômio que existe em Brasília” (Sebastião, 2024, p. 1). Relata que sempre se interessou pelos temas de psicose e arte. Ainda no final do curso, Sebastião começou a fazer uma especialização em psicologia junguiana, influenciado pelas leituras da Nise da Silveira.

Depois da formação e especialização, ele começou a atuar de forma voluntária em um Centro de Convivência, trabalhando lá por mais de uma década. Sebastião também se engajou no Movimento Pró Saúde Mental do Distrito Federal.

O Movimento Pró-saúde Mental do Distrito Federal foi criado em 1990, segundo dados de Zgiet (2011). Entre 1995 e 1999, a presença de um governador do Partido dos Trabalhadores, engajado em causas sociais, possibilitou que diversos militantes da luta antimanicomial assumissem cargos na Secretaria de Saúde do DF (SES-DF). Nesse período, a implementação de serviços substitutivos foi fortalecida no território e possibilitou a interdição da Clínica de Repouso Planalto (Zgiet, 2011).

Foram destacados como progressos a criação da Coordenação de Saúde Mental (COSAM), realização da residência multiprofissional em saúde mental, criação dos CAPS e construção do Compp (Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica). Porém, a transformação da COSAM em Gestão de Saúde Mental (GESAM), baixo número de CAPS e ausência de residências terapêuticas foram fatores apontados como retrocessos à implementação da política de saúde mental no DF (Zgiet, 2011).

Logo após sua formação também trabalhou em clínicas psiquiátricas, na área de internações, principalmente com pessoas que têm relação problemática com uso ou abuso de substâncias. Após aproximadamente cinco anos atuando nessas clínicas, que provêm “muita bagagem de já lidar com casos graves, persistentes” (Sebastião, 2024, p. 2), sai dessas instituições, dizendo constatar manejos inadequados em tais lugares.

Em seu percurso, também lecionou em uma universidade particular de Brasília por 10 anos. Relata que nessa instituição em que trabalhou viu uma disciplina chamada Psicologia Comunitária, que não estava presente na sua graduação, em outra instituição particular, e nem na universidade pública da qual participou como aluno especial.

Aproximou-se da abordagem fenomenológica após inquietar-se com a análise junguiana e com a psicanálise, dizendo que “eu não estava no lugar muito tranquilo desses conceitos absolutos universais” (Sebastião, 2024, p. 1). Posteriormente, atua como psicólogo clínico em consultório e se aproxima de uma colega que o apresenta ao Acompanhamento Terapêutico.

Eu atendia muitas vezes adolescentes, a própria esquizofrenia, psicoses e pessoas que pessoas com problema relacionado à substância, o uso e ou abuso de substâncias. E eu falei “caramba, o consultório não consegue acolher totalmente essas pessoas, eu acho que eu tenho que estar em movimento com elas pela cidade” (Sebastião, 2024, p. 2).

Sebastião então começa a pesquisar sobre a prática de AT e decide atuar com o dispositivo. Relata não ter feito uma formação através de um curso, mas que fazia análise e trocas com os colegas da prática, junto com as leituras sobre o tema, e aciona colegas que tinham mais experiência na área quando acompanhava casos mais complexos.

Em seu último ano como docente de uma universidade particular, supervisionou o estágio de Acompanhamento Terapêutico da instituição. Atualmente, trabalha atendendo de forma remota como psicólogo clínico e presencialmente como AT.

Desta forma, cada um dos entrevistados teve seu próprio percurso dentro da Psicologia e do Acompanhamento Terapêutico, de diversas formas, dentro e fora de instituições formais.

5.2 Análise Formal ou Discursiva

A Análise Formal ou Discursiva é a segunda etapa da análise pela metodologia da Hermenêutica de Profundidade, buscando-se entender como se organizam as formas simbólicas que movem sentidos, e quais são esses sentidos mobilizados (Nazário *et al*, 2016).

Para esta etapa, foi escolhido dividir a análise em alguns tópicos de maior relevância para a pesquisa, de modo a facilitar a discussão e aprofundamento das formas simbólicas que envolvem cada aspecto pesquisado.

5.2.1 Experiência de formação em psicologia

O primeiro tópico a ser desenvolvido é a experiência de formação de psicólogo que os entrevistados tiveram. Letícia vê sua graduação como um momento que possibilitou a formação voltada para a área de saúde mental, visto que escolheu fazer estágios em CAPS e se aproximou de um professor que era coordenador de saúde mental de Uberlândia.

Considera que a instituição que fez o curso “estava bastante aberta para isso” (Letícia, 2024, p. 1), ao falar dos temas de saúde mental e saúde pública. Discorre que sua formação voltada para essas áreas foi um movimento individual seu: “foi um percurso naquela universidade e mesmo assim, porque eu já gostei da área identificada por esse professor” (Letícia, 2024, p. 1).

Ela relata que não vê que essa identificação era compartilhada por todos, mas sim que foi algo do seu percurso individual, impactada por alguns poucos professores que “eram muito atuantes na saúde pública e na saúde mental” (Letícia, 2024, p. 1). Inclusive, ela descreve que seus colegas de curso tiveram uma formação diferente da sua “eu fui percebendo que os meus colegas não tinham muito isso. Não sabiam nem o que era esse 18 de maio direito, o que era a luta antimanicomial” (Letícia, 2024, p. 1).

Sendo assim, a entrevistada percebe que sua aproximação com saúde mental e com a saúde pública não é algo da ordem normativa do curso de psicologia. Ela coloca que: “eu

acho que isso é raro. (...) As pessoas ainda hoje saem muito cruas assim, sem saber de fato sobre (formação antimanicomial)” (Leticia, 2024, p. 1).

Bock (1997) discute quanto que a Psicologia tem construído a formação a partir de uma visão de homem sem as condições materiais de vida desse, estudando-o de forma individualizada e não a partir de uma perspectiva histórica. A autora discute que a formação produz técnicos, que buscam a aplicação de um saber para adaptação do indivíduo ao meio social. Apesar de mencionar a presença de uma psicologia crítica, diz que a forma hegemônica ainda é dominadora no meio acadêmico e profissional, corroborando com a visão da entrevistada.

A autora também traz para discussão que é necessário pensarmos em uma formação que trabalhe com a concepção social do psiquismo humano, para que a psicologia seja uma atuação política que denuncie desigualdades sociais, não que as mascare. A autora defende que a visão de mundo do psicólogo esteja em constante construção, fomentando a crítica, a insatisfação, a permanente curiosidade dos profissionais, para que se formem pessoas comprometidas com sua comunidade e com a promoção de saúde dessa (Bock, 1997).

Conseqüentemente, a formação dos profissionais que atuam na saúde mental ainda é muito hospitalocêntrica, centrada no diagnóstico e nos sintomas, criando relações autoritárias e opressoras. É necessário reconstruir a formação desses profissionais, buscando uma interdisciplinaridade e conectada à realidade brasileira (Resende, 2021).

Em contrapartida, a experiência de Jorge durante sua graduação foi bastante diferente. Apesar de também identificar diversos professores que influenciaram sua aproximação com a saúde mental, o currículo do seu curso institucionalizou o desenvolvimento de conhecimento sobre questões sociais, políticas públicas e saúde de forma interdisciplinar.

Jorge se diz privilegiado por ter tido professores que fizeram parte da formulação e implementação da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica no município de Santos, tais

como Roberto Tykanori, Juarez Furtado e Florianita Braga. Desta forma, seus professores fizeram parte do processo pioneiro no Brasil de fechar o primeiro hospital psiquiátrico e na formação de uma rede substitutiva.

O processo santista foi o mais importante da psiquiatria pública nacional, marcando uma importante mudança no processo de cuidado em saúde mental no Brasil (Amarante, 1998). Esse processo partiu de um questionamento radical da psiquiatria tradicional, buscando construir uma nova atitude com relação às pessoas em sofrimento psíquico (Tenório, 2002).

No currículo de graduação de Jorge, era prevista uma disciplina de saúde mental e comunitária, onde a luta antimanicomial se presentificava institucionalmente no currículo de formação do Psicólogo. Além disso, o currículo da universidade em que se graduou é formado por eixos, onde o específico do curso é Psicologia, mas os outros são compartilhados entre outros cursos do mesmo campus.

Desta forma, se produz uma formação mais aprofundada do que geralmente é visto como base para os psicólogos. Jorge relata que os outros três eixos eram os de trabalho em saúde, dimensão social do ser humano e dimensão biológica. A formação em saúde trazia conteúdos como saúde pública e sanitarismo, a dimensão social era onde discutiam-se as ciências humanas e sociais.

Relata que mesmo nas disciplinas em que o tema central não era a luta antimanicomial, por seus professores fazerem parte da implementação da reforma psiquiátrica, a questão era tratada: “não tava previsto ali intervenções no campo da luta antimanicomial da reforma psiquiátrica, mas eles acabavam dando como exemplo, porque era o lugar de fala deles” (Jorge, 2024, p. 2).

Também diz que ele e seus colegas percebiam que a formação era centrada em leituras foucaultianas, que tratavam de temas importantes para uma formação antimanicomial, como

a construção social da *loucura*: “a gente tinha uma formação basicamente de Foucault, que a gente lia Foucault do começo ao fim da graduação, nos eixos específicos, nas disciplinas de psicologia mesmo” (Jorge, 2024, p. 2).

Desta forma, reforça a ideia de que os temas da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial estavam sempre presentes nas discussões do curso:

Então, a questão da luta antimanicomial, da reforma psiquiátrica era um tema que orbitava as discussões. Muitos professores também com uma formação na esquizoanálise, na questão dos direitos humanos e saúde mental, como uma perspectiva de direitos humanos, também aparecia (Jorge, 2024, p. 2).

Além da presença de figuras historicamente importantes para o direito das pessoas com sofrimento psíquico intenso e implementação de outras formas de cuidado que não a asilar em sua formação, Jorge escolheu fazer um projeto de extensão também nessa área. O projeto tinha como objetivo reativar a Frente da Luta Antimanicomial da Baixada Santista, onde os participantes tinham que cumprir uma carga horária de encontros com o movimento da Luta Antimanicomial.

Tenório (2002) discute sobre a importância da participação social no Movimento da Luta Antimanicomial, buscando chamar a sociedade para repensar a relação com a *loucura*. Desta forma, a participação dos profissionais, dos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares nas discussões é parte importante do processo da reforma antimanicomial.

A experiência do último entrevistado em sua graduação se aproximou dos outros entrevistados no sentido de trazer o impacto positivo de professores voltados para a prática antimanicomial. Ele, ao entrar no curso já decidiu-se a seguir a prática psicossocial, disse que o contato com professores com direcionamento para a área de Saúde Mental reforçou sua perspectiva.

5.2.2 A formação de psicólogo e o desejo de mudança

Diretamente relacionado com a formação de cada um, está outro tópico importante para a discussão do atual trabalho, que é como os entrevistados percebem a necessidade de mudanças para a formação de psicologia e a atuação dos psicólogos.

Letícia critica a formação do psicólogo centrada na clínica, principalmente em linhas e abordagens de atuação, em detrimento de temas como saúde pública, luta antimanicomial e territorialização do cuidado. Relata que percebe os profissionais muito focados em diagnóstico, e que veem a internação como recurso principal de intervenção em crise. Ela diz que “falta muito na graduação da psicologia esse olhar antimanicomial” (Letícia, 2024, p.2).

A formação do psicólogo, segundo Bock (1997), é uma formação voltada para a visão determinista e individualista do homem, estudando-o de forma isolada de seu ambiente e suas relações sociais, centrada na ideologia neoliberal. Alguns espaços estão construindo uma crítica a essa ideologia dominante, para que não se continue perpetuando uma prática descompromissada com a realidade política e social do nosso país.

Em concordância com a autora, Letícia sugere que haja uma mudança para a formação dos psicólogos, através da oferta de um estágio e/ou matéria que falasse sobre SUS, sobre saúde mental, sobre acompanhamento terapêutico na perspectiva da saúde mental. Relata que uma formação voltada para a luta antimanicomial “ajudaria muito os psicólogos a expandirem mais a cabeça e olhar mais para esse cuidado que eu acho tão maravilhoso” (Letícia, 2024, p. 3).

Desta forma, Bock (1997) sugere que é preciso possibilitarmos uma formação cuidadosa, diversa e instigante, com oferta de estágios em novos campos, novas orientações, voltadas para a criação de um comprometimento profissional com a sociedade e com a promoção de saúde dessa.

Assim seria possível “a gente ampliar o conhecimento, para a gente entender o que é de fato uma pessoa que tem problema de saúde mental, tirar um pouco dos estigmas, dos rótulos que a gente coloca” (Letícia, 2024, p. 6), denotando uma necessidade de desconstruir preconceitos relativos ao sofrimento psíquico.

Percebendo que a reforma antimanicomial ainda está em curso no país e que é necessário termos ações para a contínua mudança da forma de cuidado ofertada para a população, a entrevistada traz que: “a gente ainda tá muito manicomial, a gente ainda pensa muito na internação como primeiro recurso e não pode. Internação tem que ser lidada como o último do último recurso” (Letícia, 2024, p. 6).

Acerca da problemática da internação, Amarante (1998) discorre sobre o problema da contínua existência do manicômio como lugar físico de exclusão. Para o autor, no imaginário social, os profissionais e a sociedade continuarão a usar esse lugar para depositar indivíduos considerados indesejáveis pela norma, assim como quando Letícia pontua que os profissionais ainda usam a internação como primeiro recurso. Desta forma, é necessário o fechamento desses estabelecimentos, questão prevista em lei, e para além disso, a formação de profissionais que não corroborem para a exclusão e enclausuramento dos que fogem à norma.

Jorge corrobora com essa visão da necessidade da formação dos profissionais de saúde, em especial dos psicólogos, em repensarem o olhar com relação às intervenções na área: “olhar para intervenção, não numa perspectiva correccional, disciplinar, mas numa perspectiva de produção de cuidado, potencialização das redes sociais, das ligações de território, articulação de rede” (Jorge, 2024, p. 2).

Amendola (2014) também discute sobre a necessidade do psicólogo ser fundamentalmente ético e questionar sua própria prática, para não reproduzir opressões e busca de normalização dos indivíduos. Assim como Jorge, a autora vê a necessidade de

mudança na postura profissional e ética da profissão, mostrando preocupação com uma prática fundamentalmente não manicomial.

Jorge percebe que a visão antimanicomial é uma postura contra hegemônica e que a Psicologia dominante não pauta questões como saúde mental e saúde pública, além de uma necessidade de desconstruir os preconceitos. O entrevistado percebe que há necessidade de “gente conseguir sensibilizar para desconstruir a barreira do estigma. Tem as caricaturas, nossa cultura excludente, com uma série de barreiras” (Jorge, 2024, p. 3).

Resende (2021) coloca a necessidade de repensar a postura dos profissionais de saúde mental para sair do lugar de autoridade, do lugar de saber, para aprender a compartilhar a convivência, de uma forma igualitária. A autora discute que é de extrema importância que se construam possibilidades para conviver com a diferença.

Além de perceber a necessidade de sensibilizar os formandos em Psicologia, Jorge descreve que os próprios colegas psicólogos não têm muito conhecimento sobre a importância da reforma psiquiátrica. Diz que há uma grande necessidade de ter “uma formação direcionada para as políticas públicas como um todo” (Jorge, 2024, p. 3).

Sebastião traz outras questões importantes para a formação em psicologia, que não foram debatidas anteriormente, mas que são de extrema relevância. Ele discute que o ensino superior, em geral, está sendo precarizado, e indaga se seria de interesse as universidades se aprofundarem em temas como o da luta antimanicomial: “Não sei se é de interesse realmente das instituições de ensino superior, das universidades aprofundar essas questões ou realmente transformar pessoas em agentes que vão só trabalhar mesmo, como se fosse fazer um curso técnico dentro da psicologia” (Sebastião, 2024, p. 4).

Amendola (2014) discorre que a profissão de psicólogo, em sua gênese, foi uma prática voltada à produtividade dos trabalhadores e da normatização de indivíduos. A autora diz que a formação foi constituída de forma desimplicada dos interesses da população, mais

implicada com a formação técnico científica do que ética e política. Porém, a autora percebe que é latente a necessidade da formação em psicologia se aprofundar em temas relacionados à realidade brasileira. Além disso, sugere que:

A Luta antimanicomial tinha que ser uma diretriz, todo psicólogo tinha que sair com uma base antimanicomial. Porque não dá para escutar nenhuma pessoa sem ter essa ideia de clausura, de segregação. De ampliação da subjetividade, de forma de existir. A gente tem que criar repertório de existências. E a luta antimanicomial traz isso. Não é só fugir de um prédio, de um manicômio. É o fim de relações opressoras (Sebastião, 2024, p. 5).

O entrevistado coloca que é necessário criarmos profissionais que vejam legitimidade em existências diversas e se pautem na ética do cuidado. Nesse sentido, o Conselho Federal de Psicologia disponibiliza diversos conteúdos para orientação da atuação profissional dos psicólogos. A publicação das referências técnicas para atuação dos psicólogos nos CAPS (CFP, 2022) discute a importância do posicionamento averso às práticas que ferem a dignidade e os direitos dos usuários, buscando atuação para consolidar o cuidado em liberdade.

Notavelmente, ainda existem diversos desafios para a prática dos psicólogos nesses espaços, porém é necessária promoção da autonomia, empoderamento e protagonismo do usuário (CFP, 2022). Concomitantemente, é posto ao profissional da psicologia perceber as condições sociais do território e das pessoas com quem atua, entendendo que os processos de sofrimento são constituídos também pela dimensão social.

Sobre conhecer as pessoas com as quais atuamos, Vasconcelos (2003) aborda a importância da experiência pessoal com o sofrimento para o cuidado de doenças crônicas, possibilitando pensar sobre o cuidado na saúde mental a partir da construção do próprio sujeito. O autor investiga a relação das doenças crônicas e o cuidado biomédico, onde não se obtém um cuidado satisfatório devido ao sistema de saúde que perpetua relações autoritárias, impessoais e com negligências.

Para essa mudança, Lobosque (2010) sugere que deve-se avançar na formação antimanicomial dos profissionais de saúde mental, através da convivência com pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico e suas visões de mundo, promovendo uma formação político-profissional para os atuantes da área de cuidado e interlocução com outras disciplinas e outras formas de cuidado.

O lugar da convivência aparece também com o acompanhamento terapêutico, que surge a partir da figura do auxiliar psiquiátrico, dentro do processo de desinstitucionalização. A figura do auxiliar é um profissional criado ainda no cuidado dentro de muros e por isso tem a possibilidade, ou não, de levar em si os defeitos e as contradições da instituição. Desta forma, é necessário que o acompanhante tenha uma formação teórica que o proporcione um cuidado transformador e com relações transformadoras, e não opressoras (Ibrahim, 1991).

Portanto, a formação ética do acompanhante terapêutico, utilizando-se de suas bases históricas antimanicomiais e provocando mudanças para a atuação dos profissionais que atuam com pessoas em sofrimento mental, pode possibilitar mudanças para a própria formação do psicólogo, tornando-a menos normatizadora. Somente através das bases antimanicomiais podemos promover atuações pautadas na liberdade e na autonomia do outro.

5.2.3 O Acompanhamento Terapêutico e a Formação Antimanicomial

A entrevistada Letícia descreve que aprender sobre o acompanhamento terapêutico possibilitou que ela trabalhasse com o cuidado em liberdade, “um cuidado sem controle”, e frisou que é essencial que os acompanhantes tenham uma formação antimanicomial: “não tem como ser AT se a gente não estudar e estudar principalmente essas bases da luta antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica e estudar sobre como o AT surgiu, os contextos do AT” (Letícia, 2024, p. 3).

A entrevistada hipotetiza que se estudantes e profissionais de diversas áreas tivessem contato com o AT, a reforma antimanicomial seria impactada. “Eu fico pensando que se todo

mundo tivesse o contato com acompanhamento terapêutico, não só o psicólogo ou só o estudante de psicologia, eu acho que faria muita diferença para a reforma psiquiátrica” (Letícia, 2024, p. 6).

Resende e Costa (2017) referem-se à necessidade de formarmos profissionais da saúde de forma a desconstruir preconceitos e aberta a convivência com a diferença, através de uma construção política da prática, sensível e crítica à realidade brasileira.

Concomitantemente, essa posição parece ser compartilhada por outros pesquisadores da área.

Pitiá e Furegato (2009) possibilitam pensar no dispositivo AT com o intuito de construirmos a nossa forma de atuação socialmente implicada. O AT tem como objetivo ser uma forma de promover a reintegração psicossocial das pessoas de sofrimento psíquico. Essa prática oferta um cuidado extra institucional, acompanhando o sujeito em seu contexto de vida, prezando pela capacidade de escuta e acolhimento para saídas do sofrimento.

Deste modo, a prática do AT é compatível com os atendimentos na saúde pública em relação aos cuidados extra hospitalares, com o objetivo de inclusão social. A prática deve ocorrer buscando executar um projeto terapêutico que favoreça a reabilitação psicossocial, restabelecendo o contato da pessoa acompanhada com o espaço social (Pitiá & Furegato, 2009).

O trabalho com o dispositivo AT demanda do profissional uma formação específica, que abarque a necessidade de mudar as concepções segregacionistas dos cursos de saúde, visando uma atuação emancipadora para os sujeitos em sofrimento psíquico (Pitiá & Furegato, 2009). Portanto, o contato com o dispositivo, juntamente com uma formação específica ética no cuidado antimanicomial, poderiam ser uma alternativa a ampliação do olhar psicológico sobre o sofrimento mental.

Jorge diz que tentou implementar o AT na formação dos psicólogos quando trabalhou como docente, visto que enxergava a importância de uma formação diferente e que a prática do AT:

Nos força a viver a radicalidade do contraditório, a radicalidade de respeitar o outro. Essa coisa aí que acabou se tornando uma verdade cristal, do setting terapêutico, do distanciamento do profissional com paciente/cliente, enfim, da pessoa assistida. Ao meu ver, é um sintoma da psicologia colonial, psicologia corretiva, da psicologia interventora. O acompanhamento terapêutico é que faz furar a bolha (Jorge, 2024, p. 5).

Sebastião concorda com a possibilidade da prática do AT expandir a formação do psicólogo, inclusive no aspecto da escuta, visto que esse dispositivo é “uma prática extremamente transgressora, atual e realista, por isso que eu vejo que tem que ter uma matéria sobre acompanhamento terapêutico, sobre o corpo, sobre cidade, dentro da psicologia, porque senão a gente vai fazer uma escuta incompleta” (Sebastião, 2024, p. 5).

Pitiá e Santos (2005) propõe que o acompanhamento terapêutico deve procurar condições favoráveis para que o sujeito acompanhado construa seus recursos de enfrentamento. As autoras colocam que a escuta e o acolhimento do sofrimento psíquico humano são importantes elementos de intervenção terapêutica.

A transgressão do AT com relação ao setting é destacada por Sebastião, que descreve o AT como revolucionário:

Ele inverte toda a lógica da psicologia tradicional, onde eu que vou encontro a pessoa, geralmente, não a pessoa que tem que seguir o meu horário, o meu espaço, eu que vou estar nas condições que a pessoa vive, num lugar imprevisível (Sebastião, 2024, p. 4).

Desta forma, no encontro fora do consultório, o espaço pode proporcionar aparecimento de conteúdos diversos e “talvez alguns acontecimentos desse espaço vai trazer conteúdos terapêuticos” (Sebastião, 2024, p. 2).

A prática do AT lida com conteúdos surgidos no momento do encontro, momentos onde há alguma concretização de cena, muitas vezes demandando intervenções do

profissional que acompanha o sujeito (Morettin *et al*, 1991). Assim sendo, o AT não lida somente com conteúdos trazidos da história da pessoa, lida com a utilização de recursos, seja do acompanhante, seja do acompanhado, para atuação diante de situações que estão ocorrendo em concomitância ao encontro (Caiaffa, 1991).

Além disso, Sebastião traz uma questão complementar a questão que Jorge coloca sobre a dominação da psicologia colonial na área, que é que o profissional AT deve ter contato e percepção crítica sobre a realidade brasileira: “o AT, ele tem que ter uma noção ainda maior de realidade brasileira, isso de onde a pessoa mora, como é que aquela vizinhança, quais condições existenciais, sociais, existenciais, mesmo assim, dessa pessoa” (Sebastião, 2024, p. 3).

Ele frisa a importância de pensarmos em uma prática conectada à realidade brasileira e latino americana, colocando que a prática “sai de uma lógica eurocentrista ou estadunidense, então a gente tem que estar atento a essa realidade nossa, a gente é de um país em desenvolvimento, com desigualdades, com miséria” (Sebastião, 2024, p. 3).

Sendo assim, se coloca como necessário fomentar uma formação dos profissionais de saúde que estimule à pesquisa, estimule o senso crítico, o estranhamento ao já posto como verdade, a busca por novas respostas e construção de projetos em meio a realidades e situações desafiadoras, uma formação colada à realidade social brasileira (Bock, 1997). Para a autora, precisamos de “uma formação impregnada de realidade. Uma formação que, ao ensinar as teorias e saberes acumulados, é capaz de falar da realidade vivida pela população brasileira. Uma formação que permita a entrada franca da realidade brasileira cotidiana” (Bock, 1997, p. 6).

Sebastião diz que percebeu a importância de mudar sua atuação já em seu contato com a clínica, ao atender pessoas com sofrimento do tipo psicótico e pessoas que faziam uso e abuso de substâncias: “o consultório não consegue acolher totalmente essas pessoas, eu

acho que eu tenho que estar em movimento com elas pela cidade” (Sebastião, 2024, p. 2).

Remetendo à Bock (1997), é necessário que se proporcione possibilidades de atuação frente a situações desafiadoras, tais quais Sebastião menciona.

Letícia também coloca a importância de repensar o setting clínico como única forma de atuação do psicólogo:

Eu acho que sair dessa casinha de pensar que só psicólogas é ter um consultório e atender a pessoa ali, frente a frente, cara de paisagem. Eu acho que é isso, é você sair um pouco desse mundinho de que psicólogo é psicólogo de consultório (Letícia, 2024, p. 3).

A entrevistada questiona o lugar do diagnóstico, da medicalização e da psicoterapia individual como única forma de cuidado possível, “expandir mesmo e sair desse desse lugar de que só a clínica resolve, ou só dando remédio, ou só diagnosticando” (Letícia, 2024, p. 3).

Nesse sentido, o AT é um dispositivo que, desde seu surgimento, busca trabalhar com a diversidade do sujeito humano, sendo um recurso para o cuidado e uma alternativa à internação. A prática busca atender às necessidades dos sujeitos em sofrimento a partir de situações reais de suas vidas, para que novas formas de se conectar com o mundo ao redor possam emergir, ao lado do exercício de seus direitos (Benatto, 2014).

A partir da prática, Sebastião diz que o AT é “uma clínica totalmente diferente do consultório, que não só tinha que ter uma escuta aguçada da pessoa, mas do território, do espaço onde a gente tava ocupando” (Sebastião, 2024, p. 2).

Sebastião também diz que “primordialmente o AT ele está dentro de uma clínica psicossocial, então os ats, ou as ats, têm que ser pessoas articuladoras de rede, acho que isso é primordial” (Sebastião, 2024, p. 2). Letícia também fala da importância da articulação da rede de cuidado:

E me vejo conversando com o psiquiatra da pessoa, com a família e chamo todo mundo e articulando essa rede, que eu faço muito como AT. E muitas vezes chamando outra AT para fazer parte assim comigo. Porque nesses casos desafiadores eu normalmente indico um acompanhante terapêutico e que

me ajuda muito também. Então eu acho que essa liberdade de fazer essa articulação da rede, acho que todo psicólogo tinha que ter (Letícia, 2024, p. 4).

A articulação no social é parte importante da atuação como acompanhante terapêutico, visto que busca-se o engajamento do sujeito atuante para a atividade dentro do social que ele experimente (Morettin *et al*, 1991). Percebe-se a rede de apoio como parte fundamental do trabalho, no contato com a família e com outras pessoas importantes na oferta e perpetuação do cuidado e da autonomia na vida pessoa (Ibrahim, 1991).

Jorge discute que o AT amplia o olhar do profissional que teve contato com o dispositivo:

Ele radicaliza o cuidar, ele radicaliza o cuidado, a produção de cuidado, independentemente de abordagem, filiação teórica. Apesar de eu tenderia a defender a ideia de uma certa regulamentação, mas também para além disso, eu entendo que amplia o nosso olhar enquanto terapeuta e te joga para a realidade e na casa das pessoas, vivenciar o que as pessoas vivem. Isso não só é uma experiência de vida pessoal como pessoa, mas como profissional entendo que amplia o olhar, a escuta, a sensibilidade (Jorge, 2024, p. 6).

Desta forma, os entrevistados colocam que a prática como acompanhante terapêutico possibilitou diversos ensinamentos, que foram aprofundados por cada um através de um aprofundamento teórico através de estudos e de modos de repensar o cuidado como supervisão, intervenção e terapia pessoal.

5.2.4 O Acompanhamento Terapêutico e seus ensinamentos

Acerca das características importantes para o acompanhamento terapêutico, Sebastião e Letícia trouxeram em suas respectivas entrevistas a importância da criatividade para o profissional at. Letícia diz que “No AT você vai ao encontro da pessoa. Você não sabe o que vai acontecer. E eu acho que é isso, estar disposto ao inusitado” (Letícia, 2024, p. 3).

Sebastião também discorre sobre a necessidade da criatividade do profissional at. “Eu tenho um encanto pelo AT por isso. Por essa habilidade de improvisação que tem que ter, por trabalhar com algo que não está planejado. Acho que o mantra do AT é o inusitado, que pode

acontecer tudo” (Sebastião, 2024, p. 6). Desta forma, os profissionais discutem que é necessário estar aberto às manifestações do campo e saber como manejá-las no momento em que elas acontecem.

Segundo Oliveira (2013), o acompanhamento terapêutico é uma prática que deve acompanhar as mudanças provocadas pela circulação errante no tecido urbano, apreendendo com o inusitado e com a criação do sujeito acompanhado. O autor destaca a importância da mudança da postura do profissional, de tratar para acompanhar, de um sujeito que direciona a ação do acompanhante. Essa posição é que permitirá que o sujeito tenha sua autonomia para aprender a lidar com seu sofrimento e suas escolhas.

Os dois entrevistados citados acima, Sebastião e Letícia, também discutiram a importância de uma outra forma de se colocar na relação terapêutica que é diferente do preconizado pela psicologia tradicional. A entrevistada diz que absorveu muitos ensinamentos através da prática e estudo sobre o acompanhamento terapêutico, inclusive sobre a importância de se colocar um pouco mais com suas características pessoais, mesmo se considerando uma pessoa reservada:

No AT eu fui aprendendo que é necessário que eu fale da minha vida. É necessário que eu fale assim, por exemplo, na pandemia, eu lembro de uma pessoa falar, “mas você também não tá com medo?”, porque ela sozinha no mundo sentindo aquilo. Eu falei ‘não, eu também tô morrendo de medo (Letícia, 2024, p. 7).

Letícia também traz que durante seu processo de maternidade, ela não tinha certeza se voltaria a atuar como at, mas que os seus acompanhados pediram que retornassem com os encontros de uma forma mais possível para ela, mais perto da residência dela, inclusive com alguns até indo a sua casa. Disse que se sentiu cuidada por eles também, e que isso possibilitou um “encontro verdadeiro com o outro” (Letícia, 2024, p. 7).

Letícia destaca que o AT oferece possibilidades que a clínica tradicional não oferece:

O AT vai fazer do psicólogo uma pessoa que que sai dos padrões, que vai abraçar a pessoa, que às vezes vai contar um pouquinho da sua vida para fazer sentido, que vai poder rir dentro da sessão e que vai poder fazer uma sessão embaixo da árvore, num parque, online e por aí vai (Letícia, 2024, p. 3).

Sebastião também discute que o AT nos convoca a nos colocarmos de uma outra forma na relação terapêutica, diferentemente da forma que é preconizado pela psicologia clínica normativa:

É muito comum quando eu faço AT de encontrar alguém, seja a pessoa encontrando uma conhecida ou eu encontrando um conhecido. Porque no Plano Piloto é muito comum isso, os lugares são frequentados geralmente pelas mesmas pessoas. (...) E então começa a saber da minha vida, coisa que eu não revelaria no consultório. E o contrário também. Às vezes a pessoa encontra uma conhecida e começa a desenvolver uma conversa que eu fico de olho e depois eu trabalho também isso. Então assim é muito encontro mesmo, sabe? É o corpo em movimento, na cidade que pode acontecer muitas coisas (Sebastião, 2024, p. 6).

Jorge cita que o AT o atravessou de diversas formas, mas que uma das mais marcantes para ele foi aprender a ouvir o desejo do outro, ainda que vá de encontro a suas crenças. Ele cita um momento que um usuário do serviço público pediu para ir para uma comunidade terapêutica e que isso o marcou:

Ali eu fiquei o dia todo, voltei para casa, jantei, tomei café, fiquei até o dia seguinte, com a fala dele. E eu não sei mesmo, o cara tá dizendo que é o melhor para ele, por mais alienado que ele possa eventualmente estar. É o que ele tá dizendo. Quem sou eu para dizer que não é isso? Então, acho que tem um pouco disso, que talvez se eu não tivesse experiência como acompanhante terapêutico, talvez nem tivesse escutado (Jorge, 2024, p. 6).

Desta forma, a experiência prévia de Jorge possibilitou aguçar a escuta do outro. Para essa possibilidade se concretizar, tanto Letícia quanto Sebastião colocaram a importância de estar sendo assistido de forma terapêutica, como por exemplo fazendo análise, para atuar com o AT. Letícia diz que “você vai na casa da pessoa, você vai ver as coisas mais complicadas que você nunca imaginou ver, no AT. Então você tem que estar bem, tem que estar se

cuidando. Então acho que tem que fazer terapia ou análise pessoal, se preferir” (Letícia, 2024, p.3).

Historicamente, os profissionais da saúde, incluindo os da saúde mental, têm uma formação hospitalocêntrica e autoritária. Resende (2021) discute a importância de buscarmos mudar o lugar de autoridade do profissional, para que possamos vivenciar uma prática de um lugar de compartilhar e conviver. Amendola (2014) discute que a ética do profissional da área psi é se posicionar para que sua prática não seja opressora ou adestradora. Resende (2021) reforça a preocupação de trabalharmos com as demandas dos próprios sujeitos e não com a agenda dos profissionais.

Para isso, Lobosque (2010) discute que é necessário para os profissionais da saúde mental apreender com a filosofia e a psicanálise, em especial ao prezar pela inquietação frente às próprias verdades, a reconstrução de nossos questionamentos e o estímulo ao pensamento crítico. Desta forma, ainda que o AT seja uma prática em construção e possibilidades diversas, o objetivo deste é articular as possibilidades para a pessoa de circulação social, possibilitando o contato com o contexto socio histórico (Morettin *et al*, 1991).

No acompanhamento terapêutico, é latente a preocupação em utilizar os recursos já existentes e construídos pelo sujeito através de sua capacidade criativa para a reconexão com sua própria vida e autonomia. O AT é constituído por uma tríade, acompanhado, acompanhante e território, como escreve Duarte (2014), e é envolto por três eixos, o territorial, o clínico e o político.

O eixo territorial é o ambiente que envolve o sujeito, que possui história com este e que permite a construção de formas de estar no mundo. O eixo clínico é o guia para se buscar construir uma ponte entre o saber do acompanhante e do acompanhado para a produção do

cuidado. E o eixo político é a articulação entre território e sujeito, envolta pela realidade política e social que o sujeito está inserido (Duarte, 2014).

Portanto, o AT deve buscar o restabelecimento de relações do sujeito com o lugar, com a vida, com as pessoas (Duarte, 2014). Morettin et al (1991) discutem a necessidade do acompanhamento intencionalizar a recolocação do sujeito com sua realidade urbana, conectando o sujeito e sua vivência psíquica à dinâmica social.

Consequentemente, para que essa prática possa estar em consonância com seus princípios antimanicomiais e ofertar um cuidado ético, o “fazer” deve estar acompanhado de um “pensar” sobre a clínica, através de estudos, supervisão, intervisão e terapia/ análise pessoal (Benatto, 2014; Morettin *et al*, 1991).

O entrevistado Jorge discorre sobre a necessidade de estar sempre atentos à ética da prática e dos desdobramentos do que o AT provoca nos sujeitos acompanhados e por onde passamos. Ele diz que o AT provoca questões, inclusive contradições do serviço, mas, pela falta de institucionalidade, o profissional nem sempre está acompanhando essas repercussões, mas que não deveria ser desta forma.

Os entrevistados também destacaram a troca com os pares profissionais, a intervisão, como aspecto importante da prática. Letícia pontua que: “acho que é importante a gente ter uma troca em pares, sempre. Então, seja na supervisão, seja um grupo de colegas que fazem AT, seja numa instituição que tem um grupo que faz AT” (Letícia, 2024, p. 3).

Já Sebastião coloca que, apesar de não ter feito uma formação formal na área, fez uma formação continuada para sua prática, ao se fundamentar em diversos textos pesquisados:

Então não fiz uma formação, não tinha alguém para ensinar, e foi meio experimentando, mas com muita, muita leitura e análise própria, tenho minha própria análise, e supervisão. Também não tinha uma supervisão formal, mas quando eu tinha casos mais difíceis, eu acionava essas amigas que já tinham experiência na área (Sebastião, 2024, p. 2).

Morettin et al (1991) discorre sobre a importância do acompanhante também ser acompanhado “nos momentos em que seus passos claudicam, seus pés escorregam, suas pernas se misturam”. Desta forma, os autores mostram uma preocupação com a necessidade de que o cuidado também tenha um acompanhamento, através de supervisão, grupo de referência e/ou trabalho analítico pessoal.

Letícia destaca a importância da sua atuação em ter tido em contato com o *recovery*, pensando como esse debate é complementar à prática do AT, pensando na construção da autonomia de vida do acompanhado. Ela diz que:

Estudando *recovery* e convivendo com pessoas que têm vivências com problemas graves de saúde mental, mas que deram a volta por cima, digamos assim, que de fato se reconectarem consigo mesmas, que estão trabalhando, que estão estudando, que estão fazendo o que elas querem, eu vejo que é possível (Letícia, 2024, p. 5).

Recovery é uma abordagem a problemas psicossociais que tem sido utilizada na área da saúde mental, se referindo a um processo de busca de melhora de uma situação psicossocial de uma pessoa. Fundamenta-se na ideia de que pessoas com transtornos mentais são capazes de alcançar uma recuperação clínica, funcional e social, amparada pela busca de significado na vida (Cidade *et al*, 2021).

Esta abordagem envolve uma mudança de paradigmas na forma que se pensa o cuidado, onde o principal responsável pelo processo é o usuário. Esse é o agente mais ativo para condução de sua vida e o profissional deve ser um consultor, saindo do lugar de autoridade e adotando uma postura menos diretiva (Cidade *et al*, 2021).

Em consonância com a saída do lugar de autoridade do profissional levantada, Resende (2015) discute sobre a importância dos profissionais flexibilizarem os papéis ao saírem do posicionamento de prescrição de cuidados e entrarem na relação com o usuário de forma mais horizontalizada. Assim, seria possível a construção de um espaço terapêutico que

possibilite que o sujeito experimente o *deixar ser*, promovendo empoderamento e autonomização (Resende, 2015).

Para que isso seja possível, Resende (2015) discute que os profissionais devem promover um cuidado horizontal, mas assimétrico, onde a responsabilidade não é recíproca, mas sim focada no cuidado para com o sujeito em sofrimento.

Além dessas questões, Sebastião foi o único entrevistado a trazer a discussão da mobilidade urbana. Ele destacou a importância de termos um dispositivo que vá de encontro com a pessoa, especialmente nos serviços públicos, visto que a mobilidade urbana é uma fragilidade da realidade brasileira: “eu que vou ao seu encontro e vamos ver estratégias de você se mover nesse território. Então, isso acho que cria uma percepção de território, de cidade” (Sebastião, 2024, p. 5).

A territorialidade do cuidado é preconizada pelo Sistema Único de Saúde e é questão importante para o AT, assim como é para o serviço público de saúde. Essa questão que atravessa o tema será debatido na próxima categoria.

5.2.5 O Acompanhamento Terapêutico nos dispositivos públicos de saúde

Letícia pensa ser possível e interessante que o acompanhamento terapêutico entre como uma estratégia disponibilizada por serviços públicos, sobre o desejo de ampliar os locais de atuação e oferta do AT: “Eu gostaria que fosse em todos os lugares. É o meu grande desejo que o AT seja inserido na rede pública como um todo. Não só na saúde mental, mas se tiver um AT na estratégia de saúde da família, enfim, em outros lugares” (Letícia, 2024, p. 5). Porém, considera que a prática ainda é restrita com relação a sua oferta, sinalizando que muitos ats são alunos de universidades que estagiam com o dispositivo e que, ao se formarem, nem sempre continuam atuando com o dispositivo.

Concomitantemente, Sebastião também discute a importância de acompanhantes terapêuticos em serviços públicos, visto que, na visão dele, “muitos desses serviços não

fazem mesmo um serviço de porta aberta, de trabalho com a comunidade, com o território. Não faz um tratamento mesmo, comunitário, um cuidado na região” (Sebastião, 2024, p.7).

Acerca das dificuldades enfrentadas pelos serviços, Jorge observa que há um desinvestimento na área da saúde pública em Brasília, ainda mais explícita na área da saúde mental e da atenção psicossocial. Ele exemplifica o baixo interesse nessa área com a falta de gratificação dos profissionais. “Os profissionais que estão vinculados nos serviços de saúde mental não ganham uma gratificação que a gente vê que tem na saúde da família, nos hospitais. Então, até no plano de carreira isso já é um analisador do desinvestimento” (Jorge, 2024, p. 4).

Jorge também pontua o sucateamento dos serviços:

Isso sem contar serviços defasados, temos poucos equipamentos. Os equipamentos que têm, não atendem os critérios do Ministério da Saúde, seja pelo quantitativo de profissional, seja pela estrutura física mesmo. Então, os poucos serviços que a gente tem estão sucateados, não são habilitados. Enfim, o cenário é bem trágico (Jorge, 2024, p. 4).

A implementação dos CAPS no DF ainda necessita de investimento, segundo Cidade et al (2021). Os autores colocam que além da falta de quantitativo de serviços, há uma concentração de institutos em determinadas regiões. Para piorar o cenário, há falta de fomento no projeto de formação continuada dos profissionais (Cidade *et al*, 2021). Constata-se que há uma falta de vontade política na melhoria da saúde mental na cidade (Matos, 2013).

Uma vez que identifica-se uma defasagem de serviços, é necessário entender os fatores responsáveis pelo desinvestimento. Jorge hipotetiza que há um interesse por trás do sucateamento, que é a presença de diversas clínicas psiquiátricas privadas que lucram com o desinvestimento da atenção psicossocial. Essa visão se corrobora com o que Zgiet (2011) traz ao falar nos interesses dos “comerciantes da *loucura*”, ou seja, a presença de empresários que querem lucrar com a lógica manicomial.

Bem como os outros dois entrevistados, Sebastião também vê a importância do acompanhamento terapêutico para a política pública, em especial para os serviços de saúde mental. Ele fala que esses serviços deveriam se voltar para o atendimento da comunidade dentro do território, mas que isso nem sempre é possível, afetando o cuidado ofertado.

Sebastião vê que há demanda para o AT dentro dos serviços públicos, citando que: “tem muitos usuários no serviço público que demandam esse tipo de cuidado, de escuta, que é no território dele, fora do serviço, porque no serviço as pessoas ficam muito defensivas” (Sebastião, 2024, p. 7).

Sebastião cita que, dentro dos serviços, há presença de muitos profissionais com uma formação conservadora e vigilante. Logo, os usuários, em especial ao se tratar de uso e abuso de substâncias, não conseguem expressar suas dificuldades livremente: “as pessoas muitas vezes não querem anunciar, a profundidade, a profundidade do uso, do vício, do problema que passa” (Sebastião, 2024, p. 7).

Porém, o entrevistado pontua que essas mesmas pessoas conseguem espontaneamente falar sobre suas histórias e suas dificuldades quando estão acompanhadas por profissionais fora dos serviços. Assim, ele sinaliza que o acompanhamento terapêutico poderia suplementar a falta que os serviços de saúde mental têm demonstrado, que é sua presença para além da instituição. Nesse sentido, os ats no serviço público teriam a função de trabalhar com “a natureza do serviço substitutivo do manicômio, que é trabalhar de forma coletiva, com a comunidade, com o território, articulando rede” (Sebastião, 2024, p. 7).

Nessa perspectiva, Sebastião traz outra questão muito importante, que é a articulação dos serviços no território e com outros serviços, de mesma natureza ou de naturezas diferentes. Ele diz que o at:

Poderia ver o potencial daquela região e trabalhar com ela, se tem acupuntura do lado, se tem uma vila olímpica e se tem um centro de cultura. Porque também fica muito preso a questões da saúde, esquece

justamente do corpo, da cultura, de outros elementos, que também faz parte da saúde mental (Sebastião, 2024, p. 7).

Sendo assim, percebe-se uma demanda não atendida pelos serviços públicos de saúde mental em relação ao cuidado dentro do território do usuário e fora das instituições, mas que nem sempre pode ser atendida pelos profissionais devido a diversos fatores, inclusive o de alta demanda dos serviços.

Dessa maneira, o AT poderia ser um dispositivo de concretização da territorialização do cuidado. Porém, a não formalização do dispositivo pode ser uma barreira para a implementação da prática no SUS.

5.2.6 Acompanhamento Terapêutico e a falta de lugar

O AT é uma prática que se construiu historicamente ao realizar intervenções ao sair das instituições para atuar nas ruas da cidade. Porém, é necessário discutir esse espaço de pertencimento, ainda que seja um pertencimento que busca preservar a característica do fora, fora do serviço e fora da casa dos acompanhados (Palombini, 2006).

Portanto, discutir sobre Acompanhamento Terapêutico é também discutir a falta de lugar físico para produzir cuidado através da movimentação pela cidade. Essa falta de lugar também é percebida devido à possibilidade de formação prévia dos profissionais, que podem ser formados em diversas áreas, inclusive áreas que não estão estritamente ligadas à saúde. Essa questão é embasada na ideia de que a diversidade de formação pode abrir possibilidades múltiplas para o cuidado.

De acordo com Benatto (2014), o AT é uma prática inovadora, mas traz a preocupação em traçar fronteiras, visto que para qualquer prática é necessário ter uma definição clara de seu objeto ou fazer. Tendo em vista a amplitude do fazer AT e da multiplicidade de relações e variáveis nele implicadas, essa não é uma tarefa fácil.

Portanto, constata-se que há uma não regulamentação da profissão no Brasil. Alguns problemas referentes a essa falta de regulamentação aparecem nas entrevistas com Jorge e

Letícia. Jorge pontua que há um problema do reconhecimento profissional no acompanhamento terapêutico e Letícia menciona que muitos ats tem dificuldade em trocar com outros profissionais:

Pode ser por conta da fragilidade de achar que que sabe menos. Porque esses profissionais, muitas vezes o psiquiatra, o psicólogo, outros profissionais, costumam ficar nesses lugares e quem sabe sobre as coisas, de suposto saber. E aí muitas vezes o at tem medo (Letícia, 2024, p. 4).

Letícia hipotetiza que isso ocorre porque, ainda que o AT não seja um campo novo, ainda é uma prática pouco difundida, pouco implementada e pouco valorizada.

Concomitantemente, ela problematiza o uso da nomenclatura at para o profissional que aplica ABA (*Applied Behavior Analysis*). A entrevistada pontua que há uma expansão do uso desse dispositivo através dessa técnica e que muitas pessoas têm se familiarizado com o termo por essa vertente. Porém, frisa a importância de separarmos os dois dispositivos.

Jorge também observa que o ABA tem surgido com força no mundo do acompanhamento terapêutico e se preocupa, pois a formação dos profissionais de ABA muitas vezes não engloba os princípios fundantes e originários do AT, como a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Para ele, existe um grande perigo no campo do AT, que é a distorção do dispositivo para busca de normatização e controle de pessoas.

O AT é a radicalidade da gente garantir um cuidado em liberdade, em céu aberto e inserção social. Para mim, esse é o AT, não é fazer o adicto deixar de ser adicto, não é fazer a criança com dificuldade de aceitação institucional na escola passar a ser aceita. O AT é isso, não existe AT fora de um campo antimanicomial (Jorge, 2024, p. 8).

Assim como os outros entrevistados, Sebastião percebe nos profissionais de psicologia a busca por “tornar a pessoa adaptada à realidade, uma realidade capitalista neoliberal de mercado” (Sebastião, 2024, p. 4), contribuindo para formação de corpos dóceis e úteis, sem uma crítica da realidade. Para ele, essa busca pela normatização seria uma forma de manicomialização nas relações: “A gente tem desejos de manicômio. Costumo muito falar

isso, de desejo de manicômio, porque parece que a gente está sempre querendo julgar, controlar as pessoas e achar que a gente vai fazer com que elas fiquem mais adaptadas” (Sebastião, 2024, p. 5).

O Acompanhamento Terapêutico é um dispositivo importante para o processo de desinstitucionalização. Para isso, deve-se sustentar o AT nos caminhos da reforma psiquiátrica, baseando-se que a *loucura* faz parte da experiência humana e deve ter seu lugar assegurado (Oliveira, 2013).

Ademais, Jorge foi o único entrevistado a trazer a necessidade de regulamentação da profissão, pontuando que atualmente o dispositivo é acessado somente por classes mais altas. Ele diz que, no Brasil, a discussão sobre a não regulamentação defende o não enrijecimento da função, mas que isso proporciona, de certa forma, a elitização do dispositivo. Ele diz que há um privilégio no acesso a esse tipo de cuidado e que há um interesse em se manter assim por trás da não regulamentação do at.

Sebastião não discute sobre a regulamentação do dispositivo, mas também menciona que é importante pensarmos na presença do acompanhamento terapêutico na rede pública, pois atualmente ele é só acessado por quem tem alto poder aquisitivo.

Percebe-se uma falta de produção acadêmica acerca da questão de regulamentação ou não do Acompanhamento Terapêutico no Brasil, visto que não se encontrou artigos que discutam o tema.

Portanto, pode-se pontuar que o dispositivo do acompanhamento terapêutico tem se mostrado similar à algumas das críticas feitas à psicologia, sobre a elitização do cuidado e a busca por normatização dos indivíduos.

5.3 Interpretação/Reinterpretação

A fase da interpretação/reinterpretação dentro da Hermenêutica de Profundidade busca retomar os dados construídos a partir das duas etapas anteriores, a análise formal e a

análise discursiva. Neste último momento da análise, o objetivo é formar uma visão crítica dos fenômenos que foram observados e discutidos (Nazário *et al*, 2016).

Diversas questões foram levantadas pelos entrevistados. Escolhe-se neste trabalho aprofundar as questões levantadas acerca da necessidade de mudança com relação à formação do profissional psicólogo e pensar o dispositivo do Acompanhamento Terapêutico como uma forma de modificar os futuros profissionais com relação ao cuidado para com a saúde mental e seus usuários.

A psicologia tem focado seu estudo em uma visão de homem fora de seu ambiente, isolando-o de sua história e de suas relações (Bock, 1997), proporcionando uma formação dos profissionais do campo da saúde mental de uma forma hospitalocêntrica, sintomatológica e autoritária (Resende, 2021).

Sendo assim, a psicologia tem formado técnicos cujo discurso científico os instituiu como uma forma de poder, que busca adestrar corpos e intervir nos processos biológicos, tornando-os dóceis e úteis (Lobosque, 2010). Essa perspectiva domesticadora do sujeito, buscando levá-lo a aceitar condições opressivas de vida, é incompatível com o objetivo ético da psicologia e com a ideia de autonomia, que deveria ser proposta pela área (Bock, 1997).

Portanto, é preciso mudar essa formação para construir profissionais comprometidos com seu tempo e com a promoção de saúde da comunidade que está inserida (Bock, 1997). Devemos nos aprofundar no modelo antimanicomial, prezando pela ampliação da liberdade para usuários e profissionais (Zgiet, 2013). Se o psicólogo é ético, deve-se revisar sua prática para que seja comprometida com o social (Amendola, 2014).

Nessa perspectiva, a convivência é um caminho para mudar a formação e a atuação dos profissionais na área da saúde mental, que poderia proporcionar uma mudança do lugar que é imposto (Resende, 2021). Pensando nessa mudança, o ensino de matérias como a

psicopatologia poderia ser inicialmente fomentado através do contato direto com quem vivencia o sofrimento psíquico (Lobosque, 2010).

As propostas demandam que os estudantes e profissionais saiam do lugar de autoridade e se posicionem em um lugar de compartilhar o território e a convivência (Resende, 2021). Desta forma, se busca escapar da formação técnica dos profissionais para uma atuação reflexiva diante as dificuldades encontradas na prática (Amendola, 2014).

Nesse sentido, o Acompanhamento Terapêutico pode ser uma das formas de reconstruir essa formação, visto que há uma enorme diferença na proposta de tratar para acompanhar, amparada pelos preceitos antimanicomiais do dispositivo (Oliveira, 2013).

Desse modo, o AT é uma atividade clínica com especificidades próprias, cabendo aos ats investigarem essa prática buscando aperfeiçoar o trabalho (Ibrahim, 1991). Por isso há uma emergência da preocupação dos ats em manejar o vínculo e a escuta, prezando-se por uma sistematização teórica da prática (Benatto, 2014).

O dispositivo é composto pela tríade acompanhado, acompanhante e território. Além disso, esta prática é constituída por dois pilares: o clínico e o político. O político diz sobre o caráter subversivo e antimanicomial do AT, enquanto o clínico visa construir um saber confluyente entre as vivências do acompanhado e o aporte teórico do acompanhante (Duarte, 2014).

O território, por fim, é o ambiente que tem impacto na história do sujeito e pode fornecer pontos de mediação terapêutica (Duarte, 2014). Além disso, é fundamental que o at saiba que o sujeito acompanhado é dotado de uma potência que vai servir de guia para as ações conjuntas. O profissional então se posiciona no lugar de acompanhar o sujeito nas formas de lidar com seu sofrimento, suas escolhas e seus desejos (Oliveira, 2013).

A prática do AT então se fundamenta na ideia de que a pessoa que vivencia um sofrimento psíquico intenso é capaz de lidar com sua condição existencial (Oliveira, 2013).

Desta forma, a clínica do AT é um dos dispositivos de ação terapêutica em saúde mental, buscando promover a reintegração psicossocial do sujeito que vivencia sofrimento psíquico (Pitiá & Furegato, 2009).

Dessa maneira o AT constitui-se como atividade clínica desenvolvida na relação terapêutica entre at e acompanhado, buscando executar um projeto terapêutico que visa a autonomia da pessoa (Pitiá & Furegato, 2009). Essa prática envolve uma atitude de estar ao lado do sujeito, escutando sua história e suas especificidades (Pitiá & Santos, 2005).

Atualmente, a maioria dos ats são profissionais com formação superior, principalmente da área da psicologia, apesar de não haver nenhuma delimitação sobre o tema (Benatto, 2014). A prática pode se iniciar ainda durante a graduação, onde alguns alunos podem ter, por exemplo, contato com usuários da rede de saúde mental pública e são orientados a escutá-los primariamente (Pitiá & Santos, 2005).

Sendo assim, esse tipo de contato deve fundamentar-se em uma mudança de postura dos profissionais, saindo do lugar de autoridade para um lugar de compartilhamento e da convivência. Essa mudança pode oferecer uma alternativa à formação tecnicista dos profissionais da psicologia, buscando possibilitar uma convivência igualitária e fraterna (Resende, 2021).

Para concluir, é possível modificar a formação em psicologia, tornando-a sensível às questões políticas e culturais, através da convivência, de estabelecer relações não hierárquicas e não autoritárias (Resende & Costa, 2017), na forma da proposta do Acompanhamento Terapêutico.

Considerações finais

O trabalho aprofundou-se no estudo da reforma psiquiátrica brasileira, o Acompanhamento Terapêutico e a formação do psicólogo. Foram realizadas três entrevistas com psicólogos com experiência na saúde mental pública e que atuam com o

Acompanhamento Terapêutico. Construiu-se análises qualitativas sobre os temas discutidos no trabalho, a partir da Hermenêutica de Profundidade, elaborada por Thompson, em 1995, reinterpretada por Demo (Nazário *et al*, 2016), dividida em análise sócio-histórica, análise formal e reinterpretação.

A análise sócio-histórica aprofundou o estudo da reforma psiquiátrica das cidades de Santos, São Paulo, Rio de Janeiro, Uberlândia e Brasília, além de discutir sobre a formação da psicologia e da prática do acompanhamento terapêutico e suas bases. A análise formal concentrou a discussão em seis eixos: a experiência de formação em psicologia, a formação de psicólogo e o desejo de mudança, o Acompanhamento Terapêutico e a formação antimanicomial, o Acompanhamento Terapêutico e seus ensinamentos e Acompanhamento Terapêutico e a falta de lugar.

A reinterpretação pontuou a necessidade de se modificar a formação dos psicólogos em relação à conduta ética de não fomentar exclusão social, em concordância com a Lei 10.216 (2001), favorecendo a formação antimanicomial. Portanto, o estudo pensa que a formação deveria ser espaço de desconstrução do lugar de autoridade, para construção de relações de convivência horizontais, ainda que assimétricas (Resende, 2021).

A prática do AT é um dispositivo importante para a luta antimanicomial e para a promoção do cuidado em saúde mental. Sendo assim, pode ser uma forma de repensar o cuidado ofertado e o olhar psicológico para com o sofrimento psíquico, ao vivenciar o lugar de acompanhamento e construção conjunta do cuidado, em detrimento de um tratamento imposto ao sujeito (Oliveira, 2013).

O estudo conclui que é necessário repensar a formação em psicologia, saindo de uma perspectiva tecnicista para formar profissionais comprometidos eticamente com um cuidado comprometido sócio-historicamente e territorializado. Em paralelo, a prática do Acompanhamento Terapêutico, juntamente com uma formação específica ética no cuidado

antimanicomial, pode ser uma das formas de produzir profissionais da saúde que construirão o cuidado de uma forma mais coletiva, horizontal e libertadora.

Desta forma, pensa-se ser possível conceber o Acompanhamento Terapêutico como uma extensão da formação do psicólogo para ampliar o olhar profissional e promover uma mudança para prática voltada à ética do cuidado, que é ofertado para pessoas em sofrimento psíquico grave.

Algumas questões levantadas não tiveram o aprofundamento necessário neste trabalho, como a possibilidade de regulamentação do acompanhamento terapêutico, a presença do dispositivo na rede pública e o dilema da associação do AT com a ciência comportamental através do ABA. Estas questões se beneficiariam de aprofundamentos futuros em novos estudos.

Referências:

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2ª edição.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amendola, M. F. (2014). Formação em Psicologia, Demandas Sociais Contemporâneas e Ética: uma Perspectiva. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 34(4), pp 971-983.
- Benatto, M. C. (2014) A Clínica do Acompanhamento Terapêutico no Brasil: Uma Análise da Produção Científica de 1985 a 2013. Curitiba
- Bock, A. M. B. (1997). Formação do Psicólogo: um Debate a Partir do Significado do Fenômeno Psicológico. *Psicologia Ciência e Profissão*. 17(2), pp 37-42.
- BRASIL. (2001). Lei nº 10.216. Brasília: Diário Oficial da União.
- Caiaffa, R. A. (1991). O acompanhante terapêutico e a rua - o social como constitutivo do acompanhamento. Em: Morettin, A.; Breyton, D.; Sereno, D.; Baretto, K.; Neto, L. & Rothstein, P. *A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico*. Editora Escuta.
- Cesarino, A. C. (1991). A rua e o social em cada um. Em: Morettin, A.; Breyton, D.; Sereno, D.; Baretto, K.; Neto, L. & Rothstein, P. *A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico*. Editora Escuta.
- Cidade, A. L., de Aquino, P. R. P., Bessa, S. L., & de Oliveira, W. F. (2021). O papel do profissional de saúde mental no processo de recovery: uma revisão integrativa. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 13(35), 108-131.

- Conselho Federal de Psicologia (Brasil) . (2022). Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS — Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – ed. rev. — Brasília: CFP.
- Duarte, Antonio. (2018). Acompanhamento Terapêutico: considerações clínicas e políticas.
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. Cengage Learning.
- Fagundes Júnior, H. M., Desviat, M., & Silva, P. R. F. D. (2016). Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1449-1460.
- Ibrahim, C. (1991). Do louco à loucura: o percurso do auxiliar psiquiátrico no Rio de Janeiro. Em: Morettin, A. V.; Breyton, D. M.; Sereno, D. Barretto, K. D.; Neto, L. B. & Rothstein P. *A rua como espaço clínico*. Editora Escuta.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da Loucura*. Editora Garamond.
- Lobosque, A. M. (2010). A formação em saúde mental: ousemos avançar. *Caderno de Saúde Mental*, 3, 107-114.
- Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2006). A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 10, 281-298.
- Martin-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 7-27
- Matos, L. S. D. (2013). Os desafios da desinstitucionalização no campo da saúde mental no Distrito Federal.
- Metzger, C. (2017). *Clínica do Acompanhamento Terapêutico e Psicanálise*. Editora Aller. 1ª Edição.
- Morettin, A.; Breyton, D.; Sereno, D.; Baretto, K.; Neto, L. & Rothstein, P. (1991). *A rua como espaço clínico: Acompanhamento Terapêutico*. Editora Escuta.

- Mori, V. D. (2012). Os sentidos subjetivos de ser psicoterapeuta: a aprendizagem em um estágio supervisionado. Em: Martinez, A. M. *Ensino e aprendizagem: subjetividade em foco*. Brasília Liber Livro. p. 203-218
- Nazário, H. R.; Reino, L. S. & Manfredini, R. (2016). A Hermenêutica de Profundidade e suas Aplicações. *Linguagens - Revista de Letras*.
- Neto, R. O. R.; Pinto, A. C. T. & Oliveira, L. G. A. (2011). Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 31(1), 30-39.
- Ocampo Moré, C. L. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. V. 3.
- Oliveira, R. W. D. (2013). Os caminhos da reforma psiquiátrica: acompanhamento terapêutico, propagação e contágio na metrópole. *Psicologia & Sociedade*, 25, 90-94.
- Palombini, A. L. (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê*. Vol X, n 18, pp 115-127.
- Pitiá, A. C. A. & Santos, M. A. (2005). Acompanhamento Terapêutico - a construção de uma estratégia clínica. Editora Vetor.
- Pitiá, A. C. D. A. & Furegato, A. R. F. (2009). O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 67-77.
- Poupart, J. (2012) A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas EM: *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3ª edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pombo, R. M. R. (2007). A nova política de saúde mental: entre o precipício e paredes sem muros. Uberlândia - Universidade Federal de Uberlândia.

- Resende, T. I. M. D. (2015). *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Resende, T. I. M. & Costa, I. I. (2017). *Saúde Mental: a convivência como estratégia de cuidado. Dimensões ética, política e clínica*. Curitiba: Juruá.
- Resende, T. I. M. (2021). Reflexos sobre a Formação de Profissionais da Saúde Mental: Interdisciplinaridade e Convivência. Em: Madureira, A.F. , A. & Bizerril, J. *Psicologia & Cultura - Teoria, Pesquisa e Prática Profissional*. Editora Cortez.
- Santos, M. S., Gama, D. G. R., & Fonseca, R. P. O. (2022). Saúde Mental no Distrito Federal: retrato dos CAPS no sistema de informação. *Health Residencies Journal-HRJ*, 3(16), 33-58.
- Tenório, F. (2001). Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica. *A Psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Coleção Bacamarte - Psicanálise e Psiquiatria, V. 4.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9, 25-59.
- Vasconcelos, E. M. (2003). O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Editora Paulus
- Zgiet, J. (2011). A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. Brasília: Universidade de Brasília.
- Zgiet, J. (2013). Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar?. *Saúde em debate*, 37, 313-323.

Anexo

Questões para a entrevista semi-estruturada

1. Poderia me falar um pouco sobre sua formação e atuação profissional?
2. Como você percebe a formação em psicologia?
3. Quais questões te marcaram durante seu percurso profissional?
4. Como o AT entrou na sua trajetória profissional? Me conte um pouco sobre seu contato inicial com o Acompanhamento Terapêutico (AT). Seu contato com o AT foi durante a graduação de psicologia?
5. O que você considera primordial no fazer-saber-ser do AT?
6. Quais as conexões que você enxergou entre o AT e a psicologia? E as divergências?
7. Você acredita haver ensinamentos do AT para a psicologia e vice e versa?
8. Como você enxerga a política da Saúde Mental atual?
9. Qual sua opinião sobre a inserção do AT dentro de espaços públicos de saúde?
10. Como você avalia a relação entre AT, formação em Psicologia e prática antimanicomial nos serviços públicos de saúde?