

**Karla Helmer Soares**

**Acompanhamento Terapêutico e Reforma Psiquiátrica: relato de  
experiência na formação profissional**

**Uberlândia**

**2022**

**Karla Helmer Soares**

**Acompanhamento Terapêutico e Reforma Psiquiátrica: relato de  
experiência na formação profissional**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Instituto de Psicologia da Universidade Federal de  
Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do  
Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Tatiana Benevides  
Magalhães Braga

**Uberlândia**

**2022**

**Karla Helmer Soares**

**Acompanhamento Terapêutico e Reforma Psiquiátrica: relato de  
experiência na formação profissional**

Trabalho de Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Tatiana Benevides Magalhães Braga

**Banca Examinadora**

Uberlândia, 18 de agosto de 2022

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tatiana Benevides Magalhães Braga  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marciana Gonçalves Farinha  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2022

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar as potencialidades do AT enquanto dispositivo no processo de reinserção social e reforma psiquiátrica, sobretudo enquanto mediador da relação entre sujeito e contexto social e um articulador e fortalecedor da rede de saúde. Para tanto, apresenta um relato de experiência com AT realizada a partir de projeto de extensão e estágio nos anos de 2017 e 2018 em um CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas) de uma cidade de porte médio no interior de Minas Gerais. O relato de experiência foi constituído tendo como fontes de dados os diários de bordo da acompanhante terapêutica e pesquisadora, que foram articulados na composição da narrativa de desenvolvimento do acompanhamento terapêutico a partir do método da cartografia clínica. Na análise da experiência narrada, o cenário social apresentado foi discutindo em diálogo com um panorama da história da loucura e dos avanços e percalços dos movimentos de reforma psiquiátrica. Buscou-se assim fomentar reflexão sobre a forma de atuação de profissionais na rede de saúde mental, muitas vezes ainda pautadas pela lógica manicomial, sobre o papel do acompanhamento terapêutico na reinserção social e sobre a importância desses temas na formação em graduação em psicologia. Conclui-se pelo caráter ainda incipiente da reforma psiquiátrica, pela potencialidade do AT na reinserção psicossocial, na valorização de potencialidades dos sujeitos marginalizados socialmente e no avanço da luta antimanicomial, bem como pela necessidade de ampliação das discussões e experiências efetivamente alinhadas à reforma psiquiátrica no campo da saúde mental desde a formação profissional até a sistematização dos dispositivos de atendimento nas políticas públicas.

**Palavras chaves:** Acompanhamento terapêutico; Reforma psiquiátrica; Relato de experiência.

## ABSTRACT

This paper aims to investigate the potential of Therapeutic Accompaniment (TA) as a device in the process of social reintegration and psychiatric reform, especially as a mediator of the relationship between subject and social context and an articulator and strengthener of the health care network. Therefore, it presents an experience report with TA carried out from an extension project and internship between the years 2017 and 2018 in a Brazilian CAPSad (Psychosocial Care Center - alcohol and other drugs) in a medium-sized city in the interior of Minas Gerais state. The experience report was constituted using as sources of data the journal of the therapeutic companion and researcher, which were articulated in the narrative composition for the development of therapeutic accompaniment from the method of clinical cartography. In the analysis of the narrated experience, the social scenario presented was discussed in dialogue with an overview of the history of madness and the advances and setbacks of psychiatric reform movements. Thus, it was sought to encourage reflection on the way in which professionals work in the mental health care network, often still guided by the asylum logic, on the role of therapeutic accompaniment in social reintegration and on the importance of these topics in undergraduate degrees in psychology. It is concluded by the still incipient character of the psychiatric reform, by the potential of TA in psychosocial reintegration, in valuing the potential of socially marginalized subjects and in advancing the anti-asylum struggle, as well as the need to expand discussions and experiences effectively aligned with the psychiatric reform in the field of mental health from professional training to the systematization of care devices in public policies.

**Keywords:** Therapeutic Accompaniment; Psychiatric Reform; Experience report.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL CAPS .....	8
METODOLOGIA .....	12
RELATOS DE EXPERIÊNCIA EM AT .....	14
DISCUSSÃO.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

## INTRODUÇÃO

Foucault (1978), na sua obra *A história da loucura*, descreve o processo sociopolítico-histórico de exclusão social e estigmatização do louco. Segundo Foucault (1978), no fim da Idade Média, com a lepra controlada a partir do isolamento em leprosários, a prática de exclusão social passa a ser considerada forma de tratamento, logo as estruturas dos leprosários foram utilizadas, a princípio, para tratamento de doenças venéreas e, depois, como locais de internação aos considerados "desajustados", que apresentavam comportamentos desviantes da ética política, social e moral da época, como pobres, ladrões, prostitutas, mendigos, profanadores, "alienados", entre outros, agora com a denominação de Hospital Geral (HG). Com a Europa abrindo diversos HG e internando uma grande massa da população, começa o que Foucault (1978) chamou de 'A Grande Internação', a função dos HG era a exclusão social, na época, nessas instituições não se ofereciam tratamento médico, os "alienados" não eram internados na condição de sua loucura ser entendida como doença, as internações eram motivadas por razões política, econômica, religiosa, social e moral.

Para Maciel, Maciel, Barros, Sá e Camino (2008), o processo de naturalização da exclusão social, pressupondo que a condição de exclusão e isolamento é uma fatalidade, gera conformismo, devendo haver a crítica de que, para além do sujeito que é foco da exclusão e muitas vezes culpabilizado por ela, tal processo envolve relações econômicas, sociais, culturais e políticas. Nesse contexto, o surgimento da psiquiatria introduziu e justificou as hospitalizações asilares como forma de tratamento, o que foi crucial para o fortalecimento do processo de exclusão e de estigmatização da loucura (Foucault, 1978; Amarante, 1998).

Na Modernidade, para Foucault (1978), com o filósofo René Descartes sendo o maior representante da cisão da razão e desrazão, a loucura é entendida como uma desrazão que conduz ao erro, passando a ser submetida ao discurso da razão. Logo Pinel e a psiquiatria do

século XIX vem “libertar” a loucura, tirando os alienados dos HG por considerarem que necessitavam de tratamento, trazendo-os aos Hospitais de Alienados, entretanto o enclausuramento se mantém. Para Chauí-Berlinck (2010) com o discurso da razão da Modernidade e a institucionalização da psiquiatria, o doente mental é tratado como uma forma de alienação social-psíquica: alienação econômico-social visto que destitui-se os indivíduos dos seus bens e psíquica pois destitui-se o indivíduo de si mesmo a partir da lógica que “si mesmo” se define pela posse da “razão”, “assim, a tradição racionalista moderna tacitamente articulou duas formas de alienação: uma, invisível, social e economicamente determinada; outra, visível, posta pelas teorias filosóficas e científicas” (Chauí-Berlinck, 2010, p. 91).

A partir do século XVIII, segundo Amarante (2007), Pinel introduziu várias inovações práticas aos hospitais de alienados (ele utilizava o termo alienado mental ao que viria a ser doença mental), sendo a exclusão social fundamental para a formulação de um diagnóstico mais preciso a fim de propiciar o tratamento moral que uma mente alienada requeria para retomar a ordem e a disciplina, pois para Pinel alguém nessa condição representa perigo à sociedade, por não ter a capacidade de discernir o que é ou não a realidade, desse modo, Pinel associa à loucura a ideia de perigo e de medo. Se no final da Idade Média, o procedimento buscava apenas a exclusão social com as internações nos HG, com a psiquiatria, surgindo como especialidade médica baseando-se na racionalidade científica na Modernidade, o louco passou a ser considerado doente, uma vez que ele começa a receber cuidados, porém baseando-se na noção de doença mental, o que pressupõe que o problema é biológico, isentando a sociedade, estigmatizando-a com a ideia de que a crise é a essência do sujeito e legitimando epistemologicamente a permanência no asilo. Emil Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, corrobora este conceito ao afirmar em 1901 que “todo alienado constitui de algum modo um perigo para seus próximos, porém em especial para si mesmo” (Emil Kraepelin, 1988, citado por Amarante, 2007, p. 31).

Para justificar o isolamento dos loucos, Esquirol – médico psiquiatra francês – dava cinco razões principais: 1) assegurar sua segurança pessoal e a de suas famílias; 2) liberá-los das influências externas; 3) vencer suas resistências pessoais; 4) submetê-los à força a um regime médico; 5) impor lhes novos hábitos intelectuais e morais (Foucault, 1997, p. 54-55).

Para Foucault (1997) no modelo hospitalar de Esquirol o hospício trouxe o processo de dominação médica sobre os doentes, sendo um lugar de diagnóstico e de classificação, com médicos detentores do conhecimento sobre a doença exercendo poder sobre a própria vontade do doente. A internação permite a instituição decidir e intervir onde, como e quando achar preciso.

[...] o puro poder do médico, constatando, no século XX, os efeitos das prescrições de Esquirol — aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o poder do doente; esse, pelo simples fato de estar internado, torna-se um cidadão sem direitos, entregue à arbitrariedade do médico e dos enfermeiros que podem fazer dele o que quiserem, sem possibilidade de apelo (Basaglia, citado por Foucault, 1997, p. 55).

Segundo Amarante (1998, 2007), com a exposição dos campos de concentração, na Segunda Guerra Mundial, a sociedade percebeu que não havia muitas diferenças entre as condições de vida oferecidas nesses locais e nos hospícios, já que em ambos os internados sofriam toda espécie de violência e desrespeito aos direitos humanos. Além disso, com a necessidade de retomada econômica em um período pós-guerra, juntamente com o aumento da demanda por tratamento psiquiátrico surgido neste momento histórico, ocorrem as primeiras experiências de reformas psiquiátricas.

Os movimentos reformistas que tiveram maior visibilidade ocorreram na Inglaterra, na França, nos EUA e na Itália. Conforme Amarante (2007) apresenta, a Comunidade Terapêutica,

na Inglaterra, de Maxwell Jones e a Psicoterapia Institucional, na França, de François Tosquelle, tinham propostas semelhantes considerando que o problema era a forma de gestão dos Hospitais Psiquiátricos, também na França, com a Psiquiatria de Setor de Lucien Bonnafé, e a Psiquiatria Preventiva, de Gerald Caplan, nos EUA, acreditava-se que o hospital e a internação não deveriam ser o principal meio de tratamento, propondo a criação de demais serviços que deveriam acolher as demandas, a fim de evitar novas e/ou repetidas internações.

Aos movimentos denominados Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática, Amarante (2007) aponta como início do processo de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional, por considerarem que o problema estaria no modelo científico psiquiátrico. Para Amarante (2007), os psiquiatras Ronald Laing e David Cooper são nomes importantes na Antipsiquiatria, formularam críticas tanto ao modelo tradicional teórico e político de tratamentos psiquiátricos quanto às estruturas opressoras da organização social.

A Psiquiatria Democrática na Itália teve como protagonista Franco Basaglia que entendeu a necessidade do desmonte das estruturas institucionais de enclausuramento. Segundo Amarante (2007), Basaglia formulou uma prática e pensamento original sobre a ideia de superação manicomial, entendendo que o aparato manicomial não é apenas as suas estruturas físicas, mas os saberes e as práticas científicas, sociais e jurídicas que sustentam tais paradigmas de isolamentos, segregações e patologização das experiências humanas. Com o fechamento de instituições psiquiátricas na Itália, criaram-se vários outros serviços e dispositivos substitutivos e descentralizados. Esses serviços assumiram a responsabilidade do cuidado integral em saúde mental do seu território, buscando reestabelecer o lugar social da loucura e romper com o estigma de periculosidade e de incapacidade do indivíduo.

As experiências dos movimentos reformistas na segunda metade do século XX, principalmente pela experiência de Basaglia, impulsionou críticas e transformações nos saberes e nas práticas quanto às formas de tratamento e nas instituições psiquiátricas ao redor do mundo

e no Brasil. No Brasil no final da década de 1970, ainda em regime de Ditadura Militar, segundo Amarante (1998) iniciou-se o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) com a mobilização de profissionais da saúde mental e de familiares de pacientes convergindo com a mobilização pela redemocratização do Brasil e pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Amarante (1998) aponta a greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) em 1978 como o marco inicial da RPB, dando origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que constituiu um espaço de luta, de discussão e de produção crítica. Para Lüchmann e Rodrigues (2007) o MTSM foi importante com denúncias e acusações ao governo militar sobre o sistema de saúde de psiquiatria que incluía práticas de tortura, fraudes e corrupção, o Movimento levantou questões sobre as condições de trabalho dos profissionais da saúde mental e fez críticas ao modelo manicomial e aos usos de eletrochoques. A partir desse Movimento houve vários congressos no país com participações internacionais importantes do pensamento crítico em saúde mental, como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Caste e Erwing Goffman, dando início a discussões como fala Sergio Arouca – militante e ideólogo do SUS – sobre relação entre saúde e política:

Também não era possível pensar no campo da saúde apenas como um campo determinado por fatores eminentemente biológicos. A saúde tem determinantes sociais, o que implica pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social (Sergio Arouca citado por Yasui, 2010, p. 30).

Em 1987 se destaca o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru-SP, que segundo Amarante e Nunes (2018), ao propor o lema “Por uma sociedade sem manicômios” passa a ter como objetivo extinguir as instituições e as concepções manicomiais transformando-se no

Movimento da Luta Antimanicomial, que até então lutava contra a violência, a discriminação e a segregação no sistema.

Conforme Yasui (2010), em 1989 em Santos-SP a Secretaria Municipal de Saúde determinou a intervenção e a interdição de um hospital psiquiátrico privado, a Casa de Saúde Anchieta, com o desmonte do manicômio implementou-se uma rede de atenção em saúde mental substitutiva com dispositivos como o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) – serviço de portas abertas, com funcionamento 24 horas por dia, 7 dias da semana – formando-se uma rede territorial e uma transformação social, na capital de SP houve a criação de Centros de Convivência e Centros de Atenção psicossocial (CAPS), serviços que foram difundidos pelo restante do país anos mais tarde, entretanto, ainda segundo o autor, a partir de 1994 com vitórias sucessivas de partidos políticos conservadores, estes foram desarticulando essa experiência.

Para Yasui (2010) a experiência em Santos foi importante na conquista do projeto de lei (PL) n.3.657 do deputado Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais. Embora o PL tenha sido apresentado em 1989, levou 12 (doze) anos tramitando pela Câmara dos Deputados e pelo Senado até sua sanção pelo presidente da República em 2001 como a Lei 10.216/01. Nesse período houve várias mudanças, o PL apresentava como proposta central a substituição do modelo manicomial, já a lei aprovada “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental.” (Brasil, 2001), segundo Britto e Amarante (2007) essa diferença marcante da proposta para a lei demonstra a força do empresariado psiquiátrico contra à RPB.

Vasconcelos (2002) traz que, no período de 1992 a 1995 no Brasil, houve um avanço na desinstitucionalização psiquiátrica e a implantação da rede de serviços de atenção psicossocial, com o movimento de reforma ocupando espaço no âmbito político pela Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde, com portarias ministeriais que estabeleciam a normatização e

o financiamento de novos serviços de saúde mental, principalmente os de atenção psicossocial. Nesse período, foram abertos cerca de 200 serviços de atenção psicossocial (hospitais-dia, CAPS e NAPS) “mostrando um processo de substituição gradativa do tipo de assistência psiquiátrica baseada na internação para serviços abertos, de acordo com um novo paradigma de atenção” (Vasconcelos, 2002, p. 28).

Para Sampaio e Bispo (2021) houve grandes avanços na reorganização do modelo assistencial, podendo-se destacar a expansão de serviços psicossociais, a redução de leitos psiquiátricos em hospitais, iniciativas de desinstitucionalização e o fortalecimento do protagonismo dos usuários e dos familiares, entretanto, o mesmo autor aponta que, desde 2016, com grupos políticos conservadores e ultraliberais assumindo o poder no país, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas sofreram mudanças em sua organização e direcionamento ideológico, indo em sentido oposto às proposições da RPB. “Dentre as principais alterações, estão a inclusão dos hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o aumento do repasse financeiro para instituições hospitalares especializadas, o foco na abstinência e o fortalecimento e o financiamento das comunidades terapêuticas.” (Sampaio & Bispo, 2021, p. 3), configurando um avanço do movimento de contrarreforma psiquiátrica no Brasil.

Como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica se configura não apenas como mudança de um subsetor, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética

e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (Yasui, 2010, p.32).

Em 2016, houve o congelamento por 20 anos do limite de teto de gastos para despesas com saúde e outras políticas sociais através de Emenda Constitucional e normativas do Ministério da Saúde recursos financeiros foram redirecionados para hospitais e comunidades terapêuticas, para Onocko-Campos et al. (2018), a sustentabilidade e fortalecimento da rede de serviços de saúde mental no Brasil é um desafio político.

No Brasil a reforma psiquiátrica encontra-se em processo de desinstitucionalização e de criação de serviços substitutivos com enfoque na inclusão social e na promoção da autonomia. Todavia, para que a reinserção social aconteça de forma efetiva é necessário que o cuidado e tratamento oferecido considere as “dimensões psicológicas, sociais, materiais, culturais, biológicas que não podem ser considerados elementos separados, mas compõem a totalidade da existência” (Farinha & Braga, 2018, p.371).

## **SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL CAPS**

A Constituição de 1988 e a Lei 8.080 de 1990 (Brasil, 1990) que instituiu e formalizou o SUS, para Amarante e Nunes (2018), promoveu autonomia e desenvolvimento das políticas municipais de saúde, portarias regulamentaram, no âmbito do SUS, os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas para oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar, além de muitos outros dispositivos como hospitais-dia e centros de convivência e cultura.

Segundo Brasil (2022), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde com equipes multidisciplinar de caráter aberto e comunitário, para atendimento de

pessoas com sofrimento psíquico incluindo pessoas com necessidade devido ao uso de drogas, que estejam em situação de crise ou processo de reabilitação psicossocial, em sua área territorial. Os CAPS podem ser dos tipos I, II, III, álcool e drogas (CAPSad) e infantojuvenil (CAPSi) (Brasil, 2022).

Próchno e Bessa (2016) aponta como característica fundamental no serviço CAPS a noção de sujeito como organizador da rede, para que o dispositivo seja efetivo em seu cuidado em atenção à saúde mental. Para os autores, o CAPS deve elaborar um projeto geral de funcionamento do dispositivo, mas também deve elaborar projetos específicos para cada usuários, sendo considerado a singularidade do sujeito, com sua história, seu território e suas características clínicas.

Segundo Próchno e Bessa (2016) os CAPS são a principal estratégia do processo de RPB, oferecendo uma assistência multiprofissional e territorial, com atendimentos que buscam integrar os usuários ao ambiente social, cultural e aos espaços da cidade em que perpassa seu cotidiano e de seus familiares, espaços esse designado território. Para os autores, o termo território indica o extra institucional “o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (Delgado, 1999, p. 117 em Próchno e Bessa, 2016, p.23).

Os CAPS devem atuar através de práticas substitutivas à lógica manicomial, com a finalidade de produzir saúde, cuidado, acolhimento, vínculo e ter o compromisso com a reinserção social de seus usuários, conforme Pierry et al. (2021), um importante aspecto dos CAPS é a função de interagir e articular com demais dispositivos do território como as equipes de saúde básica. Através do apoio matricial realiza-se o compartilhamento de responsabilidade dos casos, ampliando a clínica.

O CAPS é meio, caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido numa ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho (Yasui, 2010, p.115).

Segundo Amarante e Nunes (2018) em 2011 através da Portaria GM/MS nº 3.088 de 23/12 de 2011 foi instituído o RAPS (Rede de Apoio Psicossocial), aumentando a dimensão de possibilidades de ações em saúde mental e ampliando o acesso da população aos serviços em saúde mental.

### **ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO**

O termo Acompanhante Terapêutico surgiu na Argentina a partir de uma experiência que ocorreu no Centro de Estudos e Tratamento de Abordagem Múltipla em Psiquiatria (CETAMP) dirigida pelo psiquiatra e psicanalista Eduardo Kalina. Os atendentes psiquiátricos tinham a função de acompanhar os pacientes pela instituição e eventualmente em atividades fora dela. Conforme Chaui-Berlinck (2011), duas psicólogas da equipe CETAMP, Mauer e Resnizky, publicaram o livro “Acompanhantes Terapêuticos Paciente Psicóticos” com uma elaboração teórica e prática do Acompanhante Terapêutico, proporcionando maior visibilidade ao trabalho de AT (Acompanhamento Terapêutico).

Segundo Chaui-Berlinck (2011), no Brasil no contexto da RPB, o AT (Acompanhamento Terapêutico) surge como uma alternativa à internação, um recurso para o tratamento em saúde mental, em um momento histórico em que o país luta pela sua redemocratização, os movimentos sociais, incluído os de saúde mental, apresentavam em seus

discursos e projetos políticos a busca pela cidadania e pelo reconhecimento dos que passam por sofrimentos psicossociais como sujeitos de razão e de vontade.

Segundo Palombini (2007), a tarefa do AT iniciou-se acompanhando pacientes em crise com o objetivo de evitar internações psiquiátricas, acompanhando o contexto familiar, garantindo a presença do acompanhado às consultas e às sessões terapêuticas, incluindo passeios à rua e a lugares públicos. A partir das experiências de acompanhamento o AT “passa a ser requisitado também nas situações fora de crise, sugerindo um interesse não apenas por aquilo que o acompanhamento pode evitar (a internação), mas também pelo que ele parece, ainda que vagamente, capaz de produzir” (Palombini, 2007, p. 127).

Silva e Silveira (2013) apresenta a função do AT como intercessor no processo de reinserção social, de forma criativa cuidando para que seja preservado recursos e possibilidades do sujeito, ainda segundo os autores, o AT busca a constituição de novos territórios de vida e de convivência, a criação de conexões nos espaços urbanos e social do sujeito, fazendo aberturas para o novo.

Araújo (2007) explica que o AT, enquanto dispositivo clínico, atua de forma a colocar os acompanhados diante da vida prática, resgatando atividades ou criando atividades novas, podendo se entender assim a rua como o espaço/*setting* clínico, entretanto o autor coloca que o AT também aparece como a forma da própria clínica ou como função clínica, e essa função seria a de passagem, “se tomamos a passagem como função clínica não é unicamente pelo fato do acompanhamento terapêutico passear pela cidade e sim porque passeando pela cidade ele faz passar algo, e aí, nesse passar algo encontramos a clínica” (Araújo, 2007, p. 21).

O AT utiliza-se dos espaços institucionais, da residência do acompanhado, das ruas, das praças, dos comércios, não há lugar fixo, todo espaço pode ser enriquecedor para o acompanhante e para o acompanhado, conforme Lancetti (2008, p.19) o *setting* terapêutico

pode ser construído a partir de “conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando - peripatetismo - são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento”, ou seja, o AT é uma “clínica que acontece fora dos equipamentos tradicionais de tratamento, que se dá na interface do acompanhante, acompanhado e da cidade, clínica da cidade" (Carrozzo, 1997, p.11 citado por Paravidini, 2008, p. 175).

Há uma escassez de trabalhos sobre a formação do acompanhante terapêutico, segundo Tristão e Avellar (2014), a inexistência de cursos e de direcionamento teórico nas graduações de psicologia e em cursos de saúde mental, limita a sua prática e sua inserção nas políticas sociais, sendo o AT, ainda de acordo com as autoras, basicamente inserido em serviços de saúde público através de extensionistas e estagiários de cursos de psicologia, as mesmas autores verificaram que ainda assim fala-se muito pouco sobre AT dentro das universidades.

## **METODOLOGIA**

O panorama histórico do processo de exclusão da loucura, do surgimento da psiquiatria, das reformas que vem sendo construídas pelo mundo e no Brasil com a criação de serviços substitutivos que pretendem extinguir os modelos de tratamento hospitalocêntricos e biomedicalizantes. Assim, o presente trabalho tem como objetivo investigar as potencialidades do AT enquanto dispositivo no processo de reinserção social e reforma psiquiátrica, sobretudo enquanto mediador da relação entre sujeito e contexto social e um articulador e fortalecedor da rede de saúde. O trabalho consiste em um relato de experiência de AT vivida pela pesquisadora por meio de projeto de extensão e estágio realizados nos anos de 2017 e 2018 em um CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas) de uma cidade de porte médio no interior de Minas Gerais.

A experiência em AT durante o estágio ocorreu acompanhando César e Marcos (nomes fictícios), os atendimentos realizados aconteciam com a frequência de 3 (três) vezes na semana e com duração média de 2 (duas) horas por acompanhamento. Pelo estágio é repassado os casos dos usuários César e Marcos: César, sexo masculino, com mais de 50 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, utilizava o serviço do CAPSad por mais de 10 anos devido ao uso abusivo de álcool, apresentava dificuldade em adesão ao tratamento oferecido pelo CAPSad; Marcos, sexo masculino, utilizava o serviço do CAPSad por mais de 10 anos devido ao uso abusivo de álcool, apesar de estar presente nas atividades e tratamentos oferecidos pelo CAPSad não apresentava melhora com o tratamento.

O relato de experiência pautou-se no método da cartografia clínica (Braga, Mosqueira e Morato, 2012; Braga, 2014). A cartografia clínica se caracteriza como uma metodologia de investigação interventiva que se volta para a experiência vivida no campo, possibilitando a compreensão dos múltiplos aspectos que incidiram sobre a experiência. Para Cintra, Mesquita, Matumoto & Fortuna (2017), esta modalidade de pesquisa se diferencia de métodos que defendem a neutralidade na pesquisa e o distanciamento entre pesquisador e objeto, já que parte de um posicionamento epistemológico no qual "considera-se que sujeito e objeto estão juntos na mesma experiência, o conhecimento é tido como criação e a pesquisa é compreendida sempre como intervenção" (p.45).

No escopo deste trabalho, aspectos psicossociais, do manejo clínico, do processo de aprendizagem na formação em psicologia, das condições socioeconômicas encontradas nos casos atendidos, da rede de apoio e do contexto da reforma psiquiátrica na região foram aspectos ressaltados ao discutir e analisar a experiência relatada. As fontes de dados utilizadas consistiram em diários de bordo produzidos pela pesquisadora sobre seu processo de atendimento e convívio na instituição.

Os diários de bordo, segundo Braga (2014) são registros da experiência vivida no campo articulada a percepção do pesquisador sobre a situação da práxis, ou seja, consiste no registro escrito que concretiza os elementos do cenário social. Sendo estes diários lidos posteriormente pelo supervisor clínico, o supervisor contribui com comentários que permite ampliar o olhar sobre a experiência vivida pelo pesquisador. A partir dos diários de bordo construídos ao longo da prática em AT foram selecionados recortes que foram reconstruídos de modo a preservar o sentido da experiência vivida e comunicar o vivido como um acontecimento (Aun & Morato, 2009).

Dos relatos selecionados dos diários de bordo, foram destacados momentos da experiência e acontecimentos a fim de propiciar uma reflexão sobre o acompanhamento terapêutico no contexto da saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. A partir do entendimento de ser relevante à contribuição acadêmica levantando a discussão sobre pontos que foram temas de angústia e desamparo da pesquisadora durante sua prática com o AT como a pouca abordagem teórica sobre o assunto na graduação, assim como, momentos que evidenciaram aspectos como a precariedade da reforma psiquiátrica; as práticas na rede de saúde pautadas pela lógica biomedicalizante; as potencialidades do AT como articulador da rede; e, o AT com dispositivo de reinserção social. Sendo construído, neste trabalho, a discussão no diálogo com pesquisas e autores que discutem sobre os temas abordados no relato de experiência.

### **RELATOS DE EXPERIÊNCIA EM AT**

No quinto período da graduação, iniciei as atividades práticas no curso e me inseri na clínica social por meio de um estágio básico e um projeto de extensão universitária buscando oportunidades de atuação na clínica voltadas às práticas socialmente contextualizadas. Ambas

as atividades me levaram ao mesmo CAPSad: pelo estágio, realizei nele cinco visitas e a partir do projeto extensionista ampliei o número de visitas, buscando contemplar meu anseio de prática. Minha impressão até aquele momento do percurso na graduação era a de que a maioria das disciplinas era voltada para o modelo de atendimento em consultórios: eu escutava exemplos e vivências práticas de professores vindas desse modelo. Assim, estar no CAPSad me abriu um novo universo para a atuação como psicóloga – estar e conversar com os usuários do serviço me fez perceber a necessidade de trabalho com pessoas que estão marginalizadas socialmente.

Todavia, em tais experiências ainda me sentia desamparada, sentindo necessidade de maior preparo teórico, técnico e elaboração do modo como eu era afetada pelas práticas. Realizava diários de bordo (Braga, 2014) nos quais registrava experiências, impressões e questionamentos, verificando a necessidade de aprofundar discussões e referências que situassem minha prática. A partir de algumas mudanças na organização das atividades e na equipe relativas ao estágio e à extensão no CAPSad, tive a oportunidade de conhecer mais a dinâmica institucional. Passei a participar dos grupos oferecidos por diversos profissionais e de reuniões de equipe.

A inserção nos grupos oferecidos pelo CAPSad me colocou em contato com várias maneiras de se fazer grupos, permitindo uma discussão, em supervisão, da relação entre princípios teórico-epistemológicos e práticas oferecidas. Perspectivas mais voltadas à adicção como doença orgânica em geral levavam à organização de grupos mais diretivos e prescritivos, que buscavam determinar diretamente o que os usuários deveriam fazer, enquanto concepções mais multideterminadas do fenômeno da adicção e concepções mais dialógicas do tratamento se traduziam em grupos mais voltados à escuta da experiência dos usuários e à elaboração de projetos e metas no campo daquilo que fazia sentido para cada um.

Nas supervisões, discutíamos os avanços e retrocessos da reforma psiquiátrica a partir das experiências no CAPSad. Os avanços apresentados pela desospitalização, por vezes pouco se articulavam a um avanço nas práticas do cuidado aos usuários dos serviços de modo a oferecer autonomia e reinserção social, conforme Farinha e Braga (2018). Em uma das reuniões de equipe, que contou com a presença do médico psiquiatra, ficou mais evidente a dinâmica de hierarquização, onde o médico ocupava a posição de autoridade, contribuindo a uma prática que leva “à psiquiatrização e medicalização frente à grande demanda e tendência à padronização e autonomização dos serviços” (Farinha e Braga, 2018, p. 373).

Durante a apresentação dos casos que seriam direcionados aos estagiários, muitos profissionais se mostraram frustrados e desesperançados em relação à melhora destes usuários – que faziam uso do serviço há dez anos ou mais em certos casos, sem apresentar melhoras e/ou adesão aos tratamentos propostos. Pela concepção de alguns profissionais, não havia mais modelos de tratamento que já não houvessem sido aplicados e nenhum havia resultados de melhora a esses usuários. Analisando os prontuários do CAPSad desses usuários encontro anos de registros que se limitou em anotar a presença ao serviço, além claro, dos registros de consultas com o médico psiquiatra, o que me leva a pensar na dificuldade de escuta dos aspectos subjetivos e das reais questões que os usuários levavam até o serviço, por parte da equipe profissional daquele CAPSad, e, pelos registros em prontuário a resposta que o serviço oferecia era através de tratamento prescritivos, corroborando com a visão manicomial, a partir do entendimento de doença mental como uma desordem orgânica não é preciso olhar os adoecimentos sociais. Segundo Guimarães, Veras e Carli (2018), a RPB o propósito de desinstitucionalizar, de desconstruir o modelo manicomial asilar encontra alguns desafios, sendo um deles o risco de ficarmos em uma reforma que se restrinja à desospitalização, já que a desinstitucionalização é um processo mais complexo que:

[...] diz respeito ao formato das ações e ao lugar em que a sociedade e os operadores do cuidado dão para a relação que se estabelece com as pessoas em sofrimento psíquico. É preciso que fiquemos atentos ao constante risco que vivemos de promover uma reforma superficial ou uma pseudodesinstitucionalização, na medida em que mantemos os dispositivos de segregação internalizados, produzindo uma prática pouco atenta às práticas manicomialis que podem estar presentes dentro dos diferentes serviços de saúde. (Guimarães, Veras & Carli, 2018, p.98)

Pelo estágio inicio a prática do AT acompanhando o César (nome fictício) – sexo masculino; com mais de 50 anos – que não apresentava adesão ao tratamento, não frequentando o serviço há alguns meses. Foi relatado pela equipe do CAPSad que ele fazia uso de álcool e outras substâncias como a cocaína, tinha o diagnóstico de esquizofrenia e morava com a mãe idosa que tinha dificuldades de locomoção. Sendo uma tia a curadora de sua aposentadoria, recebo dela informações sobre comportamentos agressivos com a equipe de saúde e de acumulador que César apresentava.

Entretanto, durante os acompanhamentos fui percebendo os desencontros de informações em posse do serviço CAPSad, pois, durante os ATs encontro com familiares, vizinhos e com o próprio Cesar, nessas vistas obtenho a informação de que César não fazia uso de cocaína, ele utilizava apenas cigarro de nicotina e eventuais usos de álcool; não apresentava comportamento de acumulador, sua casa era bastante organizada e limpa; e Cesar não apresentou comportamentos agressivo nos atendimentos que realizei. Em visita à UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família), dialogo com o psicólogo e com agentes comunitários da unidade e consigo atualizar essas informações errôneas que havia sobre o caso através do compartilhamento dos encontros que tive com o César, logo diminuindo o medo que a equipe da unidade apresentava em se deslocar até a casa de César para visita. Realizando o AT como

articulador da rede, contribuiu para uma reaproximação do serviço de saúde primário com a família naquele momento, que decide realizar uma visita domiciliar.

Segundo Palombini (2009), o AT sendo um dispositivo que articula diferentes saberes e serviços, trabalhando em rede e percorrendo espaços dentro e fora de instituições – ao mesmo tempo que se orienta pela singularidade de cada caso – consegue trazer para dentro das instituições informações que passam a exigir das equipes institucionais seu reposicionamento sobre a forma de relação e estratégias de cuidado sobre o acompanhado.

O AT com César durou pouco tempo, pois a família conseguiu uma vaga em uma comunidade terapêutica para usuários de drogas em outra cidade, mesmo ele não fazendo o uso abusivo, mas com a justificativa de que ele receberia um cuidado integral e garantia do uso correto das suas medicações, pois a mãe idosa e a tia que morava em um bairro mais distante, não conseguiam garantir o uso correto e contínuo das medicações do tratamento de esquizofrenia do César. A família que apresentava dificuldade no cuidado que César demandava, e, diante da dificuldade da rede de saúde mental com o caso, a internação se apresentou como uma solução para a família, demonstrando como o enclausuramento como forma de tratamento ainda não foi superado.

Com a internação do César em outra cidade, fico impossibilitada de dar continuidade com o AT à ele, assim passo a acompanhar Marcos (nome fictício) – sexo masculino, mais de 50 anos de idade que fazia uso abusivo de álcool.

Durante o AT que realizei com o Marcos, muitos encontros ocorriam dentro do próprio CAPSad. O início nossos encontros basicamente acontecia estando nós dois sentados em uma mesa debaixo de um grande pé de manga, com ele me explicando o funcionamento do CAPSad e do tratamento ali oferecido. Aos poucos fomos ganhando espaços pelo CAPSad, andando até o abacateiro e procurando frutas nele, conversando no espaço destinado à oficina de artesanato

ou mesmo na mesa embaixo do pé de manga, só que falando de sua história de vida, recordando da juventude, vendo fotos do seu passado ou jogando baralho.

Com o tempo, Marcos aceita meus convites para passearmos pelo bairro, assim passamos a utilizar o CAPSad apenas como um ponto de encontro inicial. Através dos passeios descobrimos mesas de xadrez em canteiros centrais, local que passamos a frequentar algumas vezes não para jogar xadrez, mas ocupando desse ponto do bairro de convivência com demais moradores. A partir dessa experiência com as mesas de xadrez, Marcos sozinho encontra uma lagoa em uma área verde do território, passando ele a me convidar a passear por lá durante nossos ATs para me mostrar os micos que ali ele encontrou e gostava de os alimentar. O AT para ele estava sendo um importante meio de ampliação de vida, de ocupação de território e de ressignificação afetiva, aos poucos ele foi adentrando o território a princípio com acompanhante, depois já demonstrando maior autonomia ao circular sem a companhia de um acompanhante.

Para Araújo (2007) o AT tem em sua prática a constante preocupação em pensar táticas de ocupação de territórios, como modos de circular por espaços desconhecidos, criar espaços inexistentes e/ou maneiras de utilizar espaços rotineiros.

Entretanto, ocupação aqui não quer dizer que os territórios estejam dados, prontos a espera de quem, por ventura, venha ocupá-los. Ocupar territórios é, antes de qualquer coisa, liberar as condições necessárias para que potências autônomas criem, tanto o território quanto quem o ocupa (Araújo, 2007, p. 106).

No tratamento em saúde mental a ocupação dos espaços em território é importante para a superação histórica de isolamento e segregação dos acometidos de sofrimentos psíquicos. Os acompanhamentos realizados com Marcos buscavam ampliar sua rota que antes era limitada

aos espaços: casa, CAPSad e bares onde fazia o uso de álcool, para Marcos o AT proporcionou ampliação em sua ocupação pelo território.

Em uma visita ao CAPSad sou comunicada de que Marcos estava ausente das atividades no CAPSad há uns três dias e de que a equipe não possuía informação sobre ele nesse período. Vou até sua casa e o encontro inconsciente na sua cama em meio a garrafas de bebidas vazias. Não consigo uma ambulância através dos telefones de emergência disponibilizados pela rede de saúde e nem pelo Corpo de Bombeiros, devido a pouca quantidade de frota e pela alta demanda da cidade. Acabo levando-o a uma unidade de pronto atendimento com um carro de aplicativo, passando o dia com ele internado.

O dia de internação foi repleto de discursos segregadores e preconceituosos por parte da equipe de atendimento do local, devido ao abuso de álcool, com comentários que associavam o uso de drogas a falha moral. No primeiro momento do atendimento Marcos foi deixado deitado inconsciente em uma cadeira no corredor, em que tive que apoiá-lo em mim para não cair no chão. Após um bom tempo no corredor consigo um poltrona semileito para ele. Com o serviço de pronto atendimento lotado, as enfermeiras não priorizavam o seu atendimento demonstrando dificuldade em suportar um paciente de saúde mental. Após o médico plantonista realizar exames o medicaram e à noite deram alta, eu o acompanhei até a sua casa. Essa experiência, me proporcionou uma vivência concreta do funcionamento em saúde mental da cidade, e como que pacientes sofrem com a falta de preparação para o atendimento em saúde mental pelas equipes profissionais de saúde.

Em outro episódio, Marcos tentou suicídio tomando vários comprimidos de sua medicação psiquiátrica, sendo levado ao pronto atendimento, onde foi realizada lavagem estomacal e ele foi deixado em observação amarrado a uma maca no corredor, usando apenas uma fralda e um lençol cobrindo parcialmente o corpo. Ao encontrá-lo no hospital, ele pede ajuda por se sentir constrangido devido à situação de exposição em que se encontrava. Marcos

teve seu corpo objetificado através do biopoder médico que pretende obter “o controle sobre a vida por meio da manipulação e adestramento dos corpos, retirando deles cada vez mais força.” (Severo & Dimenstein, 2009, p.60). Tentei interceder por ele, entretanto a médica psiquiatra de plantão me recebeu para uma conversa unilateral, marcando a hierarquização do saber médico em relação a outros saberes e desqualificando outras formas de cuidado e atenção em saúde mental, na qual ela reclamou das demandas recorrentes que Marcos apresentava ali, sendo categórica ao dizer que a família deveria buscar pelo tratamento de abstinência, esse discurso médico se mostra em consonância a lógica manicomial, que entende os sujeitos doentes como aqueles que necessitam de contenção e de cuidado pelo outro, retirando dos sujeitos sua autonomia.

Em seu retorno ao CAPSad, após esse episódio, Marcos passou por atendimento com o médico psiquiatra que lhe aumentou a dosagem da medicação e ele saiu dali com as mãos cheias de cartelas do mesmo remédio que utilizou em sua tentativa de autoextermínio. Não houve uma criticidade do serviço do CAPSad diante da demanda que o usuário apresentou, mantendo a forma de tratamento prescritiva ao usuário como conduta necessária em apresentar uma resposta imediata, sem buscar compreender o que Marcos tentava dizer com esses episódios.

Esses episódios evidenciam as dificuldades da rede de saúde da cidade, desde a ausência de recursos para contenção e atendimentos mais rápidos em momentos de crise, quanto ao processo institucional implícito em discursos estereotipados sobre os pacientes, baseados em preconceitos. A ausência de expectativas de melhora afeta o empenho em trabalho em rede e a lógica de corresponsabilidade do SUS. De acordo com Silveira e Santos (2017), os profissionais da saúde com formações baseados no cientificismo histórico acabam por reduzir os sujeitos pelo binômio saúde-doença, e no caso do uso abusivo de álcool e outras drogas o preconceito fica ainda maior pela associação de uso de drogas com comportamentos

delinquentes, praticando ações terapêuticas pautadas pelo princípio da abstinência e da contenção.

## DISCUSSÃO

O processo de reforma psiquiátrica é complexo, exige uma transformação dos serviços de saúde, com substituição de serviços asilares manicomial; estabelecimento de estratégias com o território; mudança de postura e questionamento sobre a forma do cuidado e a relação que se estabelece; e, a corresponsabilidade da rede com as demandas que o território apresenta. Assim, a reforma psiquiátrica “implica estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer e à demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede a esse território” (Yasui, 2010, p.116).

No Brasil, o processo de reforma apresenta grandes avanços com fechamentos de leitos psiquiátricos, fechamentos de instituições de lógica manicomial asilar, com aberturas de serviços substitutivos e descentralizados, como os CAPS, NAPS, Centros de convivência, Residências terapêuticas, entre outros. Entretanto, apesar dos avanços, percebe-se muitos impasses políticos que, nos últimos anos, vem atuando de maneira contrarreformista, destinando recursos financeiros às instituições privadas de modelo asilar com lógica manicomial, como são os casos das comunidades terapêuticas e reduzindo repasses aos modelos substitutivos. A redução de repasses financeiros a saúde pública e para a assistência substitutiva precariza o atendimento em saúde à população, cujos reflexos são sentidos, como por exemplo, na falta de ambulância e de um tratamento mais efetivo diante de demandas em saúde mental.

Contudo, a RPB encontra desafios para além dos políticos e financeiros, pois a desinstitucionalização é mais complexa do que a desospitalização, sendo necessário novos modelos de prática para o cuidado e o acolhimento daqueles com sofrimento psicossocial.

Amarante (2007) fala da atenção primária, em especial da Estratégia Saúde da Família, como promissora para o cuidado em saúde mental, com capacidade de reverter o modelo assistencial biomédico, ou seja, centrado na doença e no tratamento medicamentoso. Para o autor, o modelo centrado na doença cria o ‘hiperespecialismo’ que se concentra na doença e deixa de investir na promoção de saúde.

Em saúde mental, a articulação da rede de maneira corresponsável pelos casos é fundamental, a ideia de complexidade é invertida. Conforme Lancetti em Amarante (2007), na atenção terciária as intervenções são simplificadas, com sedações, medicalizações e isolamento, enquanto na atenção primária as ações são complexas, lidando com os contextos familiares, sociais, econômicos e territoriais das pessoas em sofrimento. Para tanto, as equipes de atenção primária devem receber apoio matricial e bons treinamentos quanto ao entendimento de processos sociais complexos da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária, para contribuir com a melhoria da assistência médica, da promoção de saúde e da consciência sanitária nas comunidades (Amarante, 2007). Assim, quando um paciente de saúde-mental precisar de assistência médica ou outra especialidade no serviço de saúde, que todos os profissionais estejam preparados para atendê-los, não utilizando somente a conduta prescritiva, mas a escuta para tentar identificar as demandas para além das questões físicas.

Nesse processo de reforma, os CAPS possuem o desafio de não reproduzirem atendimentos e tratamentos pautados na lógica manicomial, como por exemplo com foco na medicalização dos sujeitos. Muitos usuários participavam de atividades somente para terem acesso às consultas com psiquiatras para obtenção de receitas. Um risco que o serviço CAPS enfrenta é o da centralização do tratamento, quando este não busca articular os casos com a rede de saúde e com o território e sua comunidade, o que acaba sendo um reprodutor da institucionalização, com foco no tratamento da doença a partir de seu saber especializado, se tornando manicômios de portas abertas. O caso do Marcos, mesmo com o CAPSad relatando

ter dificuldades, o tratamento dele era centrado no CAPSad, não havia projetos de articulação com outros serviços assistenciais a saúde mental pela cidade, por exemplo, além de que, mesmo diante de profundas crises que o usuário apresentou o serviço no CAPSad não buscou se reposicionar sobre um projeto singular, reproduzindo a lógica manicomial biomedicalizante.

Segundo Yasui (2010) a atenção psicossocial deve favorecer práticas que busquem o encontro, no sentido de afetar e ser afetado, buscando assim ampliação da vida e de possibilidades terapêuticas, mas sempre ouvindo e escutando a singularidade de cada vida “marcada pelas condições sociais, econômicas e culturais de um dado tempo e lugar” (Yasui, 2010, p.119), em consonância a Araújo (2007) que traz o AT como clínica do acontecimento e aberturas para o novo, o território se demonstra muito mais rico e complexo do que uma internação.

O AT se apresenta como um importante articulador da rede e do território no processo de RPB, com sua entrada nos territórios buscando a reinserção social e afetiva dos usuários, possibilitando a atuação direta com familiares, com a vizinhança e com a rede de saúde, além da potência que oferece em um cuidado singular. O AT busca as possibilidades e as potências que existem ou podem vir a existir, focando na produção de vida. Tanto para César quanto para Marcos, o AT foi importante em momentos que pude atuar como articuladora e mediadora entre os usuários e o serviço de saúde mental na rede.

A partir da perspectiva de que o espaço está vinculado com a subjetividade e com o adoecimento psíquico, estar no território traz grandes possibilidades de ampliação da clínica. Para o acompanhante, esse é um trabalho que pode se tornar muito difícil, pois o seu próprio corpo se torna a clínica, “trata-se, então, de sustentar a construção de territórios existenciais, cuidar e investir em movimentos de reterritorialização, traçar linhas de vida, construir coletivamente novas formas de convivência com a diferença.” (Benetti, Emerich, Campos & Ricci, 2018, p.20). Com o AT de Marcos foram necessários vários encontros ainda dentro da

instituição até que o espaço foi se ampliando pelo bairro, me colocando enquanto acompanhante na tarefa de sustentá-lo nos primeiros passeios e investindo na sua potencialidade de autonomia.

Entretanto, como os demais serviços substitutivos, o AT deve sempre realizar autocríticas para que não se torne uma instituição ambulante, um reproduzidor de práticas manicomiais e um segregador, estar na rua não é suficiente para garantir a desinstitucionalização.

Romper com a racionalidade médica biologizante e suas práticas centradas na doença, para Yasui (2010), requer uma nova construção da relação entre o sujeito que sofre e o sujeito que cuida, considerando o existir humano em toda sua complexidade.

A doença deve ser colocada entre parênteses naquilo que esse conceito induz e tem como consequências olhares e práticas reducionistas. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença (Yasui, 2010, p.119).

Entretanto, para Paulon, Protazio e Tschiedel (2018), os profissionais tem dificuldade em romper com a tradição cientificista e com o cuidado orientado pela doença, devido a aprendizados estruturantes e formatados por procedimentos e protocolos que ocorrem desde as suas graduações, “formaram-se numa lógica curativa que os ‘obriga’, como profissionais da saúde, a afirmarem seu saber frente àqueles que atendem” (Paulon, Protazio & Tschiedel, 2018, p.14), logo pensar em outras maneiras de cuidar pode parecer um risco à diminuição dos seus saberes, quando Marcos após uma tentativa de suicídio recebe a mesma medicação, porém em dosagem mais alta, o serviço está reafirmando seu saber pautado no binômio saúde-doença como forma de tratamento a ser seguida, tratamento esse pautado na lógica manicomial em que se busca o controle e contenção dos corpos.

Segundo Miez e Silva (2022) os primeiros currículos do curso de formação em psicologia no país baseava-se em uma formação científica com aplicação de técnicas e teorias psicológicas voltadas para a prática profissional clínica. A partir da década de 70, com os movimentos reformistas e demandas que foram surgindo no país, iniciou-se a discussão sobre o modelo de formação em psicologia e o compromisso social, houve debates sobre a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais e publicações de revisões em 2004, 2011 e a proposta de 2018 enfatizou o papel social que a profissão necessita desempenhar em sua prática, além de reforçar a necessidade com o compromisso aos direitos humanos.

Conforme Seixas, Costa, Oliveira, Costa e Yamamoto (2016), desde a regulamentação da psicologia como profissão no Brasil, ocorreram mudanças diretamente associadas à inserção do psicólogo nas políticas sociais. Entretanto, os mesmos autores abordam como que as práticas desenvolvidas pelos psicólogos nos espaços políticos sociais ainda trazem práticas tradicionais da atividade clínica com enfoque intraindividual, com uma visão de homem abstrata e a-histórica. Logo, surge o questionamento sobre o papel da graduação na formação dos psicólogos, “a formação deficitária é associada à falta de preparo e à limitação na atuação, principalmente apontando para o descompasso entre a prática do psicólogo e a realidade socioeconômica na qual atuam.” (Seixas et al., 2016, p.10)

Ainda de acordo com Seixas et al. (2016) é necessário questionar se as mudanças e as discussões sobre o currículo de formação vem sendo o suficiente e colocados em prática sobre as formas de atuações que vá além do modelo tradicional clínico, sendo necessário a preparação dos profissionais para que tenham um pensamento crítico e com uma visão da realidade histórico-político-social em que estamos inseridos. O enfoque maior na preparação para atuação como psicólogo em contextos políticos sociais, assim como as discussões sobre clínica para além do modelo tradicional, ocorreu apenas através de projeto de extensão e estágio por

interesse da pesquisadora e disponibilidade de alguns professores orientadores dentro da universidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho buscou abordar o potencial do dispositivo AT no processo de reforma psiquiátrica, de reinserção social e de fortalecedor e articulador da rede de saúde. Diante da construção histórica e das experiências relatadas, a reforma psiquiátrica ainda se encontra em curso no país, estando distante no processo de superação do foco na doença mental orgânica desconsiderando do processo terapêutico aspectos históricos-políticos-sociais. O AT se mostra uma potente atuação clínica no que se refere: a reinserção social ao adentrar pelos territórios e estar no mundo do e com o sujeito acompanhado, possibilitando maior intervenção em relação ao social; a valorização de potencialidades dos sujeitos marginalizados socialmente, quando se respeita as limitações e incentiva a ampliação do que já há e do que possa vir a ser uma potência; e, ao avanço da luta antimanicomial, pois o AT tem como propósito o rompimento com isolamento como forma de tratamento. Discutiu-se também nesse trabalho as dificuldades de profissionais da rede de saúde em lidar com paciente de saúde mental de forma alinhada à reforma psiquiátrica, sem se pautar pela lógica biomedicalizante e do controle dos corpos, a falta de preparação teórico-prática em outras possibilidades de tratamento que superam o binômio saúde-doença desde a graduação desses profissionais contribuem para a reprodução de tratamentos com enfoque na doença e no sujeito como ser dissociado de contextos econômicos, culturais, sociais, políticos e históricos.

Dessa maneira, seria importante pensar o processo de construção da experiência de AT na graduação, assim como de outras práticas mais progressistas em saúde mental, que não têm sido abordadas de maneira sistemática na formação em saúde mental e na formação em

psicologia. Sendo importante pensar também em como levar aos profissionais já graduados e atuantes da rede de saúde, discussões sobre como eles veem sua prática em saúde mental pela perspectiva da reforma psiquiátrica e como intervir para promover práticas mais condizentes ao movimento da Luta Antimanicomial.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074.
- Araújo, F. (2007). *Um passeio esquivo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade*. Rio de Janeiro.
- Aun, H. A., & Morato, H. T. P. (2009). Atenção psicológica em instituição: plantão psicológico como cartografia clínica. Em: Morato, H. T. P., Barreto, C. L. T., & Nunes, A. P. (Coords.) (2009). *Aconselhamento Psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Benetti, A. S., Emerich, B. F., Campos, R. O. & Ricci, E. (2018). Percursos de cuidado a usuários de álcool e outras drogas: a clínica em movimento. *Revista de Psicologia da UNESP*, 17(2), 01-12.
- Braga, T. B. M., Mosqueira, S. M., & Morato, H. T. P. (2012). Cartografia clínica em plantão psicológico: investigação interventiva num projeto de atenção psicológica em distrito policial. *Temas em Psicologia*, 20(2), 555-570.

- Braga, T. B. M. (2014). *Atenção psicológica e cenários sociais: ação clínica, instituições e políticas públicas na promoção da cidadania*. Curitiba: Juruá.
- Brasil (2001). *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, DF.
- Brasil (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília-DF.
- Brasil (2022). Ministério da Saúde. *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 de julho de 2022 em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental>
- Britto, R. C., & Amarante, P. (2007). Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e Garantia dos Direitos de Cidadania das Pessoas com Transtornos Mentais - Análise de sua aplicação. *Revista Saúde Pública do Mato Grosso do Sul*; 2(2). 7-12.
- Cintra, A. M. S., Mesquita, L. P. de, Matumoto, S., & Fortuna, C. M. (2017). Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. *Fractal: Revista de Psicologia*, 29(1), 45-53.
- Chauí-Berlinck, L. (2010). O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 90-96
- Chauí-Berlinck, L. (2011). *Andarilhos do Bem: os caminhos do acompanhamento terapêutico*. Tese Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Farinha, M. G., & Braga, T. B. M. (2018). Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(3), 366-378.

- Foucault, M. (1997). *Resumo dos cursos do Collège de France (1970- 1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Guimarães, A. C. A., Veras, A. B., & Carli, A. D. de (2018). Cuidado em liberdade, um encontro entre Paulo Freire e a reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 91-103.
- Lancetti, A. (2008). *Clinica peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lüchmann, L. H. H., & Rodrigues, J. (2007). O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 399-407.
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., Sá, R. C. da N., & Camino, L. F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *PsicoUSF*, 13(1), 115-124.
- Miez, W. A., & Silva, L. X. de B. (2022). Institucionalização do ensino da história da psicologia no brasil: da reforma Benjamin Constant, ao currículo mínimo e às diretrizes curriculares nacionais. *SciELO Preprints*. Recuperado em 01 de agosto de 2022 em <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3387>
- Onocko-Campos, R. T., Amaral, C. E. M., Saraceno, B., Oliveira, B. D. C., Treichel, C. A. S., & Delgado, P. G. G. (2018). Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 42.
- Palombini, A. (2007). *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica da reforma psiquiátrica*. Tese (Doutorado). Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Paravidini, J. L. L., & Alvarenga, C. (2008). Acompanhamento Terapêutico (AT) e saberes psicológicos: enfrentando a história. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1(2), 172-188.
- Paulon, S. M., Protazio, M. M., & Tschiedel, R. (2018). “Eu sei o que é saúde mental!”: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 6-32.
- Pierry, L. G., Tassinari, T. T., Schuch, M. C., Souto, V. T., Soccol, K. L. S., & Terra, M. G. (2021). Gênero e assistência psicossocial: perspectiva de usuárias sobre o Caps-AD. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 16(1), 1-13.
- Próchno, C. C. S. C., & Bessa, W. L. C. (2016). Os efeitos da contemporaneidade nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Subjetividades*, 16(3), 21-33.
- Sampaio, M. L., & bispo, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19.
- Seixas, P. de S., Costa, A. L. F., Oliveira, A. M. de, Costa, J. P. da, & Yamamoto, O. H. (2016). As políticas sociais nas disciplinas dos cursos de graduação em Psicologia no Brasil. *Psicologia em Pesquisa*, 10(1), 9-16.
- Severo, A. K. de S., & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 59-67.
- Silva, D., & Silveira, R. W. M. (2013). Devires e drivers da clínica: acontecimentos no acompanhamento terapêutico. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(1), 71-89.
- Silveira, R. W. M., & Santos, T. M. dos. (2017). Escola de redução de danos: uma experiência de educação permanente em saúde. *Revista do NUFEN*, 9(3), 220-233.

Tristão, K. G., & Avellar, L. Z. (2014). Acompanhantes terapêuticos na Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil: quem são e o que fazem?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(50).

Vasconcelos, E. M. (Org.) (2002). *Saúde mental e serviço social o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.