

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

PPGPSI - PÓS GRADUAÇÃO PSICOLOGIA

ISABELA MASINI ESPÍNDOLA

Supervisão de campo na formação de estudantes em Acompanhamento Terapêutico: uma perspectiva fenomenológica existencial.

Uberlândia

2024

ISABELA MASINI ESPÍNDOLA

Supervisão de campo na formação de estudantes em Acompanhamento Terapêutico: uma perspectiva fenomenológica existencial.

Trabalho de Dissertação apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Benevides Magalhães Braga

Uberlândia

2024

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

E77
2024

Espindola, Isabela Masini, 1995-
Supervisão de campo na formação de estudantes em
Acompanhamento Terapêutico [recurso eletrônico] : uma
perspectiva fenomenológica existencial. / Isabela Masini
Espindola. - 2024.

Orientadora: Tatiana Benevides Magalhães Braga.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.464>
Inclui bibliografia.

1. Psicologia. I. Braga, Tatiana Benevides Magalhães,
1979-, (Orient.). II. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 462, PPGPSI				
Data:	Oito de agosto de dois mil e vinte e quatro	Hora de início:	10:00	Hora de encerramento:	12:00
Matrícula do Discente:	12222PSI012				
Nome do Discente:	Isabela Masini Espíndola				
Título do Trabalho:	Supervisão de campo na formação de estudantes em Acompanhamento Terapêutico: uma perspectiva fenomenológica existencial				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Atenção Psicológica e Sistema Único de Assistência Social				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Cristine Monteiro Mattar - UFF; Elza Maria do Socorro Dutra - UFRN; Ricardo Wagner Machado da Silveira - PPGPSI/UFU; Tatiana Benevides Magalhães Braga, orientadora da candidata. Ressalta-se que todos os membros da banca participaram por web conferência, sendo que a Prof.^a Dr.^a Cristine Monteiro Mattar participou da cidade do Rio de Janeiro - RJ e a Prof.^a Dr.^a Elza Maria do Socorro Dutra participou da cidade de Natal; os Professores Doutores: Ricardo Wagner Machado da Silveira, Tatiana Benevides Magalhães Braga, e a discente Isabela Masini Espíndola, participaram da cidade de Uberlândia - MG, conforme a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos, a presidente da mesa, Dr.^a Tatiana Benevides Magalhães Braga, apresentou a comissão examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu à discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação

interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana Benevides Magalhães Braga, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/08/2024, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Wagner Machado da Silveira, Membro de Comissão**, em 08/08/2024, às 11:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristine Monteiro Mattar, Usuário Externo**, em 08/08/2024, às 13:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elza Maria do Socorro Dutra, Usuário Externo**, em 08/08/2024, às 19:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5539737** e o código CRC **A13A21A8**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Prof.^a Dra. Tatiana Benevides Magalhães Braga, que me orientou e me ensinou tanto. Sua inteligência, força e empatia são inspirações para mim e seu cuidado me garantiu a coragem de explorar mais caminhos do que pude imaginar.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida durante os anos do curso, que permitiram esse meu percurso transformador. Ao lutar por uma psicologia democrática, com acesso à saúde e à educação de qualidade para todos, espero poder continuar retribuindo à sociedade todo esse investimento. Conseqüentemente, sou grata ao presidente Luís Inácio Lula da Silva, que trouxe de volta a esperança e a fé em um país onde vale a pena viver.

À avó Irene e ao avô Walter, que me apoiaram de maneiras indescritíveis, sou grata todos os dias pela saúde de vocês. À minha mãe, pelo amor ao pensamento crítico; ao meu pai, pelo apoio; e aos meus irmãos, pela vida compartilhada. Em memória da avó Denny, exemplo de mulher forte.

Ao meu companheiro, Guilherme, por reinventar o sentido de afeto e cuidado ao meu lado durante todo esse processo.

À minha amiga, Thais, pelo incentivo e acolhimento mesmo quando longe, à Mari pela fortaleza e atenção, a Caio, Malu, Gus, Jaque, Nath, Gio, Jay e demais amigos que tornaram meus dias mais felizes.

E, por fim, agradeço profundamente a todos que confiaram no meu trabalho como psicóloga nesses anos de dedicação à profissão. Vocês são a razão deste movimento.

“Talvez o esquecimento, como uma nevasca suave, pudesse entorpecer e esconder aquilo tudo. Mas aquilo tudo era parte de mim. Era a minha paisagem.”

(Sylvia Plath, “A redoma de vidro”, 1963, p. 266)

RESUMO

A formação contextualizada em saúde mental demanda dispositivos formativos que atuem territorialmente e se articulem à rede pública de saúde e assistência social, à educação, à justiça e a outros direitos de cidadania. No contexto brasileiro, a partir do período de redemocratização, disseminam-se as práticas territoriais — em especial o acompanhamento terapêutico — em um cenário complexo envolvido pela tradição histórica colonial, por demandas públicas, por diretrizes neoliberais na organização do ensino superior, pela herança do modelo de clínica liberal individualizada, entre outros. Assim, o presente estudo visa relatar a experiência de supervisão de campo como dispositivo de formação na prática do acompanhamento terapêutico como elemento articulador da rede e promotor da clínica ampliada. Utilizando a cartografia clínica de perspectiva fenomenológica, foi realizado o acompanhamento da supervisora de campo junto aos estagiários registrado por meio de diários de bordo e da participação nas supervisões com a docente responsável pelo estágio, gravadas e transcritas. A análise qualitativa baseou-se na hermenêutica fenomenológica, articulando os sentidos do percurso no território e da formação ao campo histórico social constituinte das experiências. Sendo assim, observou-se que as práticas territoriais demandam novos modos de atenção em campo, que considerem as múltiplas dimensões envolvidas na produção de uma demanda, como fatores socioeconômicos, a rede de apoio psicossocial e os espaços de socialização dos envolvidos. Deslocados do espaço protegido da clínica escola, os alunos em formação necessitam de referências e recursos diversos para uma atuação pertinente e para a compreensão do processo de intervenção territorial. Nesse sentido, a supervisão de campo atua na esfera pedagógica, permitindo o acesso a orientações no momento do atendimento, e na esfera clínica, oferecendo acolhimento e escuta ao próprio estagiário, permitindo o cuidado aos cuidadores em campo.

Palavras-chave: visitas com preceptor; supervisão; serviços comunitários em saúde mental; acompanhamento terapêutico; psicologia; intervenção psicossocial

ABSTRACT

Contextualized training in mental health demands training devices that act territorially and are linked to the public health and social assistance network, education, justice and other citizenship rights. In the Brazilian context, from the period of redemocratization onwards, territorial practices became widespread, especially therapeutic support, in a complex scenario, involving the colonial historical tradition, public demands, neoliberal guidelines in professional training and in the organization of higher education, the inheritance of the individualized liberal clinic model, among others. Thus, the present study aims to report the experience of field supervision as a training device in the practice of therapeutic monitoring as an articulating element of the network and promoter of the expanded clinic. Using clinical cartography from a phenomenological perspective, the field supervisor monitored the interns, recorded through logbooks, and participated in supervision with the teacher responsible for the internship, recorded and transcribed. The qualitative analysis was based on phenomenological hermeneutics, articulating the meanings of the journey through the territory and training to the social historical field that constitutes the experiences. Therefore, territorial practices demand new modes of care in the field, which encompass the multiple dimensions involved in the production of a demand, such as socioeconomic factors, the psychosocial support network and the socialization spaces of those involved. Displaced from the protected space of the school clinic, students in training need diverse references and resources for relevant action and for understanding the process of territorial intervention. In this sense, field supervision operates in the pedagogical sphere, allowing access to guidance at the time of care, and in the clinical sphere, offering welcome and listening to the intern, allowing care for caregivers in the field.

Keywords: visits with preceptor; supervision; community mental health services; therapeutic monitoring; psychology; psychosocial intervention

SUMÁRIO

Os passos do eu ao encontro do outro: Casos e acasos que me trouxeram aqui _____	10
1 - Formação em psicologia e Clínica Ampliada _____	16
2 - O acompanhamento terapêutico: de dispositivo da reforma psiquiátrica a campo de atuação e pesquisa _____	26
3 - Supervisão de Campo enquanto dispositivo de formação e atuação _____	44
4 - Cartografia clínica como metodologia _____	56
5 - Histórias de acompanhamento terapêutico e supervisão de campo _____	63
5.1 Caso 1 Família J: Construção de <i>setting</i> _____	65
5.2 Caso 2 Violência Doméstica - Mediação da rede _____	77
5.3 Caso 3 Isolamento Social - Visita Domiciliar _____	86
6 - Clínica e formação: dimensões da supervisão de campo _____	93
6.1 A construção do <i>setting</i> focada no campo do Acompanhamento Terapêutico _____	94
6.2 O papel pedagógico no contexto clínico _____	100
6.3 O cuidado direcionado ao estudante _____	103
6.4 A relação da rede e o território _____	105
7 - Considerações finais _____	111
Referências _____	116

Os passos do eu ao encontro do outro: casos e acasos que me trouxeram aqui

“Antes de me organizar, tenho que me desorganizar internamente. Para experimentar o primeiro e passageiro estado primário de liberdade. Da liberdade de errar, cair e levantar-me.” Clarice Lispector, *Água viva*.

A frase “tudo é político” poderia ser introdutória da minha jornada na vida e nesta pesquisa — no sentido Arendtiano¹ de que política é o que se produz na relação entre diferentes pessoas à medida que se estabelecem como seres sociais. Somos constantemente afetados pelo nosso meio, pelo mundo que experienciamos e pela forma como absorvemos esses afetos.

Muitos pensadores como Platão, Karl Marx e Hannah Arendt, fazem esse sobressalto do pensamento filosófico sobre o sentido do sujeito como indivíduo, para pensar a política e o social, na busca de compreender os movimentos massificadores que determinam — através da cultura, da história e do saber — a condição do homem na sociedade e quais os impactos do mundo na construção da subjetividade desses sujeitos. Seguindo essa compreensão do sujeito como ser social, eu não conseguiria conceber uma pesquisa que não se propusesse, também, a pensar sobre o meu lugar enquanto psicóloga, pesquisadora e mulher na busca por contribuições a uma psicologia que se propõe a cuidar de pessoas. Especialmente no processo de compreender o lugar da psicologia hoje e de identificar quais formas possíveis de fortalecer os movimentos direcionados a atuações mais socialmente implicadas, como forma de democratização da saúde e da dignidade.

Minha história com a Universidade Federal de Uberlândia (UFU) começou há 28 anos. Por conta de um ressecamento da placenta de minha mãe, nasci prematuramente no hospital universitário (HC-UFU), onde havia os melhores equipamentos neonatais na época.

Foi após essa gravidez, sua segunda de risco, que minha mãe foi diagnosticada pela primeira vez com depressão pós-parto e que, conseqüentemente, minha vida também passaria a ser marcada pelas implicações do que chamamos hoje de psiquiatrização da vida. Pensar sobre como essas experiências me trouxeram até este presente estudo é assumir o lugar que ocupo nas reflexões trazidas e entender como, somente ao me reconhecer enquanto parte do mundo sobre o qual reflito, eu consigo falar a respeito da possibilidade de ser afetada por ele.

¹ Hannah Arendt foi uma filósofa e política alemã de origem judaica que viveu entre 1906 e 1975. É reconhecida pelos seus estudos sobre as relações do homem com a política, lutando contra o antissemitismo e refletindo sobre o totalitarismo e as condições do sujeito na sociedade.

Crescer em um ambiente que refletia sofrimentos causados pelo que foi denominado um transtorno depressivo, me abriu muito cedo para experiências de questionamento existencial. Lembro-me, desde pequena, de escutar de outros sujeitos que os motivos da angústia de minha mãe não eram válidos, na medida em que, na opinião deles, não havia justificativa para alguém com uma vida “tão boa”, estar tão mal a ponto de não querer viver.

A partir dessa experiência, o que se passava dentro de um ser humano se tornou um mistério que eu queria desvendar: se o sofrimento tem nome, mas não é compreensível de forma universal, esses nomes são muito mais fenômenos culturalmente e historicamente determinados do que simplesmente manifestações biológicas. Palavras como “louca, ingrata, revoltada, esquerdista, fraca, etc.” eram usadas para definir um transtorno que não se justificava para uma sociedade burguesa. Foi um longo caminho até eu entender que saúde também é política, que é sobre gênero, classe, cor e sobre todas as normativas sociais construídas dentro da sociedade do capital, do racional e do “individual” em que nos situamos.

Na casa em que cresci, havia um quarto com uma parede lotada de livros de minha mãe. Entre filósofos, clássicos e títulos de autoajuda, encontrei-me pela primeira vez com Freud e a psicanálise, e achei que estava diante das soluções para minhas questões. Paralelamente, fui fazer psicologia na faculdade em que nasci, achando que ali estariam as respostas que eu buscava sobre a condição humana e que, entendendo as pessoas, saberia lidar melhor com elas. Não obstante, a cada ano que se passava, com a vida adulta se tornando mais complexa, eu encontrava mais perguntas e mais fundo era instigada a investigar sobre os sentidos que se criavam para o mundo. De fato, o que mais me intrigava era compreender como pessoas em condições de vida tão precárias encontram seu sentido para a viver, como que, apesar de tantos “avanços”, nunca tivemos uma sociedade tão adoecida e como a ciência tem contribuído para uma melhora efetiva na vida dos sujeitos se, muitas vezes, está implicada da mesma lógica adoecedora que os condena ao sofrimento.

Foi no início do terceiro ano de faculdade, no quinto período, em um projeto de extensão no qual me inscrevi, que tive meu primeiro contato com uma outra pessoa e ocupei esse lugar do imaginário de “psicóloga”, mesmo que ainda como estudante. E, embora hoje olhe pra trás consciente de quão pouco eu sabia naquela época, esse foi um caso extremamente complexo que rendeu muitos estudos, trabalhos, capítulos de livros e que volta a ser trabalhado mais adiante nesta pesquisa. Tal complexidade se deve tanto à sua magnitude de vulnerabilidade social, quanto ao fato de ter me aberto para dois fatores importantes no encontro com minha trajetória formativa e profissional na psicologia.

Primeiramente, ilustrou a noção de que cada ser humano é um conjunto de incontáveis elementos e de que há ferramentas que buscam abarcar o máximo possível destes, tanto na forma de olhar quanto no modo de cuidar dos sujeitos. Foi assim que conheci o Acompanhamento Terapêutico e passei meus três anos seguintes, até o fim do curso, explorando esse trabalho de diversas formas possíveis: com diferentes professores, abordagens, instituições e acompanhados.

Segundo, me apresentou uma corrente filosófica, trazida para a clínica psicológica como fenomenologia-existencial. Assim como eu, essa doutrina se voltava ao processo de questionar profundamente o que se colocavam na forma de “definições” sobre o homem e buscava reconstruir maneiras de entender seu funcionamento não como fatos, resultados, verdades ou modelos fixados que respondem às demandas normativas da nossa sociedade, mas enquanto algo que está sendo constituído a cada momento pelo seu tempo, espaço e modos individual e coletivo de elaborar.

Estas foram descobertas importantes para encontrar sentidos em um caminho que eu já trilhava ao ver o homem não como condenado a se adequar às regras do meio em que vive, mas sim sujeito que está diretamente implicado pela realidade. Pessoas estas que precisam, em primeiro lugar, refletir sobre esse contexto e entender o adoecimento como algo também do campo do social e da política, além de compreender que, às vezes, o sintoma é a maneira mais saudável de responder a um ambiente adoecido e não uma falha individual a ser culpabilizada.

Entendo que, se formos seguir um caminho de defesa da dignidade humana, é preciso coletivizar a luta pela saúde e despatologizar a vida. Assim, vou encontrando minha jornada na saúde mental, no esforço antimanicomial e no desenvolvimento de uma psicologia voltada à cidadania em tempos tão difíceis de sustentá-la.

Assumir esse lugar de investigadora de modos de ser e de se relacionar com o mundo, não traz mais respostas objetivas — ao contrário do que propõe a ciência positivista, que marca o que é considerado conhecimento válido para grande parte dos pares intelectuais. Trata-se, longe disso, de uma compreensão de que não existe neutralidade quando se olha para o mundo, pois só é possível ver com olhos próprios, marcados por quem eu sou, pelo que passei e pelo que esses olhos são capazes de enxergar. É partir da concepção de que, apesar de vivermos em uma realidade em comum a todos, a maneira como cada um é afetado por ela é parte de sua constituição individual. Assim, a forma como cada um responderá às experiências com o mundo, como irá aprendê-lo e interpretá-lo não é passível de definições teóricas pré-determinadas, mas sim, deve ser abordada considerando a produção de formas de olhar e cuidar desses sujeitos.

É nesse sentido que minha trajetória acadêmica buscou romper com a realidade na qual fui inserida para, então, conhecer mundos tão diferentes do meu. Assim, me abro ao estrangeiro, me desterritorializo e aprendo a conhecer o outro não só pelo que se é dito, mas também na vivência conjunta, nas experiências compartilhadas, no corpo e no ritmo que o move. Adentrar na casa, na clínica, no transporte, nos espaços dessas pessoas é uma forma revolucionária de criação de novas possibilidades, acontecimentos e desencontros com o que já está dado, mas é também estar profundamente aberta a sentir essas realidades na pele, a ponto de me permitir ser radicalmente transformada.

É nesse sentido que o presente trabalho não busca oferecer respostas, mas propor a criação de novas formas de oferecer cuidado. Isso não só para aqueles que buscam um apoio psicológico, mas, principalmente, aos que se propõem a oferecer-se como cuidador nessa jornada tão complexa que é se abrir a um mundo novo, ao infamiliar, à alteridade de novos encontros, estar à deriva. À medida que vamos experienciando esse deslocamento ao desconhecido do outro, somos convidados a nos reinventar, criar um espaço que é um “entre”: entre mim e o outro há algo que pode ser construído de novo. É próprio das relações produzir em seus encontros algo do inesperado, esse é um convite para encontrar este algo. É experienciando as possibilidades de relações e criações que podemos construir novas formas de ser e compreender o mundo.

A problemática dessa pesquisa se desenvolveu nas experiências em campo: as minhas, as dos colegas e as da própria orientação. Deslocar-se para a realidade do sujeito acompanhado é, em primeiro lugar, se desprender de muitas das condições controladas e protegidas de um *setting*², das teorias e de si, para se abrir a toda e qualquer possibilidade que aquele espaço possa produzir.

No entanto, o excesso de possibilidades e de liberdade³ — como vemos na condição do homem, que está constantemente em busca de respostas e sentido para tudo — muitas vezes é angustiante e pode ser um desincentivo para uma pessoa que está em formação e busca segurança no saber-fazer. Ao longo dos anos, vivi e testemunhei diversas situações que

² *Setting* é um pressuposto desenvolvido, principalmente, pela clínica psicanalítica e refere-se às condições da construção da relação terapêutica. Assim, reflete sobre as configurações do ambiente, do lugar que cada um ocupa, das estruturas da relação, etc. Pensar na ideia de um *setting* diz *sobre* a própria clínica, que simboliza um ambiente favorável para a realização da terapia, que protege essa relação e a isola do ambiente externo, sustentando a necessidade do sigilo clínico e da segurança de ambos. Essa ideia vai sendo reelaborada a partir da visão do Acompanhamento Terapêutico e da Fenomenologia Existencial ao longo deste trabalho.

³ Muitos pensadores discutem sobre a liberdade, mas Heidegger foca nessa questão se desdobrando sobre o conceito de angústia ao refletir a respeito da indeterminação ontológica do sujeito e sobre como o modo de ser no mundo do ente é definido no próprio processo de existir, ou seja, nada está pré-determinado, há sempre possibilidades de ser.

colocavam em xeque os limites do cuidado em campo: até onde podemos ir? Como lidar com uma situação inesperada? Como acolher certas demandas que vão além das palavras? Como criar espaços possíveis de trocas? Como preservar a segurança, ao mesmo tempo em que se abre ao novo? etc.

Quando tratamos de demandas muito graves, como pacientes em crise ou usuários de drogas, situações de violência, condições de vida muito precárias, entre outros, torna-se necessário um olhar e uma atenção capazes de cuidar desse vínculo e do espaço, buscando ali possibilidades de intervenção que sejam condizentes com as demandas e as ferramentas disponíveis dentro daquela realidade, além de uma escuta qualificada.

Sendo assim, ao nos propormos a cuidar do sujeito e, ao mesmo tempo, da sua realidade, não há como mensurar, de antemão, como e quais serão as condições destes, mas podemos desenvolver metodologias, práticas, ferramentas e referências sobre as possibilidades de olhar, cuidar, analisar e intervir na vida desses sujeitos.

Lembro-me de um elogio em orientação que me marcou profundamente: me disseram que eu era uma pessoa que pegava um caso difícil, que ninguém mais acreditava poder ajudar, e ia até o fim para tentar criar novas possibilidades para tal condição. No fim, apesar dessa característica me promover a possibilidade de estar em diversos lugares e de aprender tantas coisas, muitas vezes me colocava em situações difíceis no campo, das quais hoje percebo os riscos e implicações. De todo modo, foi a partir dessas experiências que aprendi melhor, e é desse aprendizado que posso compartilhar saberes e, principalmente, o lugar que venho desenvolvendo nesta pesquisa sobre supervisão de campo no campo do AT.

Para tanto, a proposta do primeiro capítulo deste estudo é passear histórica e culturalmente, refletindo sobre qual psicologia estamos elaborando no Brasil e a respeito de quais necessidades de formação dos profissionais desse campo têm sido relevantes. Entendendo que toda produção é marcada pelo seu tempo, sua história e a sociedade que a elabora, essa viagem epistemológica sobre a chegada, o desenvolvimento e as mudanças que são produzidas na psicologia são fundamentais para entendermos como e porque estamos propondo novas possibilidades de formação e atuação no contexto brasileiro.

Esse primeiro ponto reflete sobre como a psicologia chega importada dos lugares ditos “desenvolvidos” e passa a ser reproduzida de forma acrítica em uma sociedade com muito mais desigualdade e diversidades sociais, na tentativa de modernização e controle social, servindo como forma de avaliar e controlar os sujeitos em um país com histórico político e cultural opressivo e religioso. Elabora, também, que, somente no processo da redemocratização e da criação de uma “constituição cidadã”, esse campo passa a ser mais influenciado por

movimentos sociais, coletivos e inclusivos, mas que, ainda hoje, se desenvolve na luta pela superação dessas heranças “tradicionalistas”. Assim, se faz necessário pensar como as influências políticas, econômicas e culturais estão diretamente ligadas ao desenvolvimento da psicologia e como, para existir uma formação mais socialmente implicada, é fundamental um movimento social em conjunto, que defenda os interesses das populações mais vulnerabilizadas ao acesso à saúde, buscando compreender mais a fundo a realidade em que estão inseridas.

No segundo capítulo, introduzimos o trabalho do Acompanhamento Terapêutico (AT) como ferramenta construída e permeada pelas demandas que defendem os movimentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Para isso, retornamos à essência desses movimentos para entender quais críticas estavam sendo feitas e quais propostas de mudanças foram construídas por meio desses esforços. De modo a, então, compreender como o AT responde a essas emergências e porque é um trabalho cujo estudo é tão necessário e fortalecido na psicologia, compreendendo os motivos pelos quais ainda é uma ferramenta marginalizada na formação superior. Ademais, ressaltamos sua relação com a filosofia fenomenológica-existencial, enquanto aplicação clínica, entendendo o *ente*⁴ como ser-no-mundo, em construção com o ambiente e a realidade que o cerca, assim como com o trabalho territorializado e contextualizado, ligados a essa perspectiva.

O terceiro capítulo apresenta a supervisão de campo como ferramenta de fortalecimento da formação de estudantes de psicologia no AT. Para tanto, analisa-se o que é desenvolvido teoricamente sobre ela e sua importância na formação de alunos, assim como os trabalhos existentes a seu respeito em outras áreas da saúde e como propomos que tais conhecimentos sejam utilizados no AT.

Assim, seguimos para o capítulo metodológico da pesquisa com o objetivo de apresentar uma proposta de pesquisa participativa, em que atuo como supervisora de campo com alunos de um estágio profissionalizante de AT na rede de assistência social e da saúde mental. Nesse ponto, a cartografia clínica é utilizada como forma de conhecer e atuar diretamente com a realidade a ser analisada e o relato de experiência, com diários de bordo e gravações das supervisões em grupo, para expor os resultados obtidos nesse processo em um quinto capítulo composto por histórias profundas de trocas experienciais.

⁴ O *ente* para Heidegger é algo ou alguém que existe concretamente, nesse caso, o sujeito ao qual se refere. Já *ser* é uma ação constituída na relação desse sujeito com a sua realidade, é a possibilidade de existência que esse *ente* possui. Nesse sentido, o homem é o *ente* privilegiado por ter a capacidade de pensar e reestruturar o seu modo de ser no mundo.

Serão apresentadas três histórias que foram transformadas pelo nosso trabalho de acompanhamento terapêutico — composto por mim, no papel de acompanhante (supervisora de campo), pelos acompanhantes terapêuticos, pelos estagiários, também acompanhantes, e pela supervisora institucional que também é orientadora desta pesquisa. Os casos retratados consistem nos de uma família em situação de extrema vulnerabilidade, de uma mulher e seu filho vítimas de violência doméstica e, por fim, de uma senhora com diagnóstico de esquizofrenia e com escassa relação com o mundo social.

Enfim, no último capítulo, se propõe uma análise das vivências pelo olhar fenomenológico, trazendo os afetos, as diferentes visões construídas em supervisão. Além disso, os resultados deste trabalho são apresentados como forma de construção de ferramentas clínicas que fortaleçam os movimentos sociais da psicologia em prol de uma atuação humanizada, contextualizada e política.

Nesse sentido, esta pesquisa propõe-se a oferecer reflexões sobre pelo menos duas dimensões: primeiro, sobre as necessidades da formação em psicologia e, segundo, a respeito da perspectiva epistemológica que circunda o que é o trabalho ampliado no campo do Acompanhamento Terapêutico com o desenvolvimento de ferramentas para fomentar tal atuação. Apresentam-se, também, questionamentos sobre qual psicologia tem sido desenvolvida na nossa sociedade, reconhecendo os avanços sociais e históricos resultantes de muita luta de tantos profissionais qualificados e pacientes conscientes de seus direitos, quais embates são relevantes para entender as dificuldades de mudanças e como ainda é possível investir nessas reformas.

Com o objetivo de fortalecer esse movimento, propõe-se expandir a qualificação na formação de estudantes que se utilizam do dispositivo do Acompanhamento Terapêutico como forma de cuidado ampliado na saúde mental e assistencial da população. Propondo, assim, a supervisão de campo como método de ensino-cuidado por meio de relatos de algumas experiências relevantes para tais análises, registradas ao longo desse processo.

1 - O lugar do Acompanhamento Terapêutico na Formação em psicologia

A formação da psicologia no Brasil, enquanto saber e profissão, é um processo histórico marcado por diversos movimentos políticos, sociais e econômicos. Portanto, é a partir desses movimentos que é possível compreender sua construção e seus desdobramentos na sociedade.

Desde o início da formação universitária no país, com a chegada de D. João VI, até meados do século XIX, os saberes psicológicos vinham sendo importados dos países europeus e norte-americanos e eram marcados pela ênfase nos modelos biológicos da neurofisiologia e por explicações individualizadas dos problemas psíquicos, carregando uma herança elitista, racista e escravocrata, que permanece em teorias sociais e psicológicas que justificam geneticamente e individualmente as mazelas sociais (Mrech, 2008; Vilela, 2012; Antunes, 2014). A incorporação acrítica de teorias e práticas de países imperialistas, com a justificativa de estruturar o Brasil como nação moderna, trouxe consigo metodologias como o colonialismo, o tratamento asilar da loucura, a prática de uma psicanálise restrita à individualidade do sujeito e voltada à população intelectual e elitizada (Coimbra, 2004; Amarante, 1998). Isso além de justificar psicologicamente a desigualdade social, ao abordar questões relacionadas ao trabalho, à criminalidade, ao desempenho escolar, etc.

O positivismo científico de viés biológico, experimental e psicometrista se tornou a principal característica da psicologia no Brasil do início do século XX (Massimi, 1993; Fernandes, 2016; Antunes, 2014), articulado principalmente a dois campos: a medicina e a educação. Nesta , o pensamento experimental substituiu a abordagem filosófica anterior e tornava a psicologia uma disciplina presente nos laboratórios e formações pedagógicas. Naquela, nos laboratórios em hospitais e nas clínicas psiquiátricas, o foco estava na testagem, na experimentação e na psicoterapia adaptativa com uma concepção científica de isolamento dos sujeitos para serem estudados (Antunes, 2012; Soares, 2010; Lisboa & Barbosa, 2009). A função dos psicologistas em todas as áreas centrava-se em medir, avaliar, diagnosticar e dar um prognóstico que qualificasse os sujeitos dentro dos requisitos sociais almejados pelo modelo econômico e social liberal (Fernandes, 2016). Portanto, a tendência do pensamento filosófico naturalista se sobressaiu, buscando explicar a realidade a partir da visão de causalidade (Gemino, 2015).

É nesse contexto que podemos compreender a regulamentação da formação a partir de 1946 (Portaria 272/46, Decreto-Lei 9.092/46), quando se propõe que fosse uma breve especialização aos que cursaram filosofia, biologia, fisiologia, antropologia ou estatística. O caráter suplementar dessa habilitação expressa o lugar histórico da psicologia brasileira como conhecimento complementar a outros campos de estudo, aponta para a associação entre elementos humanos e biológicos com ênfase nesses últimos e oficializa uma abordagem superficial e fragmentada, dada a ausência de legislação curricular que definisse seus critérios e conteúdo.

Carregando a tradição de elemento acessório a uma pedagogia que pretendia adaptar individualmente os sujeitos à sociedade nos campos em que era aplicada, tal formação contribuiu para difundir a psicologia como ciência da modelagem individual do comportamento, pouco discutindo construções ambientais e sociais das múltiplas formas de sofrimento (Lisboa e Barbosa, 2009). Essa área de conhecimento distanciava-se, assim, de uma contextualização mais contundente aos cenários sociais brasileiros.

Na década de 1950, o crescimento dos cursos superiores intensificou o debate sobre formação e atuação, suscitando reivindicações de profissionais e da Associação Brasileira de Psicotécnico (ABP) (Soares, 2010) por regulamentar a profissão. Procurava-se evitar o uso indevido de suas atribuições por outros profissionais, a partir da defesa de uma psicologia cientificista e de exclusividade no mercado profissional (Vilela, 2012).

A regulamentação da formação em psicologia entre as décadas de 1950 e 1960 (Antunes, 2012; Soares, 2010; Vilela, 2012) apresenta dois elementos significativos no tocante à sua relação com o contexto social. Primeiramente, a defesa de um campo cientificista carrega consigo a preocupação de que se firmasse como especialidade: quanto mais especializado fosse o seu saber, mais garantias haveria à área, então nascente, de um lugar de autonomia. Isso significa, simultaneamente, um isolamento do objeto psicológico e uma fragilização de seu diálogo com disciplinas como a sociologia, a antropologia e a ciência política, que pudessem auxiliar na compreensão dos múltiplos atravessamentos do contexto social sobre as demandas trazidas ao psicólogo.

Em segundo lugar, simultaneamente à regulamentação da profissão (lei 4.119/62 e decreto 53.464/64), o Conselho Federal de Educação (CFE) lançou o Parecer n. 403/62 estabelecendo o Currículo Mínimo (CM) como parâmetro formativo dos cursos superiores (Rudá et al., 2015; Fernandes, 2016). Ao conceber um conjunto pré-estabelecido de disciplinas em todo o território nacional, o CM limitava a consideração das demandas locais, distanciando a possibilidade de contextualização formativa. A mesma limitação contextual encontrada no espaço pode também ser observada no que se refere à capacidade de atualização, já que o mesmo CM dos cursos direcionou a educação superior por quarenta anos.

Assim, a busca por uma formação considerada mais “científica”, “uniformizada” e “neutra”, visando dar qualificação intelectual e prestígio social como profissão liberal, significava também profundas limitações para considerar elementos temporais, territoriais, culturais contextuais, enfim, próprios das sociabilidades em que se produziam os fenômenos

psicológicos (Nico & Kovac, 2008; Oliveira et al., 2017). Isso levou à reprodução de preconceitos e exclusões alinhados à estrutura hierárquica e autoritária brasileira. Finalmente, a separação de habilitações entre bacharel (pesquisador), licenciado e psicólogo direcionava a formação prática apenas a esses últimos, levando à construção de uma pesquisa dissociada da experiência, sob o norte de manter seu caráter “experimental”, dissociando teoria e prática e fragmentando a própria profissão (Fernandes, 2016).

Com o advento da Ditadura Militar, em 1964, ocorreram diversas mudanças no ensino superior. Surgiram mecanismos repressivos aos movimentos de oposição ao regime, às reivindicações por melhorias na educação e aos ativismos estudantis (Souza & Jacó-Vilela, 2017; Macedo et al., 2018). Instalou-se uma Reforma Universitária (a Lei nº 5540/68) que incentivou a proliferação de instituições privadas de Ensino Superior (Margotto & Souza, 2017), que utilizaram sua autonomia didático-científica, disciplinar, administrativa e financeira, com foco no lucro e na exploração de professores frequentemente mal qualificados, resultando na precariedade da formação e, conseqüentemente, da área de trabalho (Macedo et al., 2018; Aparecida & Antunes, 2012). Na ciência psicológica, fortaleceu-se a leitura individualista e excludente dos indivíduos, com abordagens baseadas na interioridade inata, que culpabilizava os sujeitos por dificuldades socioeconômicas ou desvios da moralidade normatizada (Patto, 2022; Oliveira, 2017; RO há, 2021). Tal leitura se coaduna com uma ordem social opressora, na qual qualquer desvio que questionava a lógica do regime instituído era associada ao crime contra a família, a pátria/Estado (e a religião), desqualificando movimentos sociais, distanciando o sujeito do coletivo e criando uma subjetividade apolítica, com um discurso psicologizante (Coimbra, 2004).

Nesse contexto de *terrorismo de Estado*, os psicólogos passaram a se comprometer cada vez menos com questões políticas e nem mesmo o sigilo clínico era garantia de segurança de ambos (profissional e paciente). Havia pressões para evitar abordagens que pudessem ser interpretadas como subversivas, como as psicologias sociais (Coimbra, 2004; Oliveira, 2017; Souza & Jacó-Vilela, 2017), enfraquecendo as visões de uma psicologia contextualizada, que considerasse dimensões políticas, sociais e humanas em geral.

No mesmo período, cresce a clínica liberal, em que os profissionais vendem seus serviços para a solução de angústias individuais – ou individualizadas –, tornando-se simultaneamente instrumento de silenciamento dos conflitos sociais, justificativa das relações opressoras (Rocha, 2021) e adaptação à conformidade social. A clínica psicológica fortalece,

portanto, sua desarticulação a questões políticas, sua relação com o capitalismo liberal e sua visão atomizada de sujeito, distanciando-se do contexto social.

Se no plano teórico-prático a psicologia era socialmente descontextualizada, no plano institucional a ditadura dificultou a articulação dos psicólogos enquanto classe, promovendo o silenciamento das entidades de psicologia (Lisboa e Barbosa, 2009). Assim, a união das entidades para a criação dos Conselhos de Psicologia (CFP e CRPs) em 1973 foi marcada por muitos entraves e pouca escuta das bases (Scarparo e Ozorio, 2009; Soares, 2010). Dado esse contexto, podemos compreender as razões para que houvesse poucas mudanças na formação durante as décadas de 1970 e 1980, que continuou a ostentar um currículo tecnicista.

Segundo Arendt (2007) uma educação de princípios totalitários tem como premissa mais do que impor convicções, ela se torna bem sucedida à medida que destrói a capacidade dos sujeitos de criarem as suas ideias próprias, desestimulando o pensamento crítico, a consciência de coletividade e, principalmente, a noção da implicação do meio nas mazelas em que se veem.

Foi entre as década de 1970 e 1980, sob o pano de fundo de uma crise econômica e de outros fatores geopolíticos, que emergiram múltiplos movimentos sociais com focos diversos: lutas por direitos como um sistema universal de saúde, pela a reforma psiquiátrica, pela assistência à infância e às pessoas com deficiência, pela seguridade social, pela universalização da educação básica, entre outros. Estes confluíram em um processo social de reivindicação pela redemocratização do país, por eleições presidenciais diretas e pela formação da nova Constituição. Nesse contexto, diversos conselhos regionais de psicologia declaram-se oficialmente favoráveis à redemocratização em 1984, embora parte dos psicólogos tenha chegado a afastar-se destas entidades por apoiar o regime ditatorial (Scarparo & Ozorio, 2009), demonstrando a influência da lógica autoritária em parte das ideias, dos processos formativos e das práticas psicológicas na herança histórica brasileira.

Com o enfraquecimento da censura, cresce o acesso a experiências, abordagens e práticas mais críticas na psicologia, influenciadas pelas mudanças internacionais pós-guerra, como a formação do Estado de Bem-Estar Social europeu e a luta por equalização de direitos civis nos Estados Unidos. Passando, assim, a difundir teorias mais sociais, contextualizadas com práticas na comunidade e com políticas públicas, numa perspectiva de homem como sujeito articulado à cultura, à política, à economia e à sociedade. Nesse período, movimentos de

esquerda pós-guerra e posteriores a ditaduras estavam cada vez mais fortalecidos e ganhando espaços políticos, em busca de dignidade, humanização e liberdade social (Amarante, 1998).

No mesmo cenário, ocorreu o principal evento político-sanitário do país, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nela, os debates contaram, pela primeira vez, com a participação popular de profissionais e de representantes de diversos movimentos, resultando na formulação dos princípios de saúde que nortearam a estruturação das novas políticas sociais.

A Carta Magna, promovida em 1988, ficou conhecida como “Constituição Cidadã” por estabelecer direitos sociais básicos (saúde, previdência, assistência social, etc.) e deveres do Estado na garantia de políticas públicas correspondentes (Artigo 196). O texto constitucional levou, assim, à criação de dispositivos institucionais do Estado, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e às diretrizes que resultaram posteriormente no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em dispositivos de justiça alternativa e de universalização da educação básica, entre várias políticas que buscam a ampliação da cidadania (Ministério da Saúde, 2005).

Com o desenvolvimento do SUS, redes de atenção à saúde baseados nos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular começaram a se estabelecer. Além disso, dispositivos territoriais contextualizados e que almejam atender a todas as necessidades relativas à saúde da população de sua região, inclusive focadas na saúde mental, foram desenvolvidos. Todavia, ao longo dos anos, essas políticas enfrentaram inúmeras barreiras, principalmente com o desfalque no investimento governamental (Braga & Farinha, 2018; Amarante & Torre, 2018; Tenório, 2002; Figueiredo et al., 2014; OMS, 2001) e as tensões com o mercado econômico e com interesses mercantilistas e privatistas — setores estes ligados aos hospitais e indústrias farmacêuticas, que têm como lucro o encarceramento, a excessiva medicalização e a patologização dos sujeitos, financiando a “indústria da loucura” no país (Nunes et al., 2019; Amarante, 2018).

Essas mudanças institucionais decorrentes do crescimento das políticas públicas passaram a solicitar da psicologia um papel de escuta à população, levando à ampliação da demanda por profissionais nas redes de saúde e assistencial (Piveta & Mansano, 2014). Todavia, o processo formativo não respondia a tais mudanças.

Nesse contexto, estudos de mapeamento do perfil da formação profissional evidenciaram algumas tendências das instituições de ensino: crescimento desenfreado de cursos com aspectos tecnicistas focados na prática da profissão privada (Hoff, 1999; Macedo et al.,

2018), reprodução acrítica da ideologia dominante das elites, predominância do modelo de atuação da clínica de consultório individualizante e hegemonia do referencial teórico da psicanálise e comportamental em detrimento de outras abordagens, etc (Nico & Kovac, 2008; Conselho Federal de Psicologia, 2013; Borges-Andrade, 2015; Lhullier, 2013).

O hiato entre necessidades sociais e formação profissional levou a discussões sobre o papel da psicologia entre os Conselhos de Psicologia (CFP e CRPs), profissionais e estudantes. Criticavam o Currículo Mínimo pelo seu caráter tecnicista, com matérias fragmentadas, conteudistas e pouco práticas, incapazes de abarcar uma compreensão da realidade brasileira e de romper com o modelo reprodutivista e positivista advindo das ciências psicológicas importadas, juntando-se a outros movimentos que pressionavam por sua reformulação (Fernandes, 2016; Rudá et al., 2015).

Em 1994 o Ministério da Educação e Cultura (MEC) cria comissões para formulação de princípios formativos e operacionais para os cursos superiores. Dois anos depois, em 1996, aprova a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN n° 9.394/1996) que determinou a substituição do Currículo Mínimo por Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), visando substituir a tradição conteudista pela formação baseada em “competências e habilidades”. Durante esse período, entidades de psicologia (CFP, CRPs, ABEP, FENAPSI, CONEP, etc) possuíam fortes tendências críticas, valorizando o compromisso social e o comprometimento da formação e da profissão com os movimentos sociais, o que levou a alguns embates relativos às tendências tecnicistas do MEC pressionadas pelos interesses políticos e financeiros (Silva, 2015).

Diante desses embates, o Conselho Nacional de Educação (CNS) estabeleceu a Resolução n° 08/2004 que fixava nas DCNs o curso de psicologia com uma única habilitação, com formação generalista nos anos iniciais e ênfases curriculares nos últimos anos, porém sem detalhar mecanismos para organização de tais ênfases. Ao focar no “ideal do perfil profissional” a ser formado, as DCNs não indicam diretamente os conteúdos a serem ofertados, o que viabiliza a autonomia e flexibilidade das Instituições de Ensino Superior (IES), como demandava o mercado, mas não garante a qualidade do ensino generalista que as entidades de psicologia buscavam (Fernandes, 2016; Yamamoto, 2006; Oliveira et al., 2017).

Concomitantemente, a psicologia passou a ser reconhecida como uma das treze categorias profissionais da área da saúde (Resolução CNS n° 218/1997, Ministério da Saúde) visando um trabalho multidisciplinar no que tange à concepção do SUS da integralidade da

atenção em saúde ampliada. Diante disso, entre 2001 e 2004 foram estabelecidas Diretrizes Curriculares com núcleos comuns entre os cursos da saúde, mas que acabaram não sendo efetivadas, mantendo as áreas segregadas e com pouco diálogo entre si (Oliveira et al., 2017). Isso faz com que a maioria dos estudantes em saúde só tenham contato com outras áreas em cursos de especializações ou na própria prática profissional, precarizando a atuação ampliada do cuidado integral e multiprofissional.

A lógica econômica e cultural que permeia o desenvolvimento das políticas públicas e, consequentemente, das leis regulamentares da educação e da saúde — nomeada como neoliberalismo — é um movimento complexo em relação às reivindicações sociais. Isso porque busca responder suas demandas sem comprometer o mercado econômico, criando medidas que amenizam os impactos da desigualdade social sem mexer com a estrutura que a mantém, ao incentivar a crença de que todos possuem as mesmas possibilidades de ascensão de classes. Tal fato tem como resultado um novo perfil profissional voltado às competências intelectuais e à autogestão do trabalho — a mesma visão de “competências e habilidades” que fundamentou as DCNs dos cursos superiores — com a premissa do trabalhador “livre” que precisa se adaptar às demandas do mercado, do sucesso dentro da lógica da concorrência, individualizando e responsabilizando o sujeito pelo seu fracasso, invalidando, inclusive, os movimentos sociais que contestam essas ideias meritocráticas que não consideram o contexto.

Além disso, passa a compreender o fenômeno da exclusão social e da vulnerabilidade como inerentes às relações contemporâneas, expressas em fatores, como exemplifica Scott et Al. (2018), “*pela precarização do trabalho, desqualificação social, desagregação identitária e desumanização do outro*”. Permitindo, dessa forma, que a sociedade capitalista controle e até negue a “*própria condição de subjetividade do indivíduo*” (p. 602). Assim, as reformas da educação e da saúde vem sendo constituídas por um embate de interesses dos movimentos sociais e dos críticos de uma psicologia emancipatória e preocupada com a cidadania, em contradição à ideologia dominante neoliberal, que defende um trabalhador que foque no seu trabalho como mercadoria que precisa gerar lucro — sendo muitas vezes precarizado pelo excesso de serviços, como nas redes públicas, ou sujeito à privatização e elitização no mercado liberal (Silva, 2015; Safatle, Junior, Dunker, 2020; Druck, 2016).

Com o crescimento do número de profissionais de psicologia em formação e a grande desigualdade social do Brasil, o acesso à saúde para grande parte da população só é possibilitado por meio das políticas sociais oferecidas pelo governo, fato que redireciona o

mercado de trabalho e, conseqüentemente, faz emergir novas questões sobre a formação voltada a tais demandas (Furtado, 2012; Seixas et al., 2016; Borges-Andrade et al, 2015). Esse processo se reflete no status da profissão, que por tantos anos esteve reservada à elite e que, então, perde força em ser fundamentalmente uma profissão autônoma\ liberal e entra na lógica do assalariamento. O Estado torna-se, nesse novo contexto, o principal empregador e as populações mais vulneráveis as mais necessitadas desses serviços (Lange et al., 2023; Druck, 2016; Seixas et al., 2016).

Em consequência dessas mudanças econômicas e sociais, as instituições de ensino se veem obrigadas a inserir-se cada vez mais no campo das instituições públicas, oferecendo experiências nas comunidades e no próprio sistema de saúde, de assistência social e de educação. Essas mudanças muitas vezes são carregadas por panoramas múltiplos e contraditórios, contestando as estruturas de mercantilização da saúde. O referido processo tem como consequência mudanças graduais ao trazer para a academia as questões da atuação do psicólogo no território e da realidade brasileira com suas demandas de um olhar contextualizado. Diante dessas perspectivas, os profissionais que se voltam para a área da saúde se deparam com desafios difíceis de contornar, com uma educação deficitária em formação ético-política, metodológica e teórica/crítica. Assim, os debates entre as entidades e os conselhos de educação levaram a formular, em 2017, nova resolução pelo Grupo de Trabalho das Diretrizes Curriculares Nacionais (GT/DCN), sobre a revisão curricular dos cursos da área da saúde.

O Parecer Técnico (CNS nº 300/2017; Resolução CNS nº 569) ressalta que, segundo a Constituição, compete ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação dos profissionais de saúde para que atendam às demandas da sociedade, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e ao Conselho Nacional de Educação (CNE) compactuar novas diretrizes que correspondam com a qualidade da formação dos estudantes egressos. Trata-se ainda da tentativa, sem resultados satisfatórios, de estabelecer princípios gerais a serem incorporados nos cursos de graduação da área da saúde. Estes vêm sendo debatidos desde a formulação do DCN em 2004 e norteiam os currículos didáticos-pedagógicos na perspectiva do controle da participação social em saúde, da multidisciplinaridade e da visão contextualizada e ampliada de saúde (Oliveira et al., 2017).

Diante desses embates, observa-se um crescimento, nos últimos anos, das concepções socialmente contextualizadas como “práticas emergentes” no Brasil e no mundo (OMS, 2001),

sendo estas um projeto multifacetado e em desenvolvimento, de forma crítica à formação tradicionalista e às desigualdades que sustenta. Crescimento tal que se desenvolve diante do conflito entre a insatisfação dos profissionais atuantes nas políticas públicas sobre sua própria formação e o olhar submetido às lógicas neoliberais baseadas nas ideologias individualizantes, que precarizam o papel do coletivo/político na garantia de direitos (Ferreira Neto, 2008).

Isso ocorre pois a formação hegemônica leva grande parcela dos psicólogos a realizar uma prática descontextualizada, repetitiva, com poucas inovações técnicas, escassa consciência política e muita dificuldade para ser reconhecida e integrada como parte das equipes das redes públicas (Seixas et al., 2016; Ferreira Neto, 2010). Por consequência, observa-se um movimento que se empreita em parte da psicologia — junto com outras áreas das humanas, em concomitância com os movimentos sociais — e busca a legitimação da oferta de trabalho do psicólogo em áreas ligadas aos direitos de cidadania, como assistência social, saúde (Miron & Guareschi, 2017), educação, segurança pública, justiça, entre outros.

Algumas abordagens vêm sendo reconhecidas e têm contribuído para as práticas ampliadas São algumas delas o Construcionismo Social, com uma visão do interacionismo simbólico e teoria psicossocial (Calegare, 2010); a teoria sócio-histórica, visando desnaturalizar e reformular o fenômeno psicológico ao refletir sobre a articulação entre indivíduo e mundo social (Oberg & Vilhena, 2011); as perspectivas fenomenológicas, voltadas ao sentido da vivência de cada sujeito em seu modo de habitar o mundo (Sousa, 2006; Braga, 2012), a esquizoanálise que busca uma análise das práticas de sujeitos e instituições partindo da ideia de modos de subjetivação coletivos, dinâmicos e sempre políticos (Romagnoli, 2014), entre outras.

Apesar dessas perspectivas ganharem mais espaço, o que ainda prevalece na formação é a visão individualista e patologizante do sujeito, centrada em elementos como o modelo biomédico (Huning et al, 2013) e na formação individual das identidades (Borges et al., 2013) presentes na ciência positivista, que por tantos anos consagraram a ciência psicológica. Assim, embora venham a emergir conteúdos com uma leitura mais crítica e social dos indivíduos, estes são muitas vezes contemplados de maneira marginal, com pouca ênfase a atravessamentos sociais importantes (Calegare, 2010), tais como raça, gênero (Borges et al., 2013) e classe social (Gonçalves Filho, 1998), bem como à articulação entre prática psicológica e políticas públicas assistenciais (Melo e Téo, 2019; Seixas et al., 2016).

O principal desafio no campo das políticas públicas tem sido a demanda por desenvolver novos paradigmas epistemológicos e metodológicos que se orientem na perspectiva de uma

clínica que reconheça o sujeito em suas múltiplas dimensões, com o cuidado multidisciplinar desenvolvido em uma equipe multiprofissional. Trata-se, portanto, de uma prática que transite entre a integralidade do cuidado e a gestão, ou seja, que abranja o plano individual, da escuta e acolhimento, e o plano sistêmico, em que sujeito, equipe, rede de saúde, família e comunidade sejam incluídas e co-responsabilizadas (Senne, 2011; Schneider et al., 2014). Dadas as mudanças na demanda para atuação de psicólogos e os questionamentos epistemológicos no sentido de um posicionamento mais crítico, democrático, transdisciplinar e contextual, novas questões surgem em relação a estratégias para transformar a estrutura de formação em psicologia no Brasil (Borges-Andrade et al., 2015; Ferreira Neto, 2010).

Nessa perspectiva, é preciso pensar a criação de novas modalidades de prática psicológica (atendimento, avaliação, processos comunicacionais, acompanhamento de atividades, entre outros) tanto na construção histórica do processo político, econômico e social do campo de atuação, quanto no contexto diretamente presente no território. É diante disso que o acompanhamento terapêutico, enquanto campo de atuação e discussão teórica, emerge como uma das propostas possíveis de articulação entre sujeito e contexto social. Essa perspectiva é capaz de construir modos de intervir e compreender o sofrimento humano que articulam profundamente redes relacionais, vivências contextuais e culturais, territórios concretos e simbólicos, meios materiais de vida, acesso a dispositivos de estado e outros elementos enquanto componentes do mosaico de vida dos envolvidos.

Ao refletir, portanto, nas discussões que vêm sendo estabelecidas diante da necessidade de formação de psicólogos comprometidos com a realidade brasileira, vemos como hoje, quase vinte anos após a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, ainda há muito trabalho no quesito de melhoria dos dispositivos de formação profissional. Nesse aspecto, os dispositivos teórico-práticos constituídos sobre o Acompanhamento Terapêutico e a supervisão de campo, bem como seu estudo contínuo, se inserem na necessidade de debate crítico sobre a formação qualificada para atuação nos contextos institucionais, comunitários e nas políticas públicas de forma condizente com os requisitos de uma Clínica Ampliada.

A inserção da psicologia nas políticas públicas tratou-se, então, de um trabalho pela mudança epistemológica e metodológica da compreensão do sujeito e das condições de saúde, buscando práticas mais socialmente contextualizadas a partir de uma visão de Clínica Ampliada, multiprofissional, territorializada e com visão de integralidade da saúde abrangendo as condições concretas de vida, econômicas, sociais, políticas, etc (Dhein, 2010).

2 - O Acompanhamento Terapêutico (AT): de dispositivo da reforma psiquiátrica a campo de atuação e pesquisa

O Acompanhamento terapêutico consiste em um dispositivo de cuidado pautado na relação entre os sujeitos e seus contextos de vida. Nessa dimensão ampla, ele diz respeito a um olhar clínico que compreende a experiência humana enquanto atravessada por todas as dimensões da existência: campos econômicos, sociais, culturais, relacionais e afetivos concorrem para a mesma realidade vivida, abordada no Acompanhamento Terapêutico a partir de mediações e relações entre clínico, atendido e território.

Tal concepção de trabalho difere radicalmente da tradição histórica hegemônica de uma clínica centrada na interioridade previamente determinada do indivíduo que influenciou a formação da psicologia brasileira e a abordagem da saúde mental. A ideia aqui retratada enquanto “dispositivo” remete ao conceito utilizado por Foucault de um aparato ou conjunto heterogêneo — por ser estabelecido e restabelecido dentro do contexto de cada época — que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, entre outras organizações sociais que estruturam as relações de poder. Ou seja, se refere aos vários mecanismos institucionais, físicos e administrativos e às estruturas de conhecimento que potencializam e mantêm o exercício do poder dentro do corpo social (Weinmann, 2006).

Sendo o Acompanhamento Terapêutico um dispositivo advindo dos movimentos da Reforma Psiquiátrica, é primeiramente necessário explorar alguns pontos fundamentais sobre o processo histórico a partir do qual se estruturou a concepção epistemológica de “doença mental”. É fundamental entender, também, como esse conceito se configurou enquanto eixo das práticas manicomiais que moldaram a abordagem sobre a saúde mental no ocidente e, conseqüentemente, no Brasil.

Foucault (2019) realiza em suas obras um emaranhado discursivo sobre o modo como o conceito de loucura como doença se estruturou ao longo da história. O autor investiga como esta foi movida, contorcida e deslocada a partir do momento em que questões políticas, econômicas, sociais, culturais e religiosas se aproximaram de sua compreensão até chegar no discurso psiquiátrico e como essas construções foram entrelaçadas e representadas pelas visões de cada contexto.

No período medieval, denominado pelo autor como “Experiência Trágica”, a loucura era associada ao sobrenatural determinado pelas religiões, sendo atribuída aos loucos a condição de nômades. Com a perda da força religiosa para o Iluminismo da Idade Moderna, valorizou-se a racionalidade como portadora da verdade e legitimadora do discurso social, assim o lugar de “não razão” adquiriu um caráter profundamente pejorativo, denominado por Foucault (2019) como “Consciência Crítica” sobre a loucura.

No século XIV extingue-se a pandemia da lepra por meio do encarceramento dos contaminados em leprosários, sedimentando a concepção de que a exclusão poderia ser uma metodologia de saúde e ordem social. É essa concepção que dará margem ao fenômeno da “Grande Internação”, em que o espaço dos leprosários vazios foi ocupado por hospitais gerais, instituições semijurídicas destinadas ao isolamento dos sujeitos considerados um “risco” à sociedade. Doentes, idosos, prostitutas, criminosos, loucos, homossexuais, opositores políticos, acusados de feitiçaria e todos os considerados à margem da conduta socialmente aceita passaram a ser internados e mantidos em situação de abandono e negligência (Peixoto & Bertrani, 2010).

Sendo o Hospital Geral um aparato a serviço da ordem política, a luta por liberdade que crescia no fim da Idade Moderna com a Revolução Francesa voltou-se também contra esse dispositivo. O Hospital Geral representava uma ameaça de exclusão a qualquer cidadão incompatível com a nascente sociedade contratual governada por um Estado que propunha garantir “liberdade, igualdade e fraternidade”, além de demandar alto custo econômico para sua manutenção. Por esse motivo, requisitou-se a liberação de grande parte dos encarcerados, reintegrados como produtores e consumidores do sistema capitalista.

Todavia, o louco não se enquadrava na ordem produtiva e encontrava dificuldades de reintegração social, ainda considerado uma ameaça que deveria estar sob vigilância (Peixoto & Bertrani, 2010; Foucault, 2019; Amarante, 1998). Assim, os Hospitais Gerais foram transformados em Hospitais Psiquiátricos e passaram a abrigar os desviantes libertados das correntes com as quais conviviam no modelo anterior de internação, sob a condição de permanecerem no espaço asilar em tratamento médico.

Ao utilizar a prerrogativa do tratamento, a psiquiatria nasce como dispositivo mediador que opera fora do âmbito jurídico ou da autoridade governamental, criando um novo discurso epistemológico: a doença mental, que considerava as disfunções biológicas como principal causa dos comportamentos desviantes. Forjada na modernidade, essa disciplina surge como um

ato de reforma ao instituir a ideia de medicalização e conhecimento das “doenças mentais”, todavia mantém a exclusão social ao tomar o isolamento como condição de estudo, experimentação, comprovação científica e recursos terapêuticos. Ao se estruturar a partir do constructo de “doença mental” individualizada que pressupunha a centralidade no substrato orgânico, a psiquiatria assinala a loucura no campo individual do sujeito, responsabilizando-o por seu sofrimento e estigmatizando suas condutas como “irracionais” (Amarante & Torre, 2018).

Após a Segunda Guerra Mundial, diversos fatores econômicos e culturais contribuíram para a crítica ao modelo psiquiátrico hospitalar. A incidência de adoecimentos psicológicos devido aos traumas gerados no contexto bélico ampliou a demanda por tratamento e reinserção desses indivíduos na sociedade produtiva (Oliveira, 2019). Com a falta de profissionais e o aumento de internos, cresce a necessidade de rearranjos nos sistemas de tratamento e organização dos espaços asilares, tornando mais difícil a manutenção do alto custo anterior. Já a experiência dos campos de concentração levou ao questionamento ético da organização dos hospitais psiquiátricos anteriormente à guerra, instalando internacionalmente um movimento maior sobre os direitos humanos.

Tal conjuntura levou novas ideias e experiências a ganharem força, dando início a uma visão mais ampliada e contextualizada do cuidado em saúde mental, fundamental para a construção do que hoje temos como clínica ampliada. Cresciam as críticas quanto à permanência na estrutura asilar, que tendia à cronificação da doença à medida que reduzia o sujeito a um corpo doente manipulável pelo saber médico, isolando o sujeito do mundo e destituindo-o de sua identidade ao reduzi-lo a um mero diagnóstico e a uma ameaça social.

Ainda no final do século XIX, novas teorias haviam buscado compreender o sentido psíquico e não apenas biológico da loucura, como as ideias influenciadas por Bleuler e Freud sobre os aspectos psicológicos do adoecimento (Amarante, 2007). A abordagem de Jaspers, que, a partir de uma visão fenomenológica, critica a ideia de loucura como animalidade também é importante nesse contexto, além de seus métodos quantitativos de avaliação e sua visão estrutural de homem, ao defender uma perspectiva de que o adoecimento é eminentemente humano e buscar descrever as vivências dessa população (Braga & Farinha, 2018).

No Reino Unido na década de 1940, Maxwell Jones promove as Comunidades Terapêuticas, estimulando os internos a participarem de grupos diários e se envolverem no tratamento de si e dos demais. Esse modelo incluiu a comunidade, os familiares e os profissionais numa tentativa de promover relações mais democráticas e igualitárias, o que

evidenciou o caráter democrático desse ambiente terapêutico. Em 1950, o psiquiatra espanhol François Tosquelles, promove na França um outro movimento conhecido como Psicoterapia Institucional, focando em coletivos de técnicos e pacientes, que abria espaço para novas terapias, principalmente a psicanálise, tratando o próprio modelo adoecido institucional de segregação (Amarante, 1998; Yasui, 2011).

Entretanto, apesar dos avanços desses movimentos, eles se mostravam insuficientes por não alcançar a questão da produção da loucura nas relações sociais, econômicas e afetivas dos sujeitos fora das instituições, contextos em que a mesma lógica de manipulação da doença mental pelo saber médico voltava a vigorar. Desse modo, muitos indivíduos em situação de crise que apresentavam melhora significativa nas internações, voltavam a apresentar agravos ao serem desinstitucionalizados e retornarem ao convívio em cenários sociais de grande sofrimento, fato que levou à necessidade de construir práticas de promoção de saúde mental em contextos mais amplos.

Inicia-se, então, o que Amarante (1998) chama de segundo período da reforma psiquiátrica, que visou expandir o cuidado para o espaço público com o objetivo de promover intervenções fora das instituições, considerando o papel comunitário no cuidado e prevenção de crises. Tal perspectiva foi influenciada pelo modelo biopsicossocial criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no pós-guerra, cujas diretrizes repousavam na ampliação do olhar para aspectos além do biológico. Assim, as equipes de saúde, a partir da lógica psiquiátrica, avaliariam e promoveriam o tratamento da população anteriormente a uma situação de crise que demandasse internação psiquiátrica, agindo preventivamente.

Na França, a Psiquiatria de Setor, inspirada por Bonnafé, operou um modelo que inseriu o tratamento no ambiente de vida da população, na tentativa de atuar preventivamente e permitir a identificação precoce e o tratamento ambulatorial sob o norte de evitar agravos. Cada “divisão” hospitalar tornou-se responsável por uma região geográfica e social, devendo compreender sua cultura e conduzir o tratamento na comunidade, sendo incorporada como política na França a partir da década de 1960, tornando-se um passo importante na formulação da lógica do cuidado territorial e contextualizado da saúde. De modo semelhante, a Psiquiatria Comunitária se estabeleceu nos EUA como uma política preventiva, identificando situações de comprometimento psiquiátrico e potenciais casos de adoecimento (viciados, heranças genéticas, vidas desregradadas...) ao investir em programas sociais de reabilitação sustentada pelo conceito biopsicossocial.

Em ambos os casos, a lógica da desinstitucionalização demandava diminuir o tempo e número de internações, ofertando serviços extra-hospitalares. Entretanto, essas políticas tiveram como resultado a ampliação do número de internações. A aparente contradição pode ser compreendida pelo modo como a lógica de classificação de sintomas mentais operada pela psiquiatria acaba abarcando como sintomas biológicos outros aspectos da vida dos sujeitos. À medida que determinavam o considerado normal e o considerado desviante para indivíduos relativamente integrados a seus contextos, patologizavam as populações vulneráveis, aumentando o número de internações e, conseqüentemente, firmando a medicalização como principal forma de abordagem, desenvolvendo e enriquecendo indústrias farmacêuticas e o mercado psiquiátrico (Tenório, 2002). Isso além de gerar reinternações sucessivas, fenômeno que ficou conhecido como “porta giratória” (Ramos, Guimarães e Enders, 2011; Amarante, 1998).

Diante dessas contradições nas reformas propostas, a partir da década de 1960, foi se desenvolvendo o terceiro período da reforma psiquiátrica. Essa fase foi pautada pela crítica epistemológica à própria noção de “doença mental” enquanto constructo que individualiza os problemas sociais e categoriza como disfunção biológica os comportamentos que são objeto de preconceito.

Entre as vertentes desse contexto está a Antipsiquiatria. Surgida na Inglaterra, tal vertente elabora um olhar sobre a loucura enquanto supressão de experiências, afetos e elementos não socialmente aceitos. Esse ponto de vista considera que os sintomas dizem respeito à necessidade de abordar elementos negados pelo sujeito e que a perspectiva da psiquiatria de remitir sintomas poderia até mesmo piorar a situação ao distanciar ainda mais os sujeitos de seu campo de experiência — fato que poderia ser constatado pelo caráter paliativo da medicina psiquiátrica, que fracassava na cura de certos transtornos.

De acordo com o olhar antipsiquiátrico, o poder da medicina e da medicalização consistiriam em manobra institucional, questionados por essa perspectiva em sua funcionalidade de tratamentos e posicionamento epistemológico, baseado na biologia que reduz o sujeito a um corpo disfuncional. Movimentos estes também apoiados pelas ideias insurgentes da Análise Institucional e da Esquizoanálise de Deleuze e Guattari, discutindo os saberes instituídos pela ciência. Para esses autores, há uma profunda relação entre os modos de loucura de nosso tempo e a própria formação do capitalismo, já que os poderes instituídos (desde a política até a psicanálise) governam por meio da repressão dos desejos, dos corpos e dos devires

dos sujeitos, mantendo os afetos interiorizados e gerando um aumento do adoecimento psíquico.

Finalmente, surge a Psiquiatria Democrática Italiana (1961), do influente médico psiquiatra Franco Basaglia, realizou uma análise histórico-crítica da relação social moderna que funda o saber médico proveniente da lógica de exclusão da loucura e estabeleceu seu fundador como um dos principais nomes da luta-antimanicomial no mundo. Basaglia foi o promotor da lei 180, que determinou o fechamento dos hospitais psiquiátricos na Itália e expôs ao mundo alguns dos abusos cometidos nas instituições manicomiais brasileiras em uma de suas visitas ao país, a exemplo do famoso caso do hospital psiquiátrico de Barbacena-MG, conhecido como Holocausto Brasileiro (Amarante, 1998; Foucault, 2019).

Essas abordagens discorrem sobre a ideia de que a loucura é atravessada por múltiplos fatores, e que a saúde necessita ser produzida na relação do indivíduo com todas as dimensões da sua existência. Formas de socialização, opressões de classe, aspectos de violências e desigualdades operadas no contexto social mais amplo, falta de acesso a meios de cuidado à saúde física, modos de compreender as atitudes e experiências dos sujeitos numa dada situação, diferenças de gênero, classe, raça e outros são elementos componentes dos modos de produção do adoecimento contemporâneo. A redução de todos esses aspectos a um sintoma do sujeito acaba por colocá-lo em uma esfera marginalizada, responsabilizando-o por seu sofrimento e não abordando os campos mais amplos de sua constituição, num processo causador de cronificação. Portanto, é necessário passar esse debate para a esfera política para que seja possível operar na ressocialização desses sujeitos e na ressignificação do transtorno psíquico na esfera social, reinventando o lugar da loucura (Braga & Farinha, 2018; Gonçalves Filho, 1998).

No Brasil, aliados à luta pela redemocratização na segunda metade da década de 1970, também se estruturaram dois movimentos que tiveram influência na reforma psiquiátrica.

Primeiro, unem-se os movimentos sanitaristas que lutavam por saúde universal e antimanicomial — influenciados pelos movimentos internacionais —, diante de denúncias das violações de direitos e de corrupções nos hospitais psiquiátricos, especialmente na rede privada, que recebia verbas públicas, mas possuía autonomia regulamentar e pouca fiscalização do trabalho realizado. O estopim para a mobilização popular em torno da saúde mental foi a acusação de profissionais sobre abusos de direitos e condições de trabalho, em 1978, no Centro Psiquiátrico Pedro II. Esse fato iniciou o que foi chamado de Crise da Divisão Nacional de

Saúde Mental (DINSAM), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, criando o corporativo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que foi aos poucos se tornando um grupo de questionamento da lida com a loucura, transformando-se no Movimento Antimanicomial Brasileiro (Amarante, 2018).

Contudo, o principal marco prático da reforma dos dispositivos de saúde mental se deu em 1989, com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos, SP, coordenada pelo secretário de saúde David Capistrano, após receber inúmeras notificações de maus tratos com os internos, criando uma rede substitutiva com administração pública (Kinoshita, 2009; Figueirêdo et al. 2014).

A partir dos processos de reforma psiquiátrica, a construção de dispositivos substitutivos para o tratamento humanizado e em liberdade passa a ser um elemento chave da reforma psiquiátrica. Essa abordagem ganhou força dos anos 1980 em diante com a implementação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e da experimentação de novas alternativas de cuidados extra-hospitalares, que foram se espalhando pelas demais cidades e constituindo novos dispositivos. São exemplos destes o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, os Hospitais-dia, o Programa de Volta Para Casa, entre outros, além das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), que foram fundamentais nas deliberações legislativas para a construção do sistema de saúde no anos 1990 e 2000. À vista dessa perspectiva, os manicômios e leitos hospitalares psiquiátricos foram gradativamente sendo substituídos pelo cuidado aberto, descentralizado, regional, multiprofissional e público.

Amarante e Torre (2018) pontuam que, para uma possível concretização da reforma antimanicomial no país, é necessário abarcar o máximo de recursos em diferentes alternativas de cuidados externos, principalmente no contexto domiciliar e na comunidade, que podem ser o único contato possível com alguns pacientes. O cuidado “extra-clínico” permite atuar nas dificuldades concretas e relacionais que influenciam no adoecimento, o que levou ao que foi reconhecido como “Clínica Ampliada⁵”, colocando o paciente como “usuário-ator” e sujeito político. Para Palombini (2006), o processo de desinstitucionalização da saúde parte da própria desinstitucionalização da clínica, que tem como precedência a lógica asilar, sustentada pelo

⁵ A Clínica Ampliada (CA) é uma das principais diretrizes incorporadas na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) e propõe um cuidado integrado da equipe de saúde na promoção de autonomia do usuário e do enfoque no sujeito em sua totalidade, abrangendo sua história, sua rede social e a comunidade. O enfoque da clínica não recai sobre a doença, mas sim, se posiciona no sentido ampliado: na pessoa atendida.

ideal do isolamento e da hierarquia das posições de saber. Dessa forma, é necessário partir de uma desconstrução da lógica que precede não só o espaço de cuidado, mas a perspectiva em que esta é permeada. O objetivo é que, assim, não se caia na tendência de reproduzir a mesma dinâmica na clínica aberta, ou seja, reproduzir a segregação e a absolutização que determinaram o lugar da loucura por tantos anos.

A partir da crítica epistemológica da reforma psiquiátrica, é importante ressaltar que a figura da pessoa em condição de sofrimento grave deve ser compreendida no contexto desse sujeito dentro do lugar que ocupa, de suas relações e de seu sistema familiar e social. Questiona-se a ideia de afastar o sujeito da sua realidade para oferecer um tratamento, ao compreender que também é necessário investigar o que esse contexto não comporta e como ele coopera na produção do sofrimento. Ao marginalizar o sujeito que sofre da conjuntura em que se situa, criam-se mais cisões, separando-o de um mundo que se apresenta hostil e ameaçador, sem estimular uma nova forma de interlocução mais humana com o meio.

Entre tais práticas que procuram se articular a um olhar mais contextualizado sobre o sofrimento, o AT tem sido construído como um recurso importante ao aproximar as relações dos sujeitos em atenção psicossocial com seu território: seus vínculos, espaços de convivência, sua inserção nos dispositivos das políticas públicas, no mundo da educação, do trabalho, da cultura e com os espaços de socialização e da vida pública. Assim, trata-se de uma prática que não propõe intervir apenas no sujeito, mas também sobre as suas condições de vida concreta e, portanto, no campo relacional que produz aquela condição de experiência de existência.

É nesse contexto que o acompanhamento terapêutico se situa como um dos dispositivos substitutivos surgidos no contexto de questionamento epistemológico da noção de doença mental e de movimentação política em torno de práticas de tratamento e liberdade. Souza e Pontes (2017) identificam diferentes campos de influência do processo de reforma psiquiátrica sobre o AT, considerando-o como fruto da criação de diferentes práticas clínicas desenvolvidas diante das demandas dos movimentos políticos-ideológicos ao redor do mundo.

Entre estas, podemos citar as práticas das comunidades terapêuticas nas décadas de 1950 e 1960, a análise institucional e a antipsiquiatria. Especificamente, é possível apontar a experiência da comunidade terapêutica clínica Vila Pinheiros com o auxiliar psiquiátrico, um profissional da instituição que, pela formação de um vínculo amigável, acompanhava pacientes em seu cotidiano no ambiente visando “aprender certas condutas e comportamentos que acelerasse e facilitasse [sic] sua adaptação fora de internações” (Chauí-Berlinck, 2012, p. 27).

Já na década de 1970, na Argentina, surge o “amigo qualificado”, uma espécie de pesquisador participante de todos os aspectos de vivências do sujeito assistido, atuando frente às necessidades de pessoas que não apresentavam melhora nos tratamentos convencionais.

Todavia, o Acompanhamento Terapêutico como prática profissional e institucionalizada surge oficialmente na década de 1980. Seu marco se deu pelo lançamento do livro “Acompanhamento Terapêutico e pacientes Psicóticos: Manual introdutório a uma estratégia clínica”, escrito pelas argentinas Susana Kuras Mauer e Silvia Resnizky em 1987, que conceitualiza o trabalho do AT enquanto estratégia de cuidado psicológico em uma clínica aberta. Nesse processo, o termo “amigo qualificado” é substituído por “acompanhante terapêutico”, com o objetivo de evidenciar a natureza do trabalho que, apesar de poder ser instituído por um vínculo muito forte, não configura uma relação de caráter eminentemente pessoal, possuindo limite e escopo configurado enquanto trabalho terapêutico (Mauer & Resnizky, 1987).

Inicialmente, o acompanhamento era requisitado por médicos psiquiatras com o objetivo de proporcionar atendimento em saúde mental substitutivo às internações, na busca da continuidade do cuidado em situações de crise e do rompimento das formas de assujeitamento e institucionalização. Devido às limitações financeiras para a sustentação de um suporte 24 horas e às novas possibilidades vislumbradas pelo trabalho com o acompanhamento terapêutico, que passaram a abranger a mediação das situações cotidianas, esse recurso passou a ser requisitado em novas circunstâncias. Tal modalidade de intervenção começou, então, a ser recrutada não só no trato com pacientes em situações de crise, mas no cuidado ampliado em saúde, com equipes próprias e configurações relativas a cada demanda (Reis Neto, Teixeira Pinto & Oliveira, 2011; Barreto, 2013). A partir desse período, o AT, ganhou força como um dispositivo clínico-assistencial e uma rede de formação e atuação que responde a uma urgência do cuidado não apenas em saúde mental extra-hospitalar, contextual e integral, mas em diversas conjunturas de vulnerabilidade⁶ ou crise que poderiam ser beneficiadas pela mediação de um clínico no território.

Assim, o Acompanhamento Terapêutico carrega consigo uma grande amplitude de formação e atuação, já que o trabalho clínico no contexto de vida pode ser demandado em

⁶ A ideia de vulnerabilidade social pode ser compreendida de diferentes formas. Segundo a perspectiva de Scott et Al (2018), consiste em “grupos ou indivíduos fragilizados, juridicamente ou politicamente, que necessitam de auxílio e proteção para a garantia de seus direitos como cidadãos” (p. 600).

muitas situações. Em relação à sua conjuntura de atuação, inicialmente consistindo em um cuidado assistencial na saúde mental, este pode ser pensado também como dispositivo de auxílio à socialização, de articulação com a rede de assistência em saúde mais ampla, de mediação do universo relacional dos sujeitos atendidos, de apoio no acesso a equipamentos do Estado, entre outros. No que se refere a seus participantes, pode ser realizado por qualquer profissional da saúde mental qualificado para exercer essa atividade.

Mauer e Resnizki (1987) apontam funções que o acompanhante deve exercer e qualidades que deve possuir. São elas, comprometimento, interesse de trabalhar com equipes, empatia, flexibilidade, entre outros aspectos voltados ao cuidado ampliado. Sendo assim, o Acompanhamento Terapêutico pode ser utilizado em diferentes abordagens, como a psicanálise (Chauí-Berlinck, 2012; Porto, 2015), a esquizoanálise (Lancetti, 2008), a fenomenologia (Farinha, 2006) e outras. Essa diversidade de abordagens, estudos e formas de atuação é um processo que vem sendo construído desde as primeiras experimentações do AT, sempre se articulando a um olhar de democratização da experiência social e alinhado com a reforma psiquiátrica na desconstrução da noção de doença mental individualizada e na adoção de um olhar multidimensional sobre o sofrimento.

A proposição do AT é ser uma clínica realizada no movimento, no deslocamento dos lugares reservados aos sujeitos que influem na sua segregação, para ocupar espaços públicos e sociais de forma a construir novas relações com o mundo que os cerca. A ideia do movimento é antiga na filosofia, recrutando análises que vão desde a Grécia Antiga até pensadores contemporâneos como Nietzsche, Freud e à concepção do caminhar como fonte de reflexão e experimentação do mundo (Lancetti, 2008). É caminhando que se constrói novos caminhos, na medida em que, estando em contato direto com o mundo, a realidade se apresenta, possibilitando novas formas de responder e interagir com ela. Considerando a relação entre sujeito e contexto de vida, diversos autores no campo do Acompanhamento Terapêutico irão reconhecer a importância de entender o sujeito como indissociável da realidade em que vive, compreendendo o sofrimento como articulado às diversas dimensões e aos diferentes participantes do contexto (Mauer & Resnizky, 1987; Tristão, Avellar & Ribeiro Neto, 2017).

É na perspectiva da indissociabilidade entre eu e mundo, que se torna base para a atuação no acompanhamento terapêutico, que podemos compreender suas aproximações possíveis com a fenomenologia. Considerando a perspectiva da fenomenologia desenvolvida por Martin Heidegger (1889-1976), podemos compreender que nos relacionamos com o mundo

de maneira prática e imediata, respondendo aos fenômenos⁷ que se apresentam em sua teia semântica, no processo de ser no mundo (Costa, 2014). Nesse sentido, a práxis do AT se aproxima igualmente de um elemento importante do pensamento fenomenológico: a ideia de que os sujeitos participam de uma complexa realidade social em movimento e de que o adoecimento expressa vicissitudes nos modos de ser e habitar na realidade vivida por cada um (Braga, 2014). O acompanhamento terapêutico se coaduna à crítica epistemológica da visão de doença na psiquiatria à medida que se entende a relação entre sujeito e mundo como fundamental no processo de adoecimento.

Quando remetemos ao pensamento fenomenológico, partimos de uma posição epistemológica que contempla os fenômenos tal qual se apresentam, buscando distinguir entre sua aparição e os processos interpretativos da consciência sobre eles. Muitas vezes, esses processos são tomados como elementos constituintes dos fenômenos em si, em vez de serem reconhecidos como produtos da consciência, o que leva à naturalização de interpretações prévias sobre a realidade. Ao observar os fenômenos a partir do modo como são apreendidos pela própria consciência (Faizibaioff, 2016), a fenomenologia permite suspender essas interpretações cristalizadas e compreender a relação entre fenômenos e consciência.

O método desenvolvido pela fenomenologia busca, então, acessar as coisas do mundo natural por meio da redução fenomenológica, colocando em suspensão as “ideias sobre a coisa” para ver a coisa em si, desnaturalizar o próprio olhar para entender como cada um apreende o mundo (Merleau-Ponty, 1999). Conforme especifica Spink (2003), embora a ciência busque por uma objetividade do “mundo das coisas”, Heidegger defende que todo discurso é fruto de explicações socialmente determinadas, e, portanto, deve ser posto em dúvida (realismo ontológico) como objeto de análise social. No campo da saúde mental, tal perspectiva foi fundamental para a desconstrução de um olhar pautado na cristalização do diagnóstico sobre o sujeito, descrito nas palavras de Basaglia como “suspender a doença para olhar o sujeito” (Basaglia, 1985; Braga & Farinha, 2018).

A Analítica Existencial se concentra no modo de ser de cada sujeito, e essa constituição é permeada pelo mundo da convivência. O mundo do ser-humano é o mundo compartilhado, o *ser-com*. Heidegger denomina como *Dasein* (ser-o-aí) o ente que nós somos, buscando destacar com essa expressão o modo como a questão do ser se apresenta para nós: estamos às voltas com

⁷ Fenômeno se refere a todas as coisas que são apresentadas na realidade, tudo que se mostra: objetos, pessoas, relações, sentimentos, acontecimentos, etc. É um modo de ser de tudo que está dado, ser-aí do ente.

nosso próprio ser (“eu sou”) e nos relacionamos com o que está diante de nós a partir de uma compreensão de ser de tudo o que é. Assim, somos o ente que interroga pelo ser das coisas e que lida com o próprio fato de ser em nossa relação com o mundo.

Nesse sentido, o mundo não é algo separado de nós; somos constituídos pelo mundo na medida em que projetamos (poder-ser) nele significados e sentidos em nossa vida cotidiana com o campo de mostraçãõ no qual os entes se apresentam a nós (Heidegger, 2002; Braga & Farinha, 2017). É a partir desta relação entre *Dasein* e mundo que Heidegger formula a expressão ser-no-mundo, atestando a sua relação direta e indissociável com a realidade que vivencia,.

Essa interação está em constante construção através e com essa realidade vivida, pois o mundo é constituinte da experiência de ser no mundo que habita (Heidegger, 2002). Isso demanda do terapeuta entender que é um meio de compreensão: analisar o processo descritivo de como a pessoa é afetada por esse mundo, mas também como o mundo é responsável pela precariedade dos afetos desse sujeito.

Sendo o mundo algo que já está dado, há fenômenos que vão além da compreensão de cada sujeito e podem ser constitutivos em modos de ser. Todas as dimensões que organizam nossa experiência de realidade como ela é são coparticipantes de nossa constituição — dimensões micro e macropolíticas, sociais, estéticas, culturais, econômicas, entre tantas relações de forças que estão em jogo — afetando também o corpo, os modos de ser e de relacionar com o mundo. Essas dimensões vivenciais do mundo são imanentes à constituição da consciência de cada sujeito. São essas experiências e como são afetados por elas que determinarão como compreenderão o mundo e responderão a ele (criar linguagem).

Por exemplo, diante de uma realidade que se apresenta como uma ameaça — como situações de violências, perdas, vulnerabilidades, entre outras — é possível que o sujeito produza respostas de fuga ou luta em relação ao mundo como um todo, pois a compreensão da realidade e suas disposições afetivas⁸ passa a ser marcada por tais ameaças. A tonalidade afetiva se dá pelo modo como seu ser-aí se sintoniza com sua experiência de mundo, configurando não uma mera reação em si, mas uma interpretação dessa realidade numa teia semântica de sentido (Heidegger, 2002).

⁸ A afetabilidade é um conceito fundamental para Heidegger (2002) pois diz sobre a abertura para se relacionar e ser impactado pelo mundo. Segundo essa perspectiva, a forma com que o somos afetados impacta na nossa possibilidade de ser-no-mundo.

É nesse sentido que se pode pensar em um Acompanhamento Terapêutico de perspectiva fenomenológica: considerando a condição de constante projeção no mundo do *Dasein* e o espaço terapêutico como um aí compartilhado entre terapeuta e atendido, a compreensão e a intervenção sobre a problemática vivida por um sujeito podem ser consideradas a partir da relação que estabelece com seu contexto existencial. O clínico atua, nesse sentido, como um participante do mundo do atendido, construindo com ele possibilidades interpretativas e de ação, descrevendo modos de ser afetado e construindo modos possíveis de se relacionar. O primeiro passo nesse processo é conhecer o sujeito explorando sua realidade nos contextos em que está inserido: seu ambiente, suas relações com outros e os lugares que ocupa ou circula no mundo, buscando observar como se dão essas dinâmicas, o que está não dito, como a pessoa se coloca diante da própria realidade, etc. Esse é um processo cartográfico, exploratório, mapeador em relação ao modo de ser constituído pelo sujeito atendido, através da forma que se apresenta ao mundo, projetando seus anseios e suas possibilidades de *ser* vislumbradas até então.

Quando o AT avalia com o outro quais experiências de mundo construíram tal resposta por meio da descrição dos seus fenômenos, ele o auxilia a apreender e a nomear tais experiências, criando sentido e ampliando sua compreensão sobre si e sobre os demais entes (Evangelista, 2016). Diante de novas perspectivas de descrever as experiências, abre-se a possibilidade de reelaboração de respostas mais saudáveis, promovendo a liberdade de *ser* frente ao mundo que se apresenta. Apesar da angústia de ter que se posicionar diante das inúmeras possibilidades que se abrem nas experiências de mundo, é dessa angústia que se pode tirar proveito no processo de construção de formas mais benéficas de ser e relacionar.

Parte-se do princípio de que as coisas não são determinadas e fixas, mas constituem uma abertura a ser, diante do posicionamento perante as possibilidades de existir. Estão em constante movimento, construção e relação com o que está dado de imediato, ou seja, se constroem e reconstroem a cada instante em que se vive (Vieira, 2020; Braga, 2014). Por meio dessas experiências, são produzidas e reproduzidas vivências, que podem ser compartilhadas entre o acompanhante e acompanhado, com objetivo de reconhecer como se dá a afetabilidade e, assim, como essas relações com o mundo são construídas.

É em vista disso que o propósito do AT é ampliar perspectivas e possibilidades de ser dos acompanhados, intervindo diretamente no mundo em que eles habitam. Para isso, inicialmente, busca-se a compreensão do que, no mundo desse sujeito, está o impedindo de

exercer sua liberdade e de adotar posicionamentos melhores para si. Em seguida, procura-se identificar ferramentas que ofereçam recursos para mudanças concretas dessa realidade.

Portanto, primeiro se escuta o que esse sujeito tem a dizer sobre si: quais são suas queixas, dificuldades, entraves, barreiras, como ele enxerga seu mundo e o que deseja que seja diferente. Segundo, busca-se articular essas percepções com novas possibilidades que se abrem nessa troca, oferecendo referências, informações, questionamentos e percepções. Também é importante recorrer a recursos que possam melhorar essas condições, explorando políticas públicas, relações, o meio, as ruas, diferentes espaços e novas redes, de modo a expandir a realidade dessa pessoa, suas ferramentas disponíveis e as suas potencialidades.

Um indivíduo que não teve acesso ao mundo público, no sentido arendtiano do termo, que se refere à experiência de poder plenamente aparecer diante do outro, ter suas falas e atos legitimados e suas experiências reconhecidas, costuma ter dificuldade de se referenciar enquanto sujeito. Como descrito por Arendt (2007, p.59) “aparência é aquilo que é visto e ouvido pelos outros e por nós mesmos – constitui realidade” no sentido de que realidade para cada um é aquilo que é capaz de apreender do mundo. A autora completa:

“mesmo as maiores forças da vida íntima – as paixões do coração, os pensamentos do espírito, os deleites dos sentidos – levam uma espécie de existência incerta e obscura, a não ser que, e até que, sejam transformadas, desprivatizadas e desindividualizadas, por assim dizer, de modo que assumam um aspecto adequado à aparição pública”. (Arendt, 2007, p. 59)

Tudo que se divide com o outro tem uma consistência de realidade que não é alcançada por aquilo que se vive só, já que quando não se tem o outro é difícil elaborar as experiências vividas de forma completa pois perde-se algo fundamental à nossa constituição enquanto seres socialmente inseridos: a referência de mundo. Com a falta de experiência do outro, a capacidade relacional do sujeito se torna precária. Nesse sentido, o Acompanhante Terapêutico exerce o papel de um “outro” na inserção desse sujeito no mundo coletivo.

Assim, o AT é um elemento mediador da relação do sujeito com o mundo que vivencia, especialmente quando este se encontra em uma condição tão desestruturada, a ponto de não conseguir se organizar na vida coletiva. Ele ocupa essa posição de facilitador, ajudando a criar mecanismos e recursos para conseguir construir relações saudáveis com o mundo. Esse trabalho é importante para pacientes da saúde mental em situação de adoecimento grave, como, por exemplo, uma pessoa que tem delírio crônico e, conseqüentemente, dificuldade de socializar

ou de realizar de atividades comuns, como ficar em ambientes públicos, conviver com a família, criar vínculos, entre outros casos. Sendo assim, quando essas dificuldades se tornam evidentes, ter a possibilidade de trabalho junto a um mediador capaz de articular clinicamente as demandas afetivas emergentes permite que novas formas de lidar com as situações sejam desenvolvidas, possibilitando elaborar e sustentar aquele espaço até criar relações com o mundo imediato de forma um pouco mais estabilizada.

Tradicionalmente o papel do AT no campo da saúde mental se constitui nessa medição de mundo. Contudo, é fundamental ir além da perspectiva dos “pacientes psiquiátricos” e trabalhar na ampliação do escopo do acompanhamento. Uma possibilidade que surge no decorrer desse trabalho é o acompanhamento de pessoas na área da Assistência Social (SUAS), que abarca contextos de violação de direitos, como abuso sexual, violência, negligência e outras vulnerabilidades. Nesses casos, o AT mantém seu papel de mediação entre os envolvidos e o mundo, mas também assume função mais direta de resgate da cidadania de sujeitos socialmente excluídos de direitos básicos em saúde, educação, trabalho, seguridade social, entre outros.

As questões de saúde mental são frequentemente presentes, já que aqueles que vivem em condições de violências durante anos certamente apresentam consequências psicológicas, normalmente trabalhadas em conjunto. Além disso, aparecem muitas demandas de ordem social que atravessam de outra forma os conflitos existenciais e adoecedores desses sujeitos, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes que não tem legitimidade jurídica para responderem por si mesmos e se protegerem dessas condições precárias de vida (Gonçalves Filho, 1998).

Nesse contexto, não adianta pensar só na demanda do cuidado “psicológico” sem o trabalho social, pois, enquanto as violações de direitos que o sujeito enfrenta em sua realidade direta não cessarem, o sofrimento psíquico dificilmente será resolvido., Portanto, em situações de grande vulnerabilidade, é preciso pensar no contexto do sujeito para que mudanças concretas nas condições psicológicas sejam possíveis. Com essa visão mais dinâmica, não há separação entre diagnóstico e intervenção: intervir na relação com mundo muda o diagnóstico e as necessidades de cuidado, configurando um processo de diagnóstico interventivo e intervenção diagnóstica, no qual o paciente se apropria de seu processo de adoecimento e se responsabiliza por seu autocuidado (Evangelista, 2016). O AT surge não só do grau de dificuldade do paciente, mas também em função do ambiente em que ele vive: das relações comprometidas, da falta de

acesso às condições mínimas de qualidade de vida e bem-estar, da escassez de recursos, das violências que se repetem até mesmo nas instituições⁹, etc.

A saúde mental e as questões de âmbito social estão muito articuladas: quanto mais precárias e vulneráveis são as condições psicossociais de um sujeito, maiores tendem a ser as chances de agravos no seu psiquismo. Do mesmo modo, quanto maior a condição de agravo na saúde mental, mais tendem a se precarizar as condições psicossociais do sujeito. Além disso, tanto as questões de saúde mental quanto a vulnerabilidade psicossocial são fenômenos influenciados por diversos aspectos de ordem cultural, econômica, social, psicológica, ambiental, relacional e de acesso a dispositivos de atendimento estatal, entre outros.

Portanto, o AT trabalhar com a premissa de que, em casos de grandes agravos, seja do ponto de vista da saúde mental, seja na dimensão psicossocial, são necessários cuidados multidimensionais. Essa preocupação deve abranger questões pragmáticas, psicológicas, de articulação em rede, de garantia de acesso a dispositivos públicos, etc.

No âmbito pragmático, incluem-se abordagens como auxílio para elaborar currículo, encaminhamento para assistências governamentais, recuperação de documentos extraviados que garantam dignidade e acesso a serviços e resolução de questões burocráticas, como a leitura de um contrato. No campo do acesso a direitos e da articulação em rede, incluem-se ações como resolver aspectos psicopedagógicos e burocráticos que impedem o retorno à escolarização; apoio psicológico e institucional no acesso a dispositivos de justiça, como a efetuação de uma queixa policial ou a garantia de consulta com defensor público; o acompanhamento à unidade de atenção primária para articular o acompanhamento em saúde; entre outras demandas que surgem no acompanhamento do sujeito.

Sendo assim, o AT busca proporcionar um cuidado psicológico ao mesmo tempo que atua na mediação das relações familiares, do sujeito com o mundo, e no acesso aos direitos de cidadania, considerando todo o contexto de sua relação com o mundo vivido. Para isso, é preciso pensar nas dimensões da construção de cidadania e da saúde mental como elementos articulados, em uma relação dialética, pois grande parte das pessoas em situações de vulnerabilidade não possui o mínimo necessário para acessar os próprios dispositivos de cuidado, como uma consulta psicológica.

⁹ A violência institucional é um tema que vem sendo debatido por diversos pensadores e tornado políticas públicas de humanização em saúde por se tratar de diversas práticas de poder dos agentes de saúde que reproduzem estigmas, preconceitos e isolamento de diversos usuários comumente marginalizados, como ocorre com vítimas de abuso, portadores de transtornos mentais, adictos, grávidas, etc.

Tópicos importantes sobre o Acompanhamento Terapêutico são abordados por Maurício Porto (2015) a partir do termo “grau zero do encontro”. Nesse conceito, o autor descreve o deslocamento necessário do acompanhante e do acompanhado de seus habitats: o terapeuta do seu lugar privado de trabalho e o paciente da sua condição de isolamento e desabituação de si. Assim, o ponto de partida do trabalho está no encontro desses sujeitos, em que tudo está por acontecer, buscando compreender o que está em jogo nessas relações e afetos.

O Acompanhamento Terapêutico busca, em sua atuação, proporcionar um cuidado intensivo voltado para o sujeito, ajudando-o a acessar seus próprios direitos e cidadania. Trata-se de casos em que a precariedade do cuidado e a privação de direitos básicos já causaram danos graves ao psicológico. Por isso, por meio da vinculação com novos espaços de circulação e, conseqüentemente, de outras formas de se relacionar com o mundo, é possível construir uma relação com a cidade e desenvolver lugares de referência, ou seja, criar possibilidades.

Parte-se do princípio de que toda experiência de si acontece com o pano de fundo do mundo; não existe vivência que não seja contextualizada, pois todas acontecem no mundo imediato. O mundo é o horizonte das experiências de real de cada um. Não é um defeito da percepção a forma como compreendemos o mundo: essa é a condição de se relacionar com a realidade. Só é possível existir mundo diante perspectiva que se coloca diante dele. Todas as interpretações são sempre baseadas nessa experiência concreta, fática, de cada um com o real (Merleau-Ponty, 1999).

Além disso, quando se fala de fazer psicoterapia, é automática a associação ao consultório clínico. Porém, não é porque existe o consultório que a prática deve ficar restrita àquele espaço, seguindo um protocolo como demandam muitas abordagens psicológicas.

Por exemplo, uma boa parte dos relatos que aparecem na clínica infantil são relacionados a queixas escolares, as quais estão frequentemente misturadas com outras questões (problemas de aprendizagem, bullying, problemas em casa, etc). Nesse sentido, a ideia do AT defende a importância de ir até a escola para buscar compreender como se dão as relações e entender o contexto das queixas dentro desse espaço. Ainda nesse caso, conhecer a família que convive com a criança diretamente, sem limitar o campo de atuação e intervenção ao consultório, é essencial para o cuidado integral desse sujeito.

Ademais, não é possível oferecer um atendimento tradicional para quem não tem estrutura mínima de sobrevivência Quanto maior a vulnerabilidade, mais se inviabiliza o acesso

a um consultório clínico, devido à falta de condições básicas como locomoção, alimentação, um lugar adequado para realizar as sessões, a necessidade de cuidados para dependentes, etc.

Por isso, no caso do AT, toda demanda é serviço que precisa ser acolhido ou encaminhado para outros dispositivos que possam oferecer cuidado. É preciso, então, buscar meios de resolução para as condições que impedem a possibilidade de acesso à saúde, e esse é um trabalho que demanda participação da rede.

Portanto, o elemento importante na perspectiva da clínica ampliada é que, ao considerar que o sofrimento se produz na relação do sujeito com o mundo, é preciso pensar que se deve tratar o mundo e o sujeito ao mesmo tempo. Nesse sentido, não se trata o sujeito, mas sim a relação deste com o mundo e o seu modo de ser no mundo.

Assim, busca-se alternativas de cuidado, como fazer visitas domiciliares, trazer a família para o trabalho terapêutico, ir aos lugares onde essa pessoa circula, acionar a rede, entre outros. Desenvolvendo, portanto, a perspectiva de trabalhar a saúde do sujeito e a saúde do contexto como um todo, circulando por onde o paciente permite entrar para oferecer essa escuta.

Dessa forma, a estrutura do atendimento no AT vai sendo construída a partir das demandas do sujeito. Por isso é essencial a capacidade de avaliá-las, assim como desenvolver o conhecimento sobre as políticas públicas de saúde existentes e/ou disponíveis, para saber onde procurar a assistência necessária em cada caso.

Com o AT, fazemos a mediação do território para quem não tem oportunidade de atuar diretamente nessas demandas do território e nas relações desse sujeito com o mundo. Se for necessário envolver a família, é preciso fazer todo um trabalho de fortalecimento de vínculos, de escuta da família, de entender o que o transtorno significa para esse grupo e compreender como os familiares elaboram o que aconteceu, para então pensar em uma possibilidade de aproximação.

Quando se trata de trabalhar com a rede, é preciso fazer a mediação, ajudar a buscar as instituições adequadas para resolver cada demanda, facilitar a comunicação e promover o diálogo. Surge, assim, no processo de AT, a criação de vínculos entre os dispositivos disponíveis para ampliação da rede de cuidado, já que cada instituição tem suas funções e ferramentas específicas para atender a cada demanda.

Portanto, ao falar de trabalho em rede, é necessário abranger todos os dispositivos que integram o acesso aos direitos, incluindo saúde, educação, direitos do trabalhador, sistemas de

justiça, entre outros. Nesse sentido, o AT requer a capacidade profissional de avaliar as demandas dos sujeitos em sofrimento, e conhecer e saber como auxiliar no acesso e no diálogo com essa rede.

A despeito da potencialidade do Acompanhamento Terapêutico enquanto dispositivo de cuidado em diversas situações que envolvem vulnerabilidade psicossocial, sua presença nas graduações em psicologia ainda é escassa. Esse panorama está relacionado à hegemonia de uma formação extremamente tradicionalista e positivista nas universidades, que prioriza a clínica-escola como um ambiente protegido para a simulação de práticas clínicas sistematizadas conforme o modelo de consultório. Nesse contexto, o foco recai sobre o sujeito individualmente, relegando a um segundo plano o campo psicossocial de experiência do sujeito (Mello e Téó, 2019; Gomes e Dimenstein, 2016).

No seu artigo sobre a formação de psicólogos na graduação, Chaui-Berlinck (2010) questiona se a grade curricular está voltada para os objetivos da reforma psiquiátrica, apoiando a ideia de que para que seja possível uma mudança na prática é necessária uma mudança no discurso sobre a loucura e o adoecimento psíquico. A autora também ressalta a necessidade de entendermos a atuação como produtora de subjetividade, o que demanda uma atenção que é intrínseca da atuação do AT. Essa prática lida com a diversidade e promove a criação de modos de existir que desarticulam o sujeito da condição de doente, permitindo a criação de vínculos sociais humanizados e de autonomia.

Chaui-Berlinck aponta também o crescimento da prática do AT em contextos de vulnerabilidade social, à medida que permite uma ação nas condições reais do cotidiano que possam influenciar no adoecimento. Dessa forma, o Acompanhamento Terapêutico promove a busca por direitos e novas formas de ser no mundo em que habitam.

Nesse sentido, o Acompanhamento Terapêutico (AT) apresenta-se como uma ferramenta rica para ser investida na formação de profissionais que atuarão no âmbito das políticas públicas. Ele possibilita atender demandas que estão fora dos muros das instituições e alcançar os sujeitos em seus ambientes concretos e simbólicos.

Entretanto, como pontuam Braga & Farinha (2018), a Reforma Psiquiátrica brasileira não se comprometeu em investir em diversos dispositivos consagrados. Um exemplo disso é o AT, que nem chegou a ser citado como recurso de apoio na portaria 3.088/2011, a qual institui a rede de saúde mental do SUS (RAPS). Isso torna o desafio de manter o usuário em meio

aberto ainda mais complexo. Em um contexto como esse, desenvolver ferramentas que fortaleçam a atuação e a disseminação de práticas alternativas de cuidado em saúde, que buscam responder às demandas sociais da população brasileira, é fundamental para a democratização da psicologia e da ciência como um todo.

Portanto, o que se observa é um hiato entre as políticas públicas que são produzidas a partir de um discurso socialmente revolucionário, representando os interesses da população, mas que, na prática, não são efetivamente implementadas (Miron & Guareschi, 2017). Esse descompasso é evidenciado pelo baixo investimento em saúde pública, especialmente nas políticas de saúde mental. Além disso, Nunes et al. (2019) ressaltam o surgimento de um movimento conservador conhecido como Contrarreforma Psiquiátrica, que se intensificou especialmente após 2016. Esse movimento é marcado pelo prevaecimento do financiamento de instituições privadas, como Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas ligadas a instituições religiosas, pela alta taxa de medicalização e pelo retorno de práticas abusivas, embora lucrativas (Nunes et al., 2019).

O que se evidencia nestes debates sobre a necessidade de reformulação de uma formação que atenda à realidade brasileira é o desafio de construir alternativas às lógicas individualizantes e mercadológicas, buscando criar novos modelos teóricos e práticos que entendam os sujeitos na complexidade da sua própria realidade social. Isso implica no cuidado não só com o indivíduo, mas também nas condições de vida adoecedoras, nas comunidades, nos âmbitos familiares e políticos.

A possibilidade de seguirmos em direção à desinstitucionalização da loucura é acontece no sentido do combate à ideia de “doença mental” destinada à hospitalização e à individualização dos agravos psicológicos. Para esse avanço, também é necessário desafiar a lógica liberal do cuidado, para pensarmos em uma saúde mental em sua amplitude e complexidade, que esteja relacionada ao território, à socialização e à produção de vida.

Trata-se de um processo complexo de contestar exaustivamente as concepções dadas sobre a suposição da periculosidade do “louco” e os movimentos opressores e autoritários da sociedade, que prezam pela normatização e adaptação do sujeito ao meio. É um esforço para criar novas formas de ser em sociedade.

3 - Supervisão de Campo enquanto dispositivo de formação e atuação.

Diante da demanda por formação e de desenvolvimento das práticas contextuais no âmbito da saúde mental e assistencial, investir em ferramentas que fortaleçam tal atuação se torna essencial. Nesse sentido, a Supervisão de Campo se apresenta como um recurso interessante a ser implementado como cuidado do cuidador.

A Supervisão de Campo tem sido pesquisada como um dispositivo clínico-pedagógico que tem como principal objetivo ter um acompanhamento mais próximo dos estudantes que estão começando seu trabalho na clínica ampliada. Nesse sentido, o supervisor de campo é um profissional que, por meio de sua experiência, se entrega ao processo de orientar/supervisionar/facilitar/auxiliar o caminho de aprender a fazer uma atuação profissional (Aun, 2005; Costa, 2014). Costa (2014) nomeia essa prática como “supervisão de campo no campo” na medida em que o principal objeto de estudo desse novo dispositivo é a presença de um supervisor no local de atuação dos estágios/extensões de estudantes de graduação.

A palavra “supervisão”, em si, carrega um sentido ambíguo nesse trabalho e, por isso, se configuram questionamentos necessários. Sua origem etimológica vem da junção de *super* + *visão*, *construção* que se relaciona com uma visão superior, remetendo à função de avaliador do trabalho dos outros. Entretanto, o supervisor se estabelece como um agente comum nas áreas da educação e da saúde, dizendo respeito a um sujeito mais experiente que se disponibiliza a cuidar e orientar a prática profissional de novos aprendizes. Tendo isso em vista, pela necessidade de tornarmos a função do acompanhante de acompanhantes compreensível, faz-se relevante a utilização de referências passíveis de serem dialogadas com os demais trabalhos produzidos no campo, contudo, questionamos, também, a pressuposição de que esse seja um papel de vigilância e controle, mediante a imposição do lugar de suposto saber.

A ideia de um supervisor presente no campo de atuação tem sido adotada em diferentes profissões de saúde e com objetivos e atuações diversificadas, que colocam essa figura como elemento fundamental do processo de aprendizagem prática dos estudantes. Conforme as diferentes conotações e papéis adotados, o supervisor presente no campo é conhecido por diferentes terminologias, tais como mentor, supervisor, orientador, preceptor e, enfim, o supervisor de campo *in loco*.

Na medicina, por exemplo, desde seus primórdios a formação faz uso alargado do modelo mestre-aprendiz (Ferreira, Cazella e Costa, 2022), tendo a figura do preceptor sido reconhecida na estruturação da ciência médica como responsável pela educação e

acompanhamento dos alunos nos hospitais e postos de saúde, principalmente nos internatos e residências. Nesse modelo, o preceptor é um profissional da equipe de uma instituição que geralmente atua tanto no atendimento quanto no ensino em ambientes como os hospitais-escola, cujas responsabilidades da própria instituição abrigam simultaneamente os objetivos de ensino e assistência. A função desse profissional é compartilhar a sua experiência e conhecimento como ferramentas que auxiliem no desenvolvimento da prática clínica do graduando ou recém-formado, além de facilitar sua adaptação ao exercício profissional, de forma que haja condições adequadas para esse processo de formação ocorrer de maneira satisfatória (Botti & Rego, 2008).

Os estudos sobre o papel do preceptor na medicina não o determinam tecnicamente de forma precisa, mas abrangem uma gama relativamente ampla de concepções. Segundo Botti e Rego (2008), há profissionais com uma concepção mais tecnicista, focando o ensino no processo de demonstração do procedimento e prescindindo de maior atenção para com a promoção de um espaço de discussão. Igualmente, há profissionais que se voltam para o processo de facilitar a aprendizagem prática, reflexiva e autônoma dos estudantes, focados nos aspectos de ensino-aprendizagem da ética e da técnica aplicadas às situações reais do cotidiano. Desse modo, emerge, no campo da formação por meio do acompanhamento das práticas do aprendiz, uma discussão sobre a contraposição entre a atuação técnica e a ação efetivamente educadora, que considera o processo de apropriação e reflexão do aluno, sua vivência e suas decisões para a construção de um amadurecimento da prática.

No Serviço Social é usado o termo “supervisor de campo”, sendo esse profissional previsto em lei como requisito para a formação prática dos estudantes na etapa dos estágios. A Resolução 533/2008 regulamenta as atribuições da função de supervisor de campo, destacando-se, entre elas, a formulação de um projeto de trabalho para a unidade de ensino quando houver a abertura do estágio, a participação na construção do plano de estágio com os projetos a serem implementados e a conjugação desse trabalho no campo de aprendizagem concomitantemente com a avaliação e a orientação do supervisor acadêmico (Moreira, 2018; Resolução 533, 2008).

Os estudos sobre o papel do supervisor de campo na área de Serviço Social são extensos e consolidados, com diretrizes bem estabelecidas por leis. Essas normas incluem critérios sobre qual o número máximo de alunos e qual deve ser a carga horária de trabalho cumprida por um supervisor. Além disso, dispositivos legais estabelecem a obrigatoriedade de que esteja em dia com as atribuições e inscrito no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) de sua jurisdição.

Há também diversas pesquisas sobre o papel desse profissional, suas atribuições e limites. Produções acadêmicas destacam relatos sobre como esse processo de se assumir supervisor de campo é benéfico para a manutenção da educação permanente dos profissionais, à medida que precisam estar constantemente atualizados para responder às demandas dos estudantes. Por outro lado, esses estudos também destacam a sobrecarga de trabalho que essa dinâmica implica, já que, além da atuação no próprio serviço, é preciso estar disponível para acompanhar outros (Joazeiro, 2009; Moreira, 2018).

Essas experiências documentadas são fundamentais para a conhecer o processo de ensino-aprendizagem no campo de estágio em diferentes contextos profissionais. Elas contribuem para a construção do dispositivo da supervisão de campo na psicologia, especialmente à medida que as práticas psicológicas se voltam cada vez mais para cenários sociais diversos.

É a partir dessa concepção de campo, enquanto lugar de formação do estudante, que o cuidado com o território se torna fundamental para favorecer as condições de aprendizagem dos alunos. Nesse momento, os conhecimentos teóricos adquiridos devem ser aplicados de forma coerente com as demandas da realidade. Isso possibilita, principalmente, um acesso direto e seguro ao contexto pelos estudantes, promovendo espaços para o desenvolvimento de posicionamentos reflexivos e para a apreensão das subjetividades de cada contexto.

As experiências de estágio em novos campos de atuação incluem instituições diversas: comunidades, dispositivos do sistema público em saúde, assistência social, educação, justiça, entre outros. De acordo com as demandas emergentes no contexto, novas modalidades de prática ou novos usos de antigas modalidades são formulados. Exemplos englobam a terapia breve em postos de saúde (Campos & Dalto, 2016), os plantões psicológicos em espaços institucionais compartilhados (Costa, 2014, Braga et al, 2019), as visitas domiciliares junto às equipes de Assistência Social (SUAS/CRAS) (Koelzer et al, 2014) e de Saúde da Família (Gama & Koda, 2008), a orientação à queixa escolar (Souza, 2020), os atendimentos grupais e as oficinas terapêuticas.

No contexto formativo em clínica ampliada, novas questões se apresentam, como o trabalho multidisciplinar nas reuniões e discussões de casos e nas supervisões de grupos institucionais (Schneider et al, 2014). Também são relevantes a análise do contexto institucional de trabalho, a compreensão do contexto social do público atendido e o trabalho tanto com a

rede de apoio psicossocial quanto com a rede de assistência para a construção de estratégias de cuidado.

O campo de estágio é parte fundamental da formação profissional de estudantes, regulamentado pela Lei 4.119/62 e pelo parecer 403, que impõem a obrigatoriedade do estágio supervisionado na formação do psicólogo (Seixas, 2014). Em regra, são criadas condições específicas para possibilitar que o estudante tenha acesso ao trabalho profissional de forma introdutória, permitindo-lhe adaptar e desenvolver o saber necessário para sua atuação.

Na psicologia, os primeiros contatos dos futuros profissionais com a atuação prática costuma acontecer em clínicas-escolas, laboratórios e estágios externos (por exemplo, em empresas e escolas). Para tanto, pressupõe-se que esses sejam espaços em que o aluno tenha contato com a realidade de forma mediada por alguém responsável pela sua formação. Esse processo pode se dar pela observação desse mediador trabalhando, pela realização de tarefas assistenciais ou até pela atuação acompanhada pelo mentor, seja presencialmente ou por meio das supervisões. Nesse sentido, é importante ressaltar que há sempre alguém responsável por esses alunos no campo. Isso pode incluir alguém responsável pela instituição, outros profissionais do campo ou o supervisor docente, que realiza reuniões para discussões de casos durante ou após o trabalho.

Os estágios institucionais consistem, normalmente, na inserção dos estudantes em equipes já preestabelecidas. Nesses arranjos, os alunos acompanham os profissionais, participam de reuniões de equipes e discussões de casos, realizam atendimentos e participam da rotina da instituição. Posteriormente, discutem tais experiências na supervisão pedagógica com o professor responsável.

O papel do professor/supervisor muitas vezes consiste em entrar em contato com a instituição e negociar os termos de estágio (acompanhamento, intervenções, etc) e realizar supervisões (geralmente semanais) para tirar dúvidas, indicar material teórico, construir saberes, refletir sobre as demandas e vivências. Há poucas experiências em que o supervisor universitário conhece profundamente o local de estágio, ou participa diretamente de uma ou mais atividades práticas junto dos alunos. Normalmente, esse acompanhamento fica a cargo da equipe das instituições, muitas vezes sobrecarregada e que desconhece a articulação teórico-prática realizada pela disciplina.

Entende-se como supervisão de estágio tradicional a prática em que os alunos narram suas experiências na realização de práticas psicológicas. Então o supervisor, com base em sua

experiência e conhecimento, realiza a orientação, o acompanhamento e a avaliação, por meio da discussão dos casos e de reflexões sobre o contexto de atendimento e as condutas possíveis, relacionando teoria e prática de modo a contribuir para o processo pedagógico do estudante e aprofundar competências para sua atuação profissional (Neto & Oliveira, 2015). Nesse sentido, as reais circunstâncias da prática vividas pelo aluno podem não ser profundamente conhecidas pelo supervisor, abrindo um hiato entre o fazer e o pensar.

Embora a prática no campo e a reflexão em supervisão consistam em momentos distintos da formação em psicologia, é necessário que estejam interligados. O processo de supervisão deve ser mais aprofundado, explorando as experiências vividas no campo de modo mais pertinente, detalhado e cuidadoso as. O tamanho da distância espacial e temporal criada da supervisão à prática de campo pode levar a um descolamento entre esses dois aspectos, promovendo uma reprodução acrítica das práticas encontradas no campo. Isso pode resultar em uma reflexão teórica, na melhor das hipóteses, vazia de experiência, e na, pior delas, reafirmadora de um olhar essencialista e culpabilizador sobre o sujeito.

No cotidiano das políticas públicas, os problemas da tradição clínica, que reproduz modelos de subjetividade individualistas e essencialistas, frequentemente se somam às dificuldades políticas e institucionais em incorporar abordagens que efetivem o compromisso social da psicologia. Esse quadro se torna ainda mais preocupante para alunos em formação, que podem possuir menos elementos para refletir criticamente sobre esse processo, fato que influencia na sua formação e é elemento atuante nas práticas psicológicas em sua carreira futura, criando o cenário em que se projeta o desenvolvimento da psicologia e das políticas públicas no país. Ao criar um ambiente em que alunos assistem a prática dos serviços muitas vezes de modo dissociado da reflexão teórica proposta pelas instituições formativas, o processo formativo acaba por reproduzir o mesmo hiato entre discurso e prática encontrado na luta política.

Na psicologia, diferente das demais áreas citadas, a supervisão de campo é um aspecto pouco estudado e que, pela sua relevância enquanto um dispositivo de formação, demanda maior reflexão sobre sua validação com o acompanhamento dos alunos, bem como sobre suas possibilidades de atuação. Sendo assim, é necessária uma ampliação da experiência na prática.

É possível verificar que muitos sujeitos reproduzem esse movimento sem nomeá-lo de tal forma. Nos estágios profissionalizantes, por exemplo, é comum que o próprio supervisor, um aluno que já está há mais tempo no campo ou até mesmo as equipes das instituições acabem

assumindo esse papel de orientador. Em muitos casos, esses profissionais podem acompanhar o aluno, investigar o local de trabalho pela cartografia, apresentá-los ao ambiente e às pessoas que o compõe e participar em conjunto de atividades ou intervenções, reuniões de equipe, etc. Outra modalidade são estágios em que os alunos participam de atividades práticas em duplas ou grupos para que um possa auxiliar e apoiar o outro nas demandas que podem surgir no local e, principalmente, para que se crie um ambiente mais seguro ao partilhar da experiência (Gama & Koda, 2008; Seixas, 2014; Campos & Daltro, 2016; Ferreira, 2019; Kolzer et al, 2014; Nunes, 2015).

Quando se pensa em um dispositivo clínico-pedagógico, entende-se duas dimensões de atuação. Conforme Costa (2014), há uma “ação clínica sendo pedagógica e ação pedagógica sendo clínica, na medida em que o aluno pode aprender a escutar pela possibilidade de ser escutado, a estar disponível no campo por experienciar a disponibilidade de seu supervisor de campo” (p. 34). Ou seja, a presença de uma pessoa de referência auxilia no processo de entrega às vivências do campo, tornando possível construir esse lugar de atuação formativa na prática dos estudantes.

A experiência se torna objeto de troca quando pensamos no conceito de autoridade descrito por Arendt (2016). Segundo a autora, esse conceito se refere não a algo que pode ser imposto pela força ou pelo convencimento argumentativo, mas algo legitimado por sua influência na vida do sujeito, gerando um senso de segurança, aprendizagem e cuidado. Sendo assim, o conhecimento é um dos fatores que garantem autoridade, pois tendemos a legitimar o poder e a seguir aqueles que podem nos ensinar caminhos, oferecer respostas e que possam servir de referência.

É nesse contexto que a supervisão de campo, ou *in loco*, como nomeado por alguns autores, emerge como dispositivo de formação clínica em psicologia nos contextos ampliados. Os primeiros estudos sobre o tema ocorrem a partir de meados dos anos 2000, principalmente em dissertações de mestrado, e descrevem experiências de supervisão de campo em contextos institucionais nos quais os estagiários tinham contato direto com a população atendida no ambiente da instituição (Aun, 2005; Nunes, 2015; Mosqueira, 2008, Morato et al, 2009). A partir da década de 2010, houve uma expansão de artigos e livros descrevendo experiências de estágio em campo que utilizam essa metodologia clínico-pedagógica (Braga, Mosqueira e Morato, 2012; Barreto, 2013; Braga, 2014; Gomes e Dimenstein, 2016; Oliveira, 2019).

Nesse sentido, as autoras Aun (2005) e Costa (2014) discorrem longos trabalhos sobre a construção do lugar do supervisor de campo a partir de suas próprias experiências no exercício dessa função dentro de instituições como hospitais e a Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (FEBEM). Na psicologia, esse trabalho de supervisão em campo tem objetivos diversos como ensinar, orientar, mediar conflitos, facilitar o aprendizado, servir de exemplo, observar o ambiente e as condutas e intermediar a relação entre o aprendiz e a instituição/campo. Além disso, o supervisor deve propiciar um ambiente favorável para o aluno e para o paciente, auxiliar nas questões emergentes, aprimorar o pensamento crítico e aumentar o conhecimento sobre o local e as relações sociais ali presentes. Ademais, esse profissional tem a responsabilidade de possibilitar uma abertura no olhar sobre o campo, ser um porto seguro no momento da atuação do aluno e, primordialmente, ajudar a ampliar os olhares sobre as demandas que surgem na própria prática.

Por diversas questões relacionadas à inserção dos alunos no mundo profissional, a figura do supervisor de campo é fundamentalmente baseada na necessidade de um apoio efetivo no processo de iniciação na prática clínica dos profissionais de saúde. O processo de aprendizagem da atuação, a adaptação ao ambiente de trabalho/ a realidade do paciente, a apropriação dos atributos profissionais necessários para essa atuação, a avaliação dos possíveis erros/conflitos/riscos que podem ocorrer, a oferta de um apoio que garanta segurança para experimentar esse lugar, um espaço de escuta e acolhimento, etc. são alguns desses aspectos.

Em tais trabalhos, a supervisão de campo é compreendida como um dispositivo alternativo de cuidado que favorece a articulação entre reflexão e prática, já que permite um apoio clínico e pedagógico no próprio momento da ação. Ela ocorre, assim, em dois momentos: na cartografia clínica de espaços nos quais será desenvolvido um projeto de atenção psicológica e no próprio desenvolvimento de práticas clínicas nas instituições e comunidades. Em uma cartografia clínica, a supervisão de campo consiste no acompanhamento dos estagiários e na análise do campo percebido *in loco*, durante o encontro com os atores em cena e desencontro de si (Oliveira, 2019). Já no processo interventivo junto a instituições e comunidades, a supervisão de campo oferta uma escuta aos estagiários para abordar dúvidas e incômodos surgidos no campo e, por vezes, no atendimento conjunto.

O supervisor de campo se insere no lugar de cuidador de quem cuida, traz sua experiência da instituição e da prática para oferecer um acolhimento aos estudantes que chegam. Ao transitar pelo local com um olhar ampliado para as demandas dos sujeitos e de todo

o ambiente ao seu redor, o supervisor reconhece que, por vezes, o espaço pode se apresentar de difícil manejo, especialmente diante de suas diferenças e complexidades. Dessa forma, intermedeia o cuidado entre o campo — regras, demandas institucionais, mudanças na rotina, etc. — e os estagiários que estão, por meio da inserção no espaço e nas relações, construindo um saber clínico pela experiência (Aun, 2005; Gomes & Dimenstein, 2016).

Compreendendo, a partir de Heidegger, que as demandas clínicas se apresentam misturadas às múltiplas dimensões do contexto, a compreensão do lugar clínico ocorre pelo processo de *afetabilidade* às diversas facetas do campo (Braga, Mosqueira e Morato, 2012). O mundo afeta o sujeito e, assim, vai o constituindo. Essas tonalidades afetivas, mesmo que transitórias, revelam algo sobre nosso modo de ser e nossa compreensão, ou seja, como o mundo o aparece, já que a forma como somos afetados tem relação com nosso sentido de ser-no-mundo (Oliveira, 2006).

Assim, a supervisão de campo, tanto em sua dimensão de cuidado quanto em sua dimensão pedagógica, permite reflexões sobre os acontecimentos no momento em que ocorrem, além de possibilitar uma apreensão das relações envolvidas no campo e do lugar da escuta clínica no contexto (Braga, 2014). Esse processo propicia um movimento em que as vivências se instituem como instrumento clínico, na medida em que possibilitam que as questões emergidas não sejam apenas do outro, “mas [que] afiguram um pertencimento coletivo enquanto facetas de questões e possibilidades humanas, numa mesma sociedade e mundo humanos” (Braga & Custódio, 2009, p. 135).

Acompanhando os estagiários, os supervisores de campo abrem caminhos e possibilitam a circulação de forma pertinente ao cuidado clínico, oferecendo um refúgio e apoio nas articulações, mas também mostrando-se disponíveis para fazerem intervenções quando solicitados. A supervisão de campo não se configura como um trabalho de tutela, em que a função do supervisor é avaliar ou determinar o processo do aluno. Em vez disso, serve como um suporte para auxílio e orientação nas demandas emergenciais que possam surgir no local (Mosqueira, 2008).

Costa (2014) descreve sua experiência de criação do lugar de supervisora de campo em instituições de saúde e socioeducativas, circulando pelos ambientes onde as atividades ocorriam, para compreender as necessidades e dificuldades que iam surgindo na prática dos estudantes. Esse processo, ela denominou de “supervisão em campo no campo”, atendendo às demandas do campo e propondo este como dispositivo clínico-pedagógico na expansão da

prática de formação do aluno. A autora aponta também, a importância desse dispositivo não só como uma extensão à comunidade dos serviços demandados, mas também como meio de criação e formação de conhecimentos voltado às necessidades reais do campo. Em suas palavras, “ir a campo significou ultrapassar os muros da universidade, bem como os limites de uma concepção de prática clínica tradicional” (Costa, 2014, p. 32).

A supervisão de campo não prescinde da supervisão teórico-clínica, mas consiste em um dispositivo intermediário entre essa supervisão e a prática,. Essa interlocução permite, inclusive, o surgimento de aspectos importantes do campo que eventualmente não tenham sido abordados pelos estagiários (Gomes e Dimenstein, 2016), permitindo uma referência de atuação no próprio momento em que a prática se desenvolve (Costa, 2014; Gomes e Dimenstein, 2016).

Desse modo, a supervisão de campo se configura como um importante instrumento de cuidado e direcionamento nos contextos de clínica ampliada, que não contam com as referências da clínica escola. Em tais contextos, nos quais situações inesperadas e manejos imediatos podem demandar maior atenção dos alunos em formação, esse dispositivo torna-se ainda mais importante. O mesmo acontece na atuação de estagiários em ambientes de difícil circulação, como em instituições infracionais (Mosqueira, 2008; Costa, 2014) e hospitalares (Ferreira, 2019; Costa, 2014) ou em outros contextos, como ocorre no Acompanhamento Terapêutico, onde não há nenhuma configuração de *setting* preestabelecido.

A preocupação com o processo de acompanhamento do aluno, a partir da construção de práticas que o inserem no campo, se coaduna com a recente preocupação de entidades da psicologia em fomentar uma formação condizente com a inserção de alunos nos diversos contextos em que a prática psicológica está atualmente inserida. Tendo como base a Lei nº 11.788/2008, que regulamenta os estágios profissionalizantes, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo lançou um parecer orientativo sobre estágio supervisionado em campo, diferenciando professor orientador e supervisor de campo. Nesse documento, o órgão define o orientador como o responsável pela integração teórico-prática, por meio do acompanhamento e avaliação do estagiário. Já o supervisor de campo tem a função acompanhar as atividades práticas, inclusive emitindo relatórios ao professor orientador. As diretrizes estabelecem, também, que o supervisor deve ser um profissional habilitado, oferecido pela instituição concedente, que possua formação ou experiência na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário.

Diante disso, ressalta-se a importância do diálogo entre o professor orientador e o supervisor de campo para o alinhamento das diretrizes pedagógicas e metodológicas do estágio, bem como para a troca de informações sobre os aspectos institucionais que possam ser influenciadores da prática e para a avaliação da conduta dos estudantes. Tal diálogo deve se configurar como uma estratégia de trabalho em equipe que proporcione as condições necessárias para uma boa relação com os sujeitos atendidos dentro ou fora das instituições, além de permitir a circulação segura dos estagiários e que o cuidado seja oferecido de forma imediata.

Embora haja uma divisão instituída de funções entre professor orientador e supervisor de campo, não há atualmente documentos ou orientações que definam a natureza do acompanhamento exercido pelo supervisor de campo na psicologia. Isso dá margem à diversidade das atuações, mas cria dificuldades de fundamentação de elementos mínimos que garantam boa formação acadêmica e experiencial. Igualmente, não há diretrizes oficiais sobre a interlocução entre a atividade do professor orientador e aquela do supervisor de campo, fato que, se por um lado deixa margem à autonomia dos atores, pode ensejar experiências desarticuladas. Nesse contexto, os estudos sobre experiências de supervisão de campo se tornam fundamentais ao construírem análises teórico-metodológicas que fundamentam uma boa estrutura clínico-pedagógica. Nesse sentido, a investigação da supervisão de campo como dispositivo para a formação em acompanhamento terapêutico no contexto da graduação em psicologia pode contribuir para elaborar metodologias de formação clínica consistentes e articuladas ao contexto de vulnerabilidade psicossocial.

Nos estudos encontrados sobre supervisão de campo nas diferentes áreas da saúde que esse papel é desenvolvido, são comuns as indagações sobre os limites que o supervisor deve ter para que seja bem desenvolvido o processo pedagógico do aluno. Trata-se de um “conduzir a fazer” de forma que é necessário ao educador decifrar quais são os momentos propícios para atuar sem interferir no aprendizado do estudante (Moreira, 2018; Costa, 2014; Botti & Rego, 2008). É fundamental, sob esse aspecto, a linha de compreensão sobre desenvolvimento humano e aprendizagem, desenvolvida por autores como Winicott (1896-1971) e Freire (1921-1997) que consideram que é por meio do processo experiencial que se dá a construção do conhecimento, sendo mais importante criar possibilidades para que os sujeitos possam desenvolver essas habilidades do que impor esse processo de forma artificial. Ambos os autores, estudiosos sobre o desenvolvimento da aprendizagem humana, defendem a autonomia como o principal facilitador da educação, na medida em que o interesse em relação ao objeto é o que o incentiva ao processo investigativo, produtor de conhecimento sobre o que se analisa. Ou seja,

quanto maior a vontade de conhecer algo, maior é a possibilidade de apreensão de seus significados.

Vygotsky (1896-1934) também pondera sobre a importância do papel da mediação entre a cultura e o indivíduo por um sujeito mais experiente, ressaltando que o aprendizado é um processo ativo do homem à medida que não está sujeito apenas a mecanismos de maturação nem a imposição do meio. Esse movimento não ocorre de forma espontânea, mas sim como resultado da interferência intencional de um outro capaz de socializar conteúdos e valores, preservando a identidade e a criatividade do aprendiz (Freller, 1999). Para os autores, a cultura é fundamental nesse processo por sermos seres sociais. Conseqüentemente, estamos em constante troca por meio da comunicação e da busca de nos escrevermos na realidade em que estamos inseridos como sujeitos pertencentes à comunidade, criando formas de linguagem e compreensão no grupo. Nesse contexto, a inserção na prática do trabalho do psicólogo é fundamental no seu amadurecimento, adaptação, aprendizagem e formação, o que ocorre principalmente graças à disposição de outros profissionais em intermediar esse processo.

O desenvolvimento dos dispositivos de clínica ampliada se caracteriza pela desconstrução dos critérios de predeterminação rígida do *setting* terapêutico, típicos da clínica tradicional. Esse processo evidencia como os ideais pré-estabelecidos de como devem ser a conduta técnica, o enquadre terapêutico e a função do psicólogo são impregnados no imaginário do estudante e reproduzidos desde o primeiro momento de sua atuação. Na prática, há uma tendência imediata de se restabelecer esses modelos, uma vez que eles preservam o conforto e a segurança do aluno dentro do ambiente projetado para tal.

A presença do supervisor de campo, muitas vezes, contribui como referencial para transgredir esses padrões, permitindo o reconhecimento de aberturas e demandas para que o AT seja a ferramenta contextualizada em situações específicas. Assim, o processo formativo no contexto da clínica ampliada exige um trabalho reflexivo que considere as múltiplas dimensões da experiência dos atendidos e da construção do cuidado. Todavia, a estrutura formativa nem sempre consegue integrar essas dimensões. Nesse sentido, as propostas de supervisão, tanto de campo quanto docente, acabam espelhando duas principais dimensões: a necessidade da formação e a perspectiva epistemológica do que é o trabalho e do que deve ser realizado ali naquele processo de aprendizagem experiencial. Quando a visão sobre o papel do profissional é muito técnica, a supervisão tem tendência a se tornar também mais diretiva e orientativa, como uma passagem de instruções tecnicistas. Entretanto, quando a supervisão de campo

reconhece um componente forte da relação humana no trabalho que o profissional desenvolve, ela necessita se tornar mais um espaço de escuta do outro. Assim, é possível compreender como nas profissões de saúde, como a medicina e serviço social, uma visão mais orientadora tende a ser observada, enquanto na psicologia da clínica ampliada e fenomenológica o que se vê é uma educação sobre a relação e o olhar ao sujeito, uma busca mais reflexiva sobre as condições de vida e como elas afetam subjetivamente cada um. Nas experiências de supervisão de campo da psicologia, estruturadas dentro de instituições, é possível observar que há necessidades técnicas (problemas institucionais, abertura para entrada no dispositivo, necessidade de referência, etc.) que fazem com que estaseja necessária para manutenção dos aspectos mais operacionais do trabalho. Já no AT, o que se destaca é o totalmente desconstruído. Em toda instituição, por mais aberta e ampliada que seja, há sempre uma certa estrutura no campo que já organiza até certo ponto a atuação dos profissionais, a relação terapêutica e os lugares em podem ocupar (Gadamer, 2006).

Quando se pensa no Acompanhamento Terapêutico em que se vai até a casa da pessoa atendida ou até os espaços de circulação que ela frequenta, o campo se abre a infinitas possibilidades. Nesse contexto, a previsibilidade do que pode acontecer diminui gradativamente: trata-se de um processo interventivo que caminha na direção da ampliação do mundo relacional do próprio sujeito atendido.

É durante o próprio atendimento com o sujeito que o dispositivo vai ganhando forma, à medida que as demandas vão surgindo enquanto se conhece as dificuldades que a pessoa apresenta. Assim, é conhecendo o acompanhado que se produz a clínica do AT, em um processo de promoção de autonomia (realizar tarefas pessoais, e transitar pela cidade, por exemplo); trabalho nas relações interpessoais; soluções de conflito; desenvolvimento da dignidade (documentação, conhecer a rede de saúde, procurar emprego, fazer currículo, etc), auxílio para conhecer espaços possíveis da cidade, ampliar vínculos sociais, enfrentar dificuldades relacionais (frequentar lugares públicos, participar de atividades, etc).

Nas instituições, sabe-se onde ir todas as semanas, existem delimitações de espaços, de público, de horários e mais controle das atividades. Já no AT, as possibilidades são imprevisíveis e indetermináveis, não se sabe nem especificamente onde será o atendimento e como estarão as condições desse ambiente naquele momento. A cada semana o espaço pode se alterar: para uma visita domiciliar, uma busca ativa na rua, um acompanhamento em consultas e assim por diante. Para o Acompanhamento Terapêutico, é importante que o trabalho esteja

sempre aberto para essas indeterminações, já que o modo pragmático da condução do atendimento vai se constituindo a partir das demandas do próprio sujeito. Quando menos nos fechamos nas estruturas pré-estabelecidas, maior se torna a capacidade de avaliar as possibilidades de intervenções e de abertura para o mundo desse sujeito.

No Acompanhamento Terapêutico, a grande questão circula na criação de um *setting* que possibilite o desenvolvimento do vínculo terapêutico com o sujeito atendido e com o ambiente de circulação. A função do supervisor de campo, em muitos momentos, passa a ser de sustentar o setting clínico no campo, algo que difere das experiências até então estudadas, em que as próprias instituições já inferem um *setting* com um quadro organizacional mais bem estabelecido, com horários, campo de atuação, população determinada, etc.

O trabalho com AT envolve deparar-se com uma amplitude de questões, como pontuam Barreto et al. (2013). A heterogeneidade da formação, a diversidade da prática clínica, a multiplicidade teórica, a inserção em uma equipe multiprofissional/interdisciplinar, as funções do acompanhante e a regulação do seu exercício profissional são alguns exemplos. Nesse sentido, a formação para o acompanhamento terapêutico requer o acompanhamento constante do estagiário em formação, articulando experiências práticas a processos de análise e discussão clínica em supervisão a uma formação teórica consistente e a um espaço de cuidado às demandas do aluno. É nesse sentido que a supervisão de campo no Acompanhamento Terapêutico pode aparecer como um elemento importante e significativo, como um amparo no processo de formação.

As práticas de supervisão de estágio e extensão são requisitos na formação de psicologia e sua presença em muito contribuiu para o desenvolvimento de novas modalidades de intervenção clínica. É nos grupos de supervisão que surgem as demandas individuais de um novo projeto de psicologia, com críticas às formações endurecidas na prática “clínica-privada” (Ferreira, 2010). A presença de alunos, estagiários e extensionistas na rede do SUS e do SUAS promove uma ampliação da equipe e, conseqüentemente, do espaço de atuação, além de possibilitar uma formação voltada para o trabalho dentro de equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Além disso, suscita a consciência das demandas coletivas que emergem desses espaços de cuidados sociais, ou seja, estimula a possibilidade de conhecer profundamente a realidade de grande parte da população brasileira, que requisita dos profissionais, dos pesquisadores e dos estudantes uma ampliação das ferramentas de atuação e atenção para abarcar sua complexidade.

4 – Cartografia clínica como metodologia

A cartografia clínica consiste em uma metodologia de pesquisa interventiva que busca compreender a paisagem social por meio dos diálogos construídos com o clínico no campo. Ao acompanharmos as diferentes experiências de construção de mapas ao longo da história, identificamos diversos modos de exploração do território, de compreensão do cosmos e de descrição gráfica da paisagem. Nesse sentido, por exemplo, as construções cartográficas medievais partem de uma tradição de representação dos elementos mais significativos segundo uma cultura teocêntrica, enquanto os mapas renascentistas já apresentam as influências do heliocentrismo e das descobertas marítimas (Noronha, 2000), sendo a construção do território por sua medida em escala adotada no período moderno. Desse modo, a cartografia do ponto de vista dos cenários sociais, considera a relação entre representação do espaço e as significações dadas por ele pelos sujeitos concretos que nele habitam, bem como a própria influência do cartógrafo que, ao atravessar um território, deixa sobre ele suas pegadas. A perspectiva de construção de registros marcados pelas próprias pegadas do registrador, criando trilhas e sendo afetados pela sua própria exploração, aponta para a indissociabilidade entre investigação e intervenção própria das cartografias sociais, pois aponta para um movimento em que o território também vai sendo produzido ao mesmo tempo que é desenhado.

Fundamentada pela perspectiva fenomenológico existencial, a cartografia clínica (Braga, 2014) foi utilizada nesta pesquisa como referencial metodológico. Nesta modalidade cartográfica, o clínico percorre o território ouvindo seus atores no questionamento às demandas por cuidado trazidas a ele. O processo de compreensão das demandas dos atores sociais no território é simultaneamente um processo de elaboração ativa dessas demandas e de construção de narrativas e versões sobre as relações, experiências, condições materiais de vida, atravessamentos sociais, políticos e culturais, enfim, todo o universo vivencial, material, cultural e simbólico contido no território. No processo de escuta, elaboração e desenvolvimento das demandas, as paisagens sociais se configuram e podem ser descritas pelo cartógrafo. O objetivo dessa escolha foi construir o lugar de supervisão de campo no Acompanhamento Terapêutico por meio de um caminhar simultâneo na participação dos fenômenos ocorridos no trabalho prático, dos seus direcionamentos e da narrativa experiencial como supervisora de campo e dos alunos supervisionados.

Quando falamos em cartografia, pensamos no processo de investigar e adentrar um território que é composto de relações, de afetos, de história e de modos de ser relacionados ao seu próprio contexto. Nesse processo, se busca compreender e construir sentido sobre a paisagem cartografada, possibilitando uma visualização crítica do mundo e do sujeito que o habita, reconhecendo essas diversas formas de estar no mundo e como elas podem ou não promover saúde (Fonseca & Kirst, 2004). A cartografia se configura como um método de pesquisa-intervenção e, como dizem Passos & Barros (2020), “*é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os da investigação*” (p.18). Ou seja, consiste em um conhecimento produzido ao fazer parte do processo, a partir do olhar investigativo, além de representar um estudo no seu modo de fazer, construído durante esse processo vivencial.

Compreendendo a cartografia clínica a partir da perspectiva fenomenológica de Heidegger, essa metodologia busca identificar os diversos modos de habitar o mundo experienciados nos contextos em que ocorre, permitindo simultaneamente participar da construção do fenômeno — bem como de seus direcionamentos a partir dos modos de ser desenvolvidos no devir do processo — e narrar as experiências buscando compreender a trama significativa nele constituída. A partir da perspectiva fenomenológica existencial, o pesquisador não se dissocia do fenômeno, mas percebe-se coparticipante da realidade pesquisada, que se desdobra nas perspectivas possíveis aos diversos agentes do vivido (Cabral, 2013). Na narrativa do vivido em campo, as diversas experiências compõem um mosaico que permite reconstruir caminhos percorridos e articular diferentes perspectivas na construção da paisagem investigada (Braga, 2014). É nesse sentido que a pesquisa qualitativa hermenêutica fenomenológica caminha em direção da interrogação dos fenômenos sem a prerrogativa de enquadrá-los nas compreensões preexistentes, focando-se na análise da ação humana individualmente.

Partindo do princípio de que não há neutralidade na produção de conhecimento, já que “*toda pesquisa intervém sobre a realidade mais do que apenas a representa ou constata em um discurso cioso das evidências*” (Passos & Barros, 2020, p 21), a intervenção se torna o principal objeto de estudo desta pesquisa. Isso se dá na medida em que se busca construir um dispositivo de cuidado ainda pouco conhecido e testado na prática. Sendo assim, o processo de criação do lugar de supervisor de campo na clínica ampliada do acompanhamento terapêutico, por meio de experiências reais e suas consequências perceptíveis, constitui o método de investigação de sua eficácia na psicologia.

Pelo processo de Cartografia do território, o profissional busca entender o cenário social do acompanhamento e quais são os sujeitos envolvidos ou que podem ser articulados nessa realidade na busca da ampliação dos cuidados. Passa a experimentar um processo de conectar a rede, ajudar na comunicação entre os agentes envolvidos, criar vínculos, atuar diretamente nessa interrelação com os dispositivos de cuidado, possibilitando a clínica ampliada. É na cartografia que se identifica a dinâmica do local, como se desenvolvem seus personagens, quais são suas particularidades e de qual modo é possível adentrar nessa cena. E esta cartografia é clínica, pois parte de um olhar de viés psicológico, analisando o sujeito, o contexto e as dinâmicas daquele processo ao mesmo tempo em que busca atuar nessas relações de forma a produzir um cuidado, em certa medida, semelhante ao trabalho clínico de atenção psicológica.

Já recrutar a cartografia na supervisão de campo significa cartografar uma prática em ação. Além de investigar todos esses aspectos observados pelos profissionais em campo, o supervisor precisa ter um cuidado muito maior com o processo cartográfico e atuante do aluno, observando sua interação com todo esse meio que se abre na prática em campo. A cartografia, nesse caso, inclui o território, os pacientes e o papel do AT para entender como a supervisão de campo vai atuar e como pode auxiliar na relação entre acompanhante-acompanhado-território.

O cartógrafo, enquanto psicólogo, se coloca na escuta clínica de uma maneira que evoca demandas e questões psicológicas daquele ambiente, que não necessariamente se manifestariam para outro tipo de profissional. Durante a cartografia, com a intenção de investigar no próprio campo a possibilidade de inserção de um acompanhante para os acompanhantes terapêuticos, meu papel como pesquisadora se sobrepôs ao de psicóloga, supervisora ou AT. Portanto, além de auxiliar o(a) aluno(a) e, conseqüentemente, o sujeito que era acompanhado por ele(a), era ainda necessário buscar compreender quais poderiam ser as demandas dessas relações, seus impasses, as questões do próprio campo e do que compõe toda a situação terapêutica.

O momento que demanda falar, interferir, posicionar, alertar para algo, de se ausentar para permitir que o outro se coloque, enfim, todas essas questões só puderam ser experienciadas na própria relação e situação que se vivenciava ali. Portanto, os relatos mostram que cada caso acompanhado demandou da supervisão de campo um papel diferente — uma atuação às vezes mais próxima ou mais distante, maior ou menor participação em cada caso, ou a própria necessidade de cada aluno de ser ou não acompanhado, etc.

Toda vez que se pensa a relação entre demanda e contexto, está sendo feita a cartografia. Sendo assim, trata-se de uma forma de diagnóstico psicossocial e não individual. A demanda é

algo que, muitas vezes, vai além das queixas que são trazidas pelos acompanhantes, acompanhados ou pelas instituições que encaminham o caso: é o modo como essas questões são produzidas e são desconhecidas para os próprios sujeitos que a trazem.

No acompanhamento terapêutico a partir da visão fenomenológica, fazer cartografia é um processo de investigação e compreensão situacional. Nela, escuta-se a situação dos envolvidos para depois pensar na possibilidade de intervenção. Assim, é preciso percorrer os ambientes frequentados pela família para entender as relações construídas, funcionando como uma função diagnóstica do território, fazendo com que o relato/demanda apareça. Para entender a queixa, é preciso compreender a situação de vida desse sujeito, principalmente quando se trata de demandas psicológicas decorrentes de vulnerabilidades sociais adoecedoras (Braga, 2014; Spink, 1992).

Assim, a pesquisa busca articular os sentidos obtidos na relação imediata com o mundo ao campo contextual constituinte das experiências vividas no processo de supervisão de campo em acompanhamento terapêutico. Para isso, foi realizada em três etapas: estudo teórico, cartografia e análise dos dados obtidos.

A pesquisa teórica buscou fundamentação e aprofundamento das discussões sobre os temas atinentes ao objetivo de pesquisa, tais como a atuação clínica psicológica, a formação em psicologia, clínica ampliada, reforma psiquiátrica, acompanhamento terapêutico, supervisão e supervisão de campo. Buscou-se, com esse aporte, um panorama contextual e conceitual para situar a questão pesquisada, compreendida como elemento direcionador do processo investigativo (Morato e Cabral, 2013).

Nesse contexto, a cartografia na visão fenomenológica opera em duas frentes: primeiramente, no processo de conhecer o campo e as condições de produção de sentido que ele oferece, visando situar a demanda da situação acompanhada; por outro lado, requer que o pesquisador evite um olhar muito estruturado previamente, para que se possa estar aberto à investigação de como os sujeitos que se situam no campo cartografado e reelaboram suas relações com o território e trazem à tona seu universo particular. Portanto, essa metodologia comporta uma relação entre paisagem social, sujeito e contexto que se articula com a condição de que o ser é ser-no-mundo. Assim, portanto, o mundo é atravessado por vários elementos sedimentados que estão implicados na construção da realidade de cada um, em como se situa a partir daquele território.

Nesse primeiro momento, o trabalho também foi submetido ao Conselho de Ética pela Plataforma Brasil e aprovado em 29/05/2023 sob o CAEE: 69256823.1.0000.5152, Número do Parecer: 6.087.771.

A segunda etapa se constituiu na parte prática da pesquisa, que se desdobrou no acompanhamento de oito alunos, cursando entre o 7º e 10º período, inscritos no estágio profissionalizante em acompanhamento terapêutico do curso de psicologia da UFU, de 23/08/2023 a 08/12/2023. O estágio oferecia prática em Acompanhamento Terapêutico e Clínica Ampliada, segundo a abordagem fenomenológica. No primeiro encontro, a orientadora e eu apresentamos o projeto de estágio e explicamos a participação nesta pesquisa. Foi esclarecido o papel do AT e a proposta de supervisão de campo no acompanhamento dos alunos na prática. Em seguida, convidamos os estagiários a participar voluntariamente da pesquisa e, então, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi preenchido por todos eles, do qual uma cópia foi entregue aos voluntários, enquanto a outra foi guardada pela responsável da pesquisa. Após a distribuição de casos clínicos e a aceitação dos alunos em participar da pesquisa, a supervisora de campo passou a acompanhar tais alunos nos seus atendimentos, deslocando-se com eles até o espaço do acompanhamento terapêutico para exercer a atividade de supervisão de campo.

Para a coleta de dados desta pesquisa, participei em 14 supervisões e em 41 atendimentos conjuntos com os estagiários. No total, foram oito casos acompanhados com sete dos alunos inscritos. Esses casos são um recorte do número total acompanhado pelos estagiários. Isso porque, em algumas hipóteses, não foi possível fazer o acompanhamento por incompatibilidade de horários, falta de demanda dos alunos ou pelo AT não ter sido utilizado como ferramenta. Dentre os casos acompanhados, alguns demandaram mais atenção devido à sua complexidade, à alta vulnerabilidade ou à sua relação com situações de risco. Estes foram, então, selecionados para que fossem aprofundados neste estudo.

Sendo assim, dos sete casos que acompanhei como supervisora de campo, apenas três foram selecionados por representarem aqueles nos quais a supervisão de campo foi mais demandada. Os motivos para isso foram diversos: o fato de já terem sido acompanhados anteriormente, observada a importância do vínculo e da experiência; sua complexidade e as dificuldades que ofereciam; a demanda do próprio estagiário em ter alguém acompanhando o seu trabalho; entre outras questões.

Esses casos foram descritos a partir dos dados coletados como relato de experiência. Todos os nomes, tanto acompanhantes como acompanhados, foram alterados, protegendo sua identidade e preservando o sigilo de informações que pudessem expor os participantes.

As supervisões clínicas ocorriam semanalmente e tiveram que ser divididas em dois dias devido à alta demanda e à complexidade dos casos. Momentos específicos foram estabelecidos para que cada estagiário pudesse relatar os atendimentos realizados naquela semana, receber orientações e refletir a respeito com a docente, a supervisora de campo e os demais alunos. As supervisões clínicas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora com o uso de instrumentos pessoais (celular e computador).

Os registros dos acompanhamentos foram realizados em diários de bordo, na forma de relatos escritos após cada atendimento em um arquivo no programa do Word, em dispositivo próprio, e salvos em pastas pessoais atualizadas semanalmente. Todo esse material foi arquivado em nuvem em e-mail particular, levando em consideração a segurança necessária para mantê-lo em sigilo. Trata-se de documentos de extrema importância na pesquisa, pois são registros fidedignos das experiências e puderam ser revisitados a todo momento do estudo para para análise, reelaboração ou para servirem como referenciais na compreensão da teia significativa dos acontecimentos.

O diário de bordo, diferentemente dos prontuários e relatórios, se constitui como um relato da própria experiência no atendimento realizado, podendo conter informações pessoais como impressões, sentimentos, lembretes e mais informações que possam ser relevantes para a percepção do que foi vivido em campo (Braga, 2014; Braga et al, 2019; Barbosa e Evangelista, 2023). Essas informações são importantes não apenas para registrar o ocorrido no campo, mas para construir um processo autorreflexivo sobre a própria experiência, podendo suscitar questões relevantes de aprendizagem sobre si e a relação que se estabelece profissionalmente. É um diário do próprio trabalho realizado como forma de análise, estudo e reflexão sobre a experiência e o caso acompanhado. Ao escrever a respeito do ocorrido, é possível adentrar ainda mais nas questões de como se experiencia a vivência e suas vicissitudes, tornando esse contato direto com a realidade um objeto de observação e estudo, além de documentar de forma direta o que ocorre no imediato para depois ter acesso a essas afetabilidades de um outro lugar crítico (Mosqueira, 2008; Aun, 2005).

Os diários de bordo/campo foram inaugurados pelo antropólogo Malinowski (1922) em suas pesquisas etnográficas nas ilhas da Nova Guiné por meio do registro das narrativas de fatos

e suas experiências durante pesquisa interventiva. “São registros que visam colocar em evidência a relação que se estabelece entre os sujeitos, o clínico e os atores sociais da instituição, na realidade-campo que se apresenta amalgamada com sentimentos, convicções e preconceitos de quem se aventura em pesquisa intervenção”, definição que evidencia a incompatibilidade da neutralidade nesse modelo de pesquisa, em que o próprio pesquisador é objeto de estudo à medida que se relaciona com a realidade que busca investigar (Mosqueira, 2008).

Este dispositivo permite registrar não apenas os fatos, mas uma ampla gama de afetos desencadeados pela vivência. Essa riqueza de possibilidades torna a experiência narrada um instrumento de pesquisa mais completo e profundo, capturando uma história entrelaçada com acontecimentos, experiências, afetos e relações. Os registros escritos imortalizam momentos, como fotos ou filmagens, permitindo que sejam revisitados com maior clareza. Portanto, quanto mais detalhados forem os relatos de todos os aspectos de uma vivência, mais fidedigna será sua retomada no futuro. Como afirma Aun (2005), escrever em um diário é um processo desafiador de denúncia de si mesmo, dos outros e do mundo, e também é o processo narrativo da biografia da experiência de um profissional ou pesquisador.

A partir da leitura do material produzido, foi constituída uma descrição fenomenológica do processo de supervisão de campo no cenário do acompanhamento terapêutico (Silva & Santos, 2017). A partir dessa descrição inicial se delinearam os elementos significativos de análise, constituindo um processo de reflexão hermenêutica¹⁰ em diálogo com os elementos conceituais, históricos e experienciais do acompanhamento terapêutico, da supervisão de campo, da práxis psicológica e do contexto psicossocial em que o acompanhamento terapêutico se desenvolveu. Tal trabalho de análise buscou iluminar conexões, tecer reflexões e compreender o desenrolar dos processos constituídos no campo, compondo um mosaico de relações significativas a partir do cenário apresentado.

A análise foi, portanto, conduzida em diálogo com a literatura científica e os elementos conceituais de fundamentação da práxis, bem como com os dados e experiências colhidos no processo de campo. O objetivo foi articular as visões dos discentes e supervisores sobre as

¹⁰ A hermenêutica deriva do grego, se referindo a técnica ou a arte de interpretar/explicar um texto ou discurso, busca revelar o significado mais profundo daquela realidade manifesta. Heidegger emprega essa metodologia na busca de aprofundar nos sentidos/significados que o sujeito emprega à sua existência no mundo da vida, e por meio da linguagem/discurso compreender suas ações.

propostas de formação pedagógica e clínica, as visões sobre metodologias, teorias, práticas interdisciplinares e multiprofissionais, supervisão em grupos, reflexão crítica e formação profissional, buscando, desse modo, a constituição de uma fusão de horizontes entre as experiências vividas no desencadear desta pesquisa (Gadamer, 1997).

Por fim, temos como objetivo de todas essas análises explorar os aspectos principais de formação clínica-pedagógica em psicologia e no acompanhamento terapêutico que essa modalidade de supervisão de campo pode oferecer. Nesse sentido, é possível ressaltar seus aspectos efetivos na dimensão clínica, pedagógica e de articulação em rede, como ilustrado na tabela a seguir. Esses pontos fundamentais, apontados nos resultados da pesquisa e nos relatos de experiências, só podem ser compreendidos por meio da experimentação em campo e da interação com os demais atores desse processo. Assim, tais dimensões se tornam ferramentas que auxiliam no trabalho de supervisão de campo, e, portanto, merecem ser aprofundadas como formas de fortalecer a formação dos acompanhantes terapêuticos e da clínica ampliada como um todo na psicologia.

5 - Histórias de acompanhamento terapêutico e supervisão de campo

“Toda dor pode ser suportada se sobre ela puder ser contada uma história.” Hannah Arendt

O processo de pesquisa prática se deu junto com o estágio básico em clínica. Nele, os alunos que tinham interesse no trabalho em questão se matricularam para a realização de acompanhamento terapêutico junto a pacientes em situação de vulnerabilidade psicossocial. O primeiro encontro com os estagiários ocorreu com a apresentação do projeto de estudo e formação, do trabalho de acompanhamento terapêutico, da supervisão de campo e das possibilidades de atuação.

Após as apresentações, procedeu-se à escolha dos sujeitos que seriam atendidos, levando em consideração o grau de vulnerabilidade psicossocial que viviam, o que configurava demandas que poderiam ser beneficiadas com o AT. Essas demandas surgiram a partir de encaminhamentos oriundos de instituições de atendimento e de inscrições por demanda espontânea na clínica-escola da universidade. Dessa forma, foram levantadas demandas da

clínica-escola da universidade, do Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual da UFU (NUAVIDAS), do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS).

O estágio não era realizado no interior de tais instituições, mas em um trabalho em parceria, focando em casos que apresentavam dificuldades de vínculo institucional ou que apresentavam necessidade de atendimento no território. Esses casos se beneficiavam de uma mediação pelo acompanhamento terapêutico em campo, em articulação com a rede de saúde e assistencial.

Na clínica-escola, os estudantes puderam avaliar os casos que já haviam passado por triagem realizada por outros profissionais e que estavam na fila de espera, selecionando aqueles que demandam maior urgência a partir da leitura dos prontuários. Em seguida, ficaram responsáveis por entrar em contato com os pacientes para oferecer trabalho terapêutico. Nas instituições, os encaminhamentos foram realizados por profissionais vinculados a elas, que selecionaram aqueles percebidos como de maior necessidade de atendimento. Esses casos foram distribuídos entre os alunos de acordo com o perfil de interesse de cada um, iniciando-se o diálogo com o profissional de referência que intermediava o contato entre o paciente e o estagiário. Assim, cada estudante primeiro escolhia os casos dentre as opções sugeridas e assumia responsabilidade de iniciar o contato com profissionais e pacientes, além de organizar os atendimentos junto com a supervisora de campo.

Como descrito anteriormente, por incompatibilidade de horários entre um dos estudantes e a supervisora de campo, dos oito participantes do estágio, somente sete foram acompanhados. Entre esses, cada aluno teve a possibilidade de assumir até dois casos, já que o AT costuma demandar mais tempo e trabalho, pelo deslocamento geográfico e demandas assistenciais, como reuniões de equipe, visitas em instituições, entre outros. Em dois dos casos, o acompanhamento não se estabeleceu por diversos motivos, principalmente devido à desistência dos próprios pacientes. Por fim, a supervisão de campo ocorreu com oito casos diferentes. Desses, somente três foram selecionados para fazer parte desta pesquisa, por sua relevância em relação ao trabalho empenhado.

Grande parte das informações destes relatos foram retiradas dos registros realizados em diários de bordo, apresentando processos, incômodos e percepções que puderam ser elaborados a partir da reflexão sobre os acontecimentos em ato no momento do atendimento. Ao revisitar essas escritas, pude perceber quantas questões foram surgindo de imediato, como desconfortos

peçoais quanto ao lugar que eu ocupava, as demandas que eu não sabia como responder e as percepções sobre as condutas dos alunos que deveriam ser discutidas com a supervisora docente. Esse processo me permitiu escutar e dar voz aos meus próprios sentimentos e só assim evidenciar como eles foram importantes na elaboração desta pesquisa e para a construção desse meu novo lugar de supervisora, pesquisadora e profissional.

5.1 Caso 1 - Família J: Construção de setting

O primeiro caso foi escolhido por ser fundamental na trajetória desta pesquisa. Trata-se de uma família que acompanho desde 2017, com diversas demandas trabalhadas entre continuidades e interrupções até 2024.

Fui supervisionada no campo e em grupo pela docente enquanto acompanhava o caso da Família J como estudante até 2019. A partir da minha formatura, continuei a acompanhar o caso como psicóloga quando acionada pela família, sendo eventualmente apoiada pela mesma docente via projeto de extensão universitária.

Durante o mestrado, retomei o caso como supervisora de campo, dando continuidade ao Acompanhamento Terapêutico. Esse processo se fez muito importante, pois me deu a oportunidade de olhar para essa história como supervisionada e como supervisora. Além disso, a experiência de ser acompanhada pela professora no campo no início do meu trabalho de atendimento me permitiu, posteriormente, fazer esse papel de acompanhamento de estudantes de forma mais convicta.

“Minha primeira observação (como supervisora de campo) foi quando, ao conversar com a aluna que eu iria acompanhar no primeiro atendimento, surge a fala sobre o nervosismo sempre que começa um paciente novo. Eu lembro desse sentimento, a dúvida de o quê, como, quando, qual é esse fazer profissional. Depois de tantas dezenas de começos com pacientes novos, fui percebendo que as primeiras sessões geralmente eram as mais fáceis, é como abrir um livro novo, escutar uma nova história. Os pensamentos caem como luva, interpretação imediatas, reflexões, teorias, etc. É fácil fazer perguntas e investigar um universo novo que se abre quando ainda se está na posição de investigador. O difícil é depois. Sustentar o tempo, as resistências, os

silêncios, as perguntas que não têm respostas tão fáceis, as dúvidas que surgem, os questionamentos, as palavras não ditas... sustentar um não saber para que o paciente possa criar o seu próprio saber sobre si, não se prendendo àquilo que achamos saber ou às interpretações imediatas (da primeira sessão).” (Diário de bordo, 2023)

Nesse caso, se tratou de uma família composta por um casal, Júlia e Paulo, e três filhas: Janaína de 15 anos, Jéssica de 10 anos e Joana de 3 anos. Eles chegaram ao AT por encaminhamento do CREAS em 2016 para serem acompanhados pelos estagiários. Inicialmente, as crianças eram atendidas pelas ATs junto à equipe da casa acolhedora. Eu entrei como extensionista pouco tempo depois, no momento em que o casal estava saindo de uma internação, determinada por ação judicial, em uma Comunidade Terapêutica religiosa por conta da dependência química. Os pais tinham como objetivo buscar restabelecer a vida e lutar pela retomada da guarda das três filhas, que estavam abrigadas após denúncias de maus tratos, abandono de menor e privação de direitos básicos.

As estagiárias e a supervisora que já estavam acompanhando as crianças no abrigo me ajudaram a entender um pouco do caso e do trabalho que estava sendo realizado, já que meu objetivo seria acompanhar o casal em sua saída da internação, buscando auxiliar no processo de reintegração psicossocial. Era minha função ser apoio em sua busca por melhoria das condições em vários âmbitos: administração financeira, reinserção no trabalho, elaboração psicológica dos traumas vividos e reestruturação da dinâmica familiar, abrangendo, enfim, diversas dimensões da existência. Júlia e Paulo já haviam relatado um pouco de suas histórias de vida, marcadas por muitas vulnerabilidades: ambos narraram casos de violência e abusos na infância; perdas significativas, como pais e irmãos; e grandes dificuldades financeiras desde cedo.

A mãe, Júlia, não pôde estudar e era analfabeta, precisou sair de casa bem jovem e começou a trabalhar com atividades braçais pesadas. Pouco depois, vivenciou um relacionamento conturbado por quatro anos, engravidou e foi abandonada. Nesse período, ela também perdeu a mãe, ficou sem lar e rompeu o vínculo com a única irmã. Durante essa fase, sofreu diversos abusos e humilhações em seus trabalhos e nas ruas, foi aí que passou a ter contato com o uso de maconha. Quando o seu filho, Lucas, já estava com três anos, ela conheceu Paulo, o homem que viria a ser o pai de suas filhas.

Paulo também teve uma vida difícil, tendo perdido a mãe pouco tempo antes de conhecer Júlia. Viviam com a irmã e o pai, um senhor violento, que o ensinara a beber desde os 13 anos e a trabalhar como pedreiro. Ele, que nunca tinha tido um relacionamento sério antes, passou a morar junto com Júlia, a ajudou a sair da rua e a encontrar um emprego em um abatedouro, o que a manteve longe das drogas por algum tempo.

Tiveram a primeira filha e, quatro anos depois, a segunda. Mesmo assim, continuavam a passar por muitas vulnerabilidades, principalmente decorrentes da baixa condição econômica e da falta de acesso a recursos básicos. Todavia, após tantas violências sofridas, a situação de vulnerabilidade psicossocial havia se “naturalizado”, sendo difícil para ambos perceber o grau de comprometimento que esta lhes causava. No relacionamento familiar, Paulo assumiu um papel controlador: decidia tudo em relação à família, administrava todo dinheiro, inclusive o ganhado por Júlia, e conduzia as situações que dependiam de alfabetização. Isso passava por desde acompanhar Júlia toda vez que ela precisava pegar um ônibus, até tomar decisões que envolviam documentos.

Sob esse cenário, Júlia se encontrava em uma situação de dependência em relação a Paulo, cujas decisões se sobressaíam, muitas vezes acompanhadas de violências físicas e psicológicas, principalmente quando fazia uso de álcool. Nessas situações, Paulo reproduzia as violências que vivenciou com o pai, que também tivera comportamento violento e autoritário com ele e os familiares.

Uma vida toda permeada por violências, faz com que esta se torne algo naturalizado. Com isso, a percepção dos sujeitos é dessensibilizada e o reconhecimento dessas vivências enquanto violentas se torna mais difícil, o que faz necessário que haja um outro para dar nome e sentido a elas. Esses elementos de repetições foram analisados a partir da concepção husserliana de "atitude natural", que se refere ao modo irrefletido com que nos posicionamos em relação ao mundo (Gemino, 2015). Para Husserl, em certas circunstâncias, atribuímos aos objetos e à realidade elementos (objetividade) que são originalmente produzidos pela nossa consciência, impregnando-os com nossas interpretações e experiências pessoais. Assim, naturalizar as interpretações se refere a tomar produções da consciência humana como se dissessem respeito à ordem do mundo natural.

Podemos compreender que a reprodução de um processo de naturalização também ocorre com a vivência cotidiana de uma situação, em que a realidade, apresentada do mesmo modo repetidamente, passa a ser concebida como pertencente à ordem natural das coisas, obscurecendo seu caráter social e relacionalmente construído. Além disso, Heidegger (2002)

também destaca a historicidade como a forma de construção da familiaridade do ente com o mundo; o *Daisen* tece, a partir de suas experiências vivenciais, as tramas significativas que vão se sedimentando historicamente, compondo um cenário de referências (Braga & Farinha, 2017). Nesse sentido, podemos refletir sobre como as heranças geracionais permeiam as relações familiares, especialmente ao refletir uma hierarquia de poder, como entre o pai e uma criança, que apresenta o mundo a partir da sua própria interpretação. Ao se dar conta das coisas como “já dadas” previamente, não se coloca em questão sua essência.

É nesse contexto que trabalhamos com Paulo e Júlia a necessidade de desnaturalizar essas vivências de violência intrafamiliar, de dependência, de vulnerabilidade e da precariedade do autocuidado. Buscamos, assim, promover mudanças significativas na percepção de realidade que tanto o casal quanto as crianças haviam construído.

O ápice do sofrimento dessa família ocorreu quando o filho Lucas, então com 13 anos, adoeceu e morreu sem atendimento digno na saúde pública. De acordo com relatos de Júlia, diante da observação de um quadro sintomatológico na criança, esta dirigiu-se ao hospital, aguardando por um longo tempo. Os profissionais de saúde o medicaram com analgésicos e não solicitaram nenhum exame, orientando mãe e filho a voltarem para casa. Diante da piora do primogênito, Júlia retornou ao hospital, novamente não encontrando atendimento médico com o cuidado necessário, tendo outra vez suas queixas ignoradas. Frente a uma nova piora, uma ambulância foi chamada, mas já não havia chances de sobrevivência e o menino faleceu.

Após essa tragédia, a mãe entrou em um estado de sofrimento insuportável e, para lidar com a dor e a falta de esperança, voltou a usar maconha. Nesse período, entrou em contato com o crack nas ruas, o que acabou levando-a a usar seus poucos recursos para comprar drogas, além de interferir na sua capacidade laboral, intensificando as dificuldades financeiras e relacionais dentro de casa.

Paulo, com a justificativa de “ajudar” a esposa a ter controle da situação, passou a acompanhá-la e acabou por também iniciar o uso de drogas, além de intensificar o consumo de bebida alcoólica. Isso resultou em comportamentos mais violentos e aumentou as dificuldades financeiras, o que levou Júlia a recorrer à prostituição e o casal a aliciar uma das filhas para esse trabalho.

Foi em uma dessas situações que Júlia engravidou da terceira filha, Joana, que nasceu com problemas respiratórios e cardíacos, avaliados como decorrentes dos efeitos das drogas utilizadas na gestação e da falta de acompanhamento médico puerperal. Joana nasce, então, em

uma situação familiar extremamente precária, tendo seus cuidados de saúde negligenciados desde cedo e, muitas vezes, sendo deixada aos cuidados da irmã mais velha, com doze anos na época.

A mãe tentou buscar ajuda para tratamento do vício na Equipe de Saúde da Família, mas não conseguiu, em razão da fila de espera. A situação foi se agravando e o que levou as crianças faltar à escola, a pedir ajuda para a vizinhança e a apresentar problemas de saúde, até que os vizinhos começaram a fazer denúncias anônimas ao Disque 100. Assim começou o acompanhamento da família pelo CREAS e, após novas notificações, o abrigamento das crianças em 2015.

Nesse período, os pais foram encaminhados ao CAPS-ad para iniciarem o tratamento. Na época, Paulo não se reconhecia como usuário, pois não compreendia os prejuízos que o consumo de drogas vinha causando. Por sua vez, Júlia não se sentiu confortável com o tratamento que lhe era oferecido, pois não sentia que havia espaço para tratar o que considerava a principal causa de seus problemas: o luto pela perda do filho. No lugar disso, algumas atividades oferecidas centravam-se na discussão sobre como evitar o uso de drogas, nas as situações e perdas vividas em razão do consumo, entre outros elementos ligados à adicção. Além disso, o grupo era majoritariamente frequentado por homens em situação de desabrigamento, o que contribuiu para sua resistência e não identificação. Júlia percebia tais atividades como um falar constantemente das drogas, o que, para ela, consistia apenas em um gatilho para o uso, já que não se sentia com espaço para abordar suas dores e dificuldades pessoais.

Desse modo, o tratamento oferecido pelo CAPS-ad, que naquele momento estava baseado na discussão sobre a necessidade de abstinência das drogas, não obteve adesão de Paulo, que necessitava de um trabalho de conscientização prévio, nem de Júlia, que considerava o uso de drogas uma consequência de seu sofrimento, para o qual não percebia acolhimento.

Todos esses fatores citados são fundamentais para discutirmos a dificuldade que certos indivíduos enfrentam para se inserirem nos dispositivos de atenção estatal de saúde e assistência social. Júlia relatava constantemente o sentimento de abandono por parte das equipes de saúde, mencionando, por exemplo, a culpa pela morte de seu filho devido à falta de um cuidado efetivo, as filas de espera para os atendimentos, a ausência de acolhimento de suas demandas psicológicas e a carência de acesso e conhecimento sobre os benefícios que poderiam ajudar a suprir suas demandas básicas de sobrevivência, entre outros problemas.

Essas questões exigem uma discussão sobre as violências sociais e institucionais oriundas do desamparo do Estado, pois há sofrimentos políticos, mas que possuem enorme impacto na vida subjetiva dos sujeitos, a partir de experiências individuais que carregam.

Em paralelo, uma visita ao território pela equipe do CREAS revelou a precarização da situação familiar, evidenciada pela venda de objetos essenciais da casa para consumo de drogas. Diante disso, foi organizada uma discussão em rede sobre o caso, com participação da equipe do CAPS-ad, do acompanhamento terapêutico, do CREAS e da Vara da Infância, que conduzia a avaliação psicossocial da família. Foi então decidido por toda a equipe que se proporia a internação junto aos pais.

A abordagem foi realizada pela equipe do acompanhamento terapêutico, explicando ao casal que o juiz responsável pelo caso precisaria de garantias da abstinência de drogas para conceder a guarda das filhas de volta e que a internação seria uma maneira de comprovar essa condição. Dessa forma, foi possível apresentar a pertinência da internação sem confrontar a negação do tratamento e do próprio consumo de substâncias feito pelo casal, que acabou sendo internado em uma Comunidade Terapêutica por seis meses. Durante a internação, as experiências de síndrome de abstinência permitiram tanto a Paulo quanto a Júlia reconhecerem a profundidade da dependência em que se encontravam.

Durante o período de internação, continuaram os atendimentos de Acompanhamento Terapêutico junto aos pais, na comunidade terapêutica, e junto às crianças no abrigo. Com o casal, a possibilidade de rever sua trajetória de vida, compreender diversas experiências traumáticas de perdas e rupturas e refletir para estruturar com mais consistência seus projetos futuros foi fundamental. Junto às filhas, foi elaborada a compreensão do abrigamento como uma medida temporária diante da fragilidade dos pais, além do fortalecimento das experiências de cuidado, como a higiene, a frequência escolar e outras, criando referências para compreender o papel que deveria ser desempenhado pelos pais. Após a desinternação, Júlia e Paulo foram acompanhados por mais três meses, organizando a casa e reestruturando suas condições emocionais e materiais para receber as crianças, quando finalmente foi devolvida a guarda.

As equipes do CAPS, do CREAS e do abrigo foram fundamentais durante o período de acolhimento, denúncia e processo judicial, na internação do casal e, principalmente, no processo de conscientização das crianças sobre as vulnerabilidades que vivenciavam em casa e sua psicoeducação sobre o autocuidado e a necessidade da escolarização. Entretanto, após a decisão judicial de retomada do convívio familiar, poucos mecanismos estatais são capazes de

oferecer uma continuação próxima do caso. Havia as visitas mensais da equipe acolhedora, mas coube ao AT a manutenção dos cuidados psicossociais, do acompanhamento e do auxílio na reestruturação psicológica, financeira, estrutural e da autonomia desses sujeitos.

É diante desse caso tão complexo que inicio minha prática clínica. Quando falamos da importância de um sujeito mais experiente nos primeiros contatos dos estudantes, eu me refiro a esses momentos em que fui acompanhada pela supervisora nos primeiros atendimentos ao casal. Lembro-me de como estava com medo quando iniciei os atendimentos. Era algo novo e desconhecido, havia incertezas sobre como agir, se eu saberia o que falar, o que poderia ocorrer, como seria a relação, como ocupar esse novo lugar profissional, como reagir em certas circunstâncias, se eu estava pronta, entre outras angústias causadas pela imprevisibilidade desse processo de abertura ao novo, a algo completamente diferente do se que vivenciou até então.

Não obstante, tive o acompanhamento da supervisora, que me mostrou, aos poucos, o caminho que eu poderia seguir, facilitando a entrada nesse novo mundo. Meu primeiro atendimento foi realizado em conjunto e conduzido por ela, possibilitando uma experiência vivencial sobre como seria possível abordar as questões vividas pela família. Além disso, a discussão posterior sobre esse atendimento, em que a supervisora explicou os objetivos e o modo de realização de algumas de suas intervenções, me permitiu ter mais clareza do processo.

Junto à vivência dos atendimentos, ocorriam as discussões sobre as ações necessárias para a condução do caso, tais como o planejamento para a alfabetização de Júlia, os temas a serem abordados no atendimento familiar, as ações para a estruturação do currículo de ambos os pais, entre outras. O acompanhamento das discussões e posterior atendimento junto à supervisora que orientava a execução das ações, permitiu compreender melhor a relação entre as reflexões teóricas, as possibilidades interventivas e a atuação direta junto aos atendidos. Após atendimentos iniciais em conjunto, passei a atender sozinha com mais segurança, marcada pela experiência de cuidado humanizado oferecido pela supervisora comigo e com os acompanhados. Por saber como eu me senti e como trabalhei essas questões, hoje posso entender um pouco melhor como os novos alunos se sentem e compartilhar essas experiências e aprendizados.

Desse modo, ao considerar uma demanda clínica, é necessário compreender a trajetória existencial vivida pelos que dela participam: para a família chegar naquele ponto, diversas experiências de ruptura, desenraizamentos, humilhações sociais e faltas de acesso ocorreram anteriormente. O caso envolve uma mãe abandonada pela família e sem acesso à educação; que

sofreu diversas situações de violências conjugais, familiares, nas ruas e em trabalhos mal remunerados; que passou por limitações no acesso à saúde até chegar a perder um filho. Quando foi buscar tratamento para a situação de luto, não encontrou, e recorreu ao uso de drogas como forma de alívio para o seu sofrimento psicológico. Mesmo quando foi procurar tratamento contra o vício por conta própria, deparou-se com instituições marcadas pela psiquiatrização e pela lógica da abstinência. Portanto, há uma série de negações de direitos que culminam na altura em que acontece uma violação mais explícita. Esse processo de humilhação, desumanização e marginalização afasta cada vez mais a confiança em uma assistência pública.

Quando se pensa o AT em situações de profunda vulnerabilidade psicossocial, o trabalho funciona como uma ponte para que o processo de cidadania possa ser reconstruído. A falta de acesso à educação é uma das principais formas de ruptura com o mundo compartilhado (Arendt, 2007), na medida em que afasta o sujeito até do conhecimento dos próprios direitos, das formas de ser possíveis, dos dispositivos de cuidado e, conseqüentemente, da ideia tradicional de clínica psicológica. No caso da família J, para que se iniciasse um projeto de promoção da autonomia, foi necessário um longo processo de reflexão, educação, reconhecimento de condições sociais e afetivas e promoção do acesso a direitos e pertencimento social.

Assim, podemos compreender como reflexos do acesso precário à cidadania a dificuldade de preservar documentos pessoais: as rupturas e perdas vividas, assim como a precariedade das condições de trabalho, levaram os pais a não guardarem comprovantes dos locais em que trabalharam ou documentos relativos ao histórico de saúde, por exemplo. Do mesmo modo, as dificuldades de inserção escolar da mãe e das crianças apontava para experiências de humilhação social, em que a experiência de direito à voz e ao pertencimento aos espaços sociais incidiam diretamente sobre a inserção escolar. Isso se manifestava na profunda vergonha da mãe de passar pelo processo de alfabetização e situações de bullying vividas pelas duas filhas mais velhas. Também em relação ao planejamento e à manutenção das condições básicas de moradia e alimentação, eram constatadas dificuldades relativas à organização e estrutura da casa, planejamento alimentar e de supermercado, entre outros.

Finalmente, a falta de acesso a elementos básicos da organização jurídica e institucional da sociedade, limitada na educação recebida, se fazia sentir nas dificuldades de compreensão em áreas do cotidiano para as quais a família não tivera referencial antes, tais como o funcionamento da formalização do vínculo trabalhista, de contratos em geral como os de

aluguel e telefonia, a estruturação de um planejamento financeiro, etc. Assim, um processo de construção de acesso psicoeducacional para a promoção de condições mínimas de dignidade familiar foi necessário e se tornou uma das diretrizes do acompanhamento terapêutico. Para isso, houve diversos encontros com o objetivo de entender quais eram as necessidades básicas da família e conseguir resolver suas demandas mais urgentes. Por meio desse processo, realizava-se também o resgate das experiências vividas e a elaboração do lugar afetivo, existencial e concreto ocupado por cada um. Portanto, por exemplo, ao construir um currículo trabalhista e buscar acessar os documentos necessários de comprovação por meio do contato com antigos patrões, resgata-se toda a história profissional de ambos os pais, buscando-se compreender os processos pelos quais passaram no mundo laboral e seus objetivos atuais, para buscar construir acesso aos seus direitos.

Por alguns anos, estive acompanhando constantemente o caso. As crianças voltaram para casa, os pais interromperam o uso das drogas e estabeleceram melhores condições de vida. Foram feitas diversas intervenções com todos eles, abrangendo diversos campos: o acesso a serviços de saúde, como marcar uma consulta no postinho ou uma visita ao centro de solidariedade do trabalhador; a reconstrução de condições de vida, como a elaboração de um currículo pela primeira vez na vida dos pais e a estruturação de um sistema de reorganização financeira para a família; a elaboração de condições psicológicas, como a realização de sessões de psicoterapia para a elaboração de vivências e sofrimentos de diferentes membros da família e o atendimento familiar conjunto para a resolução de conflitos, entre outros. Diversas demandas foram surgindo e sendo contempladas a cada atendimento, em conjunto com a escuta constante de cada um dos integrantes da família, possibilitando o cuidado psicológico concomitante.

O vínculo que criamos ao longo desse processo se tornou tão importante que eles ainda procuram o atendimento sempre que há novas questões, mesmo após este ter sido interrompido em 2019. Nesse período, houve atendimentos pontuais até o agravamento de algumas situações vividas pelas filhas, quando o caso voltou a ser acompanhado por um novo estagiário sob minha supervisão.

Após a interrupção do atendimento pela UFU, a família continuou a solicitar pontualmente meu atendimento e, por vezes, o da supervisora quando aconteciam situações de maior dificuldade. Entre essas situações, pode ser citado um conflito em que Júlia tomou a decisão de sair de casa, o que deixou Paulo bastante desesperado e sentindo-se sem condições

de cuidar das crianças. Nesse período, a filha Janaína, então com 18 anos, foi morar com o namorado. Após diversas situações de diálogo com a família, alguns conflitos foram reelaborados e, meses depois, Júlia decidiu voltar para casa. Algum tempo depois, nova solicitação pontual ocorreu quando Janaína sofreu um aborto, deixando tanto ela quanto a família abalada pela perda. Nessas situações, alguns atendimentos eram realizados ouvindo-se os membros da família envolvidos, buscando auxiliar no processo de elaboração dos acontecimentos e formular estratégias de construção do percurso existencial de cada um.

A retomada do atendimento no estágio se deu quatro anos depois de cessado, por demanda da filha mais velha, Janaína, agora com 22 anos e um bebê de oito meses. Na época, a acompanhada passava por uma separação conturbada com o ex-namorado, pai de seu filho, e continuava enfrentando problemas de convivência com a família. Ela buscou minha ajuda para conseguir atendimento psicológico por estar muito deprimida, com pensamentos suicidas persistentes e dificuldade de resolver suas questões pessoais que envolviam, principalmente, estar em ambientes coletivos.

Frente a esse cenário, após explicar a ela que iria providenciar o atendimento, levei o caso para ser discutido em supervisão e um estagiário foi selecionado para lidar com o acompanhamento. Eu fiquei designada como supervisora de campo e, então, foi realizado contato com a paciente para marcarmos a primeira visita domiciliar. A maioria das sessões foi feita na casa da família e algumas outras em instituições até as quais acompanhamos Janaína para a solução de demandas práticas, como problemas judiciais e acesso a vaga na creche para o filho.

Fiz os primeiros atendimentos junto ao estagiário. Janaína trouxe questões ligadas ao medo de confiar nas pessoas, temores pelo cuidado do filho, crises de ansiedade, sentimento de impotência em relação aos conflitos com o ex-companheiro e pai da criança, medo de não ser uma boa mãe, de não conseguir terminar a escola e de não conseguir se manter em um emprego por ansiedade ao frequentar locais públicos e frente a figuras de autoridade.

A partir dos relatos trazidos por Janaína, foi possível compreender como alguns elementos de sua história possuíam influência na situação atual. O medo de não ser uma boa mãe ligava-se às experiências de abandono que havia vivido com os pais, assim como o medo de locais públicos se relacionava a um sentimento de vulnerabilidade diante das violências que já havia sofrido, tanto dos pais quanto no abrigo e com o ex-companheiro. Sentia-se incapaz diante dos outros pois teve que lidar muito cedo com as responsabilidades de cuidados das irmãs

sem estar preparada e sem condições materiais para tanto. Por isso, havia se sentido invadida em diversas ocasiões e por vezes tinha dificuldades em construir referências para lidar com suas relações. Compreender os significados de seus afetos e sua relação com as situações vividas tornou-se, assim, um caminho para elaborar seus sentimentos e construir novos modos de colocar-se diante das situações que enfrentava, ajudando-a a lidar com os sentimentos de culpa, tristeza, medo e ansiedade dos quais se queixava.

Dessa forma, tendo a oportunidade de conhecer esses contextos históricos da paciente sem que ela precisasse explicar os detalhes e reviver esses conflitos, o estagiário conseguiu participar de forma mais inclusiva desde o início. Isso permitiu que o vínculo se estabelecesse facilmente, evitando frustrações que muitos pacientes têm quando mudam de profissional, como ocorre nas clínicas-escolas, em que geralmente o estagiário fica por apenas um semestre.

Esse encaminhamento acompanhado demonstrou ser uma ferramenta muito rica na adaptação à mudança de profissionais, como ocorreu com essa paciente, que já possuía um vínculo de confiança comigo e, por isso, se sentiu mais confortável em se abrir para uma nova pessoa que passou a acompanhar o caso junto. Um dos receios de Janaína era de ter que recontar toda sua história e voltar a falar de situações que ela não estava pronta para retomar no momento, mas que sabia serem importantes para que fosse compreendida. Por isso, ela pediu que eu a ajudasse nesse processo de adaptação de ambos. Assim, a acompanhada relatou que sentiu que o novo profissional estaria mais apto a atendê-la e que ela poderia levar tempo necessário para acessar as partes mais dolorosas da própria história, sem que isso prejudicasse a compreensão geral do caso.

“O aluno, quando chegou, pareceu se adaptar rápido ao assunto que já estava rolando entre mim e a moça, e em pouco tempo ele já estava se envolvendo e entrando nesse vínculo. Um vínculo que se expande! Ela confia em mim, certamente estava mais aberta para uma pessoa que eu pude apresentar. É interessante como uma relação que já existia estava tão mais apta a se adaptar para uma nova troca, principalmente, por eles já conhecerem a dinâmica do trabalho do AT com os estagiários.” (Diário de bordo, 2023)

Além de facilitadora no vínculo e no compartilhamento de informações importantes para entender o contexto do caso, um papel importante da supervisão de campo foi o auxílio na criação e manutenção do setting terapêutico. Os atendimentos precisaram ocorrer na casa da família em razão da dificuldade financeira para locomoção e da necessidade da acompanhada

de ficar com o filho bebê. É nesse sentido, portanto, que outros tipos de atendimento, como a clínica tradicional, se tornam inviáveis em casos de vulnerabilidade psicossocial grave como esse.

O ambiente residencial, todavia, era espaço de circulação dos demais membros da família, incluindo a irmã criança, o cachorro, alguns vizinhos que iam ao portão puxar conversa, pessoas que moravam na casa do fundo e partilhavam do mesmo corredor, entre outros. Na ausência de um espaço de privacidade na pequena casa, o atendimento era realizado onde havia lugar, exigindo manejo cuidadoso para garantir a privacidade do diálogo e evitar as interrupções.

Em contrapartida, vários elementos presentes no sofrimento da paciente estavam relacionados à convivência familiar, já que ela se sentia alvo de abandono, violências e exploração em relação ao trabalho doméstico e financeiro. Além disso, a família tinha recursos precários para orientá-la no acesso a direitos, como no trato jurídico da separação. Desse ponto de vista, a circulação no ambiente familiar tornava-se uma oportunidade para intervenções junto à família, visando promover apoio mútuo e a saúde mental de todos.

“Por outro lado, tive a possibilidade de escutar e atender as demandas familiares em concomitância, à medida que são questões que atravessam uns aos outros. É difícil separar o sujeito das relações imediatas que estabelece, os problemas de casa e os dela se misturam e cuidar de seu lugar de existência também é uma forma de cuidado dela. Assim, enquanto eu atendia a família, ela sabia que podia ter espaço para cuidar de si também e assim se separar um pouco dessas responsabilidades de cuidar dos outros.” (Diário de bordo, 2023)

Desse modo, a supervisão de campo, após o vínculo da paciente com o estagiário ter sido estabelecido, ofereceu uma contribuição significativa no manejo da relação com os familiares durante o atendimento. A supervisora estava presente tanto para receber as demandas do ambiente, já que vários familiares solicitaram auxílio pontual, quanto para garantir o sigilo do atendimento entre a paciente e o estagiário, evitando aproximações indevidas e interrupções, criando assim um *setting* adequado para os atendimentos.

A família frequentemente demandava ajuda para atividades como marcar consultas médicas, realizar cuidados pessoais, lidar com conflitos familiares, expressar preocupações dos pais com as filhas, prestar queixas de violência infantil praticada pelos vizinhos, entre outros.

Além disso, também pediram auxílio em relação à dificuldade escolar da filha mais nova, Joana, de dez anos, sobre a qual a escola levantou suspeitas de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Isso levantou a questão sobre se essa suspeita estava relacionada a um problema de saúde mental ou à patologização de dificuldades escolares, uma prática cada vez mais comum nas escolas.

Nesse contexto, a produção indiscriminada de laudos e diagnósticos em crianças pode ser uma forma de individualizar problemas educacionais, sem uma avaliação profunda das condições de sofrimento existencial que elas podem enfrentar. No caso de Joana, conhecendo sua história de privações, traumas, abandono e adoecimento, é possível relacionar essas experiências com seu atraso escolar, dificuldades no desenvolvimento e os desafios relacionais que enfrenta em outros ambientes (Carraher & Schliemann, 1982; Ribeiro, 2015; Gonçalves Filho, 1998).

Assim, a demanda relacionada a Joana precisou ser trazida em supervisão para o debate. Foi realizada uma visita da docente ao campo para análise do caso e, em seguida, designado um novo aluno para o cuidado da criança. Nesse caso, também pude auxiliar com a supervisão de campo, já que Joana se demonstrou muito resistente à chegada de uma pessoa desconhecida para acompanhá-la. No fim, a acompanhada conseguiu meios de se familiarizar, apoiada pela minha presença conhecida no ambiente. Também foram realizadas intervenções junto aos pais, para que pudessem compreender melhor a situação da filha e participar mais da vida escolar dela.

Nesse processo, o que podemos reconhecer é um movimento de construção do *setting* a partir da criação de um vínculo com o sujeito, o que permite uma abertura para sua realidade existencial e possibilita um caminhar conjunto. O *setting* se constrói na relação entre o sujeito e o acompanhante, tornando-se um espaço de escuta e afetação que pode atuar diretamente na existência dessa pessoa. Trata-se de uma amplitude de cuidado que visa proporcionar mudanças reais na forma de ser no mundo e nas relações que se estabelecem.

O *setting*, nesse sentido, não é um lugar físico específico, mas sim um vínculo afetivo que possibilita a compreensão dos papéis na relação, a confiança, e a abertura para essa nova composição. Independentemente do espaço em que se encontram acompanhante e acompanhado, a relação terapêutica é estabelecida e os limites são constatados, permitindo o

cuidado não apenas com o sujeito, mas também com seu ambiente de convívio imediato e sua realidade direta.

É nesse cuidado que se produzem novas possibilidades de ser no mundo, à medida que novos afetos, acontecimentos, interpretações, vivências, experiências, questionamentos, olhares e modos de ser estão em constante movimento, abertos ao que vem de fora e, conseqüentemente, afetando aquilo que é dado como natural.

5.2 Caso 2 - Violência Doméstica - Mediação da rede

O segundo caso foi encaminhado pelo projeto do NUAVIDAS e foi acolhido pela estagiária Maria, juntamente com a minha supervisão de campo. A demanda era de uma criança de 13 anos, Joaquim. O menino sofreu abuso sexual por colegas, estando em casa com o seu pai, Lúcio. Além disso, a sua mãe, Laís, relatava estar sofrendo violência doméstica - denúncias que precisavam ser investigadas.

Diante disso, fomos mobilizados para que pudéssemos usar o AT para acompanhar de perto a situação de Joaquim em casa e as divergências familiares que foram levantadas. Essas questões não estavam sendo compreendidas adequadamente nos atendimentos realizados na instituição, e foi percebido que Laís estava em intenso sofrimento. No entanto, não era possível concluir uma avaliação diagnóstica nem compreender plenamente o impacto desse sofrimento sobre o filho.

Inicialmente, o atendimento seria da criança, mas na primeira consulta marcada na casa da família, nos deparamos com um caso de complexidade enorme. Laís estava em uma situação de sofrimento intenso e despejou tantas informações, que foi difícil começar a entender suas queixas e, principalmente, sua história de vida. O que entendemos inicialmente de seu relato foi que sua relação com sua mãe e sua irmã sempre foi difícil, que não tinha contato com o pai e que sofria violência doméstica física, psicológica, sexual e patrimonial há 17 anos de Lúcio, seu marido. Além disso, sofreu um aborto quando mais jovem e passou por muitas vulnerabilidades desde criança, o que lhe gerara um quadro de depressão que incluía tentativas de autoextermínio.

Ademais, Laís relatava abuso de álcool e substâncias psicoativas por parte de Lúcio, inclusive com envolvimento com o tráfico da região. Naquele momento, não era possível compreender a consistência e a extensão desse uso abusivo, todavia a possibilidade de abuso de álcool se coadunava com a situação relatada no abuso de Joaquim, ocasião em que Lúcio estava alcoolizado.

Segundo Laís, Lúcio vinha se utilizando de suas repetidas internações psiquiátricas para controlá-la, invalidar suas denúncias de violência e mantê-la dopada com medicações. Entretanto, desde que Laís descobriu que, em uma de suas internações, o filho foi abusado por colegas enquanto estava sob a supervisão do pai alcoolizado, as coisas mudaram. Ela, então, intensificou os pedidos de ajuda a órgãos públicos, denunciando as violências. Mesmo assim, as queixas foram infrutíferas, pois sua palavra era descredibilizada sob o pretexto de ser “louca”.

Diante da complexidade das informações e das muitas dúvidas que surgiram sobre o caso, especialmente por se tratar do primeiro atendimento da estagiária Maria, percebi que nossa primeira visita domiciliar exigiria uma análise prévia do meu papel como supervisora de campo, bem como das necessidades que a aluna poderia enfrentar nessa inserção prática. No relato em diário de bordo registrei esse momento:

“Era o primeiro atendimento de Maria e ela parecia um pouco pensativa e ansiosa indo de carona comigo. Eu achei interessante falar que também estava ansiosa, principalmente por sabermos tratar-se de um caso de relacionamento abusivo/violento e eu fiquei de tentar atender o marido abusador que tinham dito que estaria lá ‘vigiando’ o atendimento. Falei como é normal ficarmos ansiosos nessa situação pois não sabemos o que esperar e como vai ser, mas que são sentimentos interessantes para se trabalhar.”
(Diário de bordo, 2023)

Percebo como o acolhimento dado a Maria e suas impressões sobre o caso permitiram que ela expressasse suas preocupações, distinguindo o que se referia à experiência de atender pela primeira vez da complexidade do próprio caso. Isso exigirá nossa atenção cuidadosa para avaliar o que realmente está acontecendo naquela realidade e como as dificuldades de cada membro da família se entrelaçam na dinâmica familiar.

Nessa primeira visita à casa, somente Laís estava presente. Ela se preocupou a todo tempo em mostrar evidências de que estava falando a verdade e que não era louca, mostrou-nos

uma pasta com mais de cem folhas contendo boletins de ocorrência, laudos psiquiátricos, receitas medicamentosas, documentos de inúmeras consultas médicas, pedido de separação, exames de sangue, processos judiciais sigilosos, solicitações da escola do filho, entre outros. Como seu discurso estava confuso e a situação na casa estava tensa, devido ao medo da chegada do marido, propusemos começar a compreensão desses conflitos institucionais na escola da criança, tanto para investigar o motivo de os educadores estarem preocupados quanto por ser onde poderíamos conhecer Joaquim, já que os horários da escola dificultavam nosso encontro.

Essa visita à escola foi o primeiro passo para começarmos a ampliar as redes da família, estudar suas queixas e as inconsistências que levavam à falta de compreensão dos outros em relação a seu sofrimento. A diretora pedagógica da instituição relatou que o menino estudava ali há cerca de três anos e que, apesar de ser bom aluno, apresentava algumas questões emocionais, como discussões agressivas com colegas e angústias geradas pelos conflitos familiares.

Nesse tempo, era o pai quem se apresentava como responsável pela criança, mas que negava os problemas do menino e recusava qualquer suporte que a escola tentava oferecer. Na visita escolar, Laís tentou contar aos prantos sobre os problemas de casa e sobre como o marido não permitia que ela saísse para acompanhar o filho e nem a informava sobre tais questões. Além disso, relatou que sua dificuldade de ler a mantinha ainda mais isolada das questões escolares, pois não conseguia ajudar o filho na escola e tinha pouco acesso aos relatórios pedagógicos.

Foi também possível observar que o tempo em que Laís relatava estar em “cárcere privado” coincidia com o período no qual a diretora relatava não ter tido contato com ela. A diretora pedagógica concordou que nem chegaram a conhecê-la direito, que o pai negava apoio e que sabiam somente por alto das questões familiares, pois inclusive outras crianças, que moram na região, já presenciaram agressões e desavenças na família e usaram isso para praticar bullying com o Joaquim. Além disso, na noite anterior, haviam se repetido as brigas na casa e Lúcio tinha passado a noite na casa de sua mãe com o filho. Lúcio, que sabia que estaríamos ali para atender o menino, o buscou na escola antes mesmo que pudéssemos conhecê-lo.

O primeiro passo após essas descobertas foi tentar entender como uma mulher em situação de violência e abuso tão extrema, que vem buscando ajuda e denunciando a situação em tantas instituições de proteção, continuava em situação de desamparo. Assim, buscamos entender quais instituições já tiveram contato com o caso e providenciamos a realização de um

mini-fórum para troca de informações. Nesse encontro, participaram a supervisora docente, a supervisora de campo, a estagiária e as equipes de referência envolvidas no caso no CAPS, no NUAVIDAS e na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro da família.

Nessa oportunidade, percebemos como as informações de cada equipe estavam desconexas, incompletas ou tendenciosas, e não conseguiam captar a complexa dinâmica de conflitos, violências e o possível abuso de substâncias que estava ocorrendo dentro daquela família. Essa troca de informações entre as equipes, com base nas evidências obtidas em campo e nas análises realizadas, foi crucial para a avaliação do caso. Isso nos permitiu perceber que as informações que Laís trazia, apesar de desorganizadas e confusas, eram de fato reais e tinham embasamento. As denúncias feitas por ela eram consistentes, mas a avaliação dos profissionais tendia a acreditar no marido, por ele apresentar-se de forma mais “organizada”.

Compreender mais claramente a situação exigiu o contato direto com os ambientes de convivência da família. O contato com os documentos de Laís, com a escola e com situações gravadas por ela, que apresentavam claramente tanto situações de ameaça quanto o abuso de álcool por parte de Lúcio, permitiu dimensionar algumas das demandas da família. Essas incluíam o desamparo de Joaquim, a situação limitada vivida por Laís em relação às coações e violências que sofria, e o sofrimento do próprio Lúcio, cuja condição de adicção ainda precisava ser mais esclarecida.

Nesse contexto, o AT em muito contribuiu ao trazer o que foi visto e testemunhado nos atendimentos realizados, nas condições de vida concretas da paciente e na dinâmica das relações na prática, já que a experiência direta daquela realidade permitia o acesso às tensões e aos níveis de angústia de Laís, bem como a elementos concretos da situação que Laís constantemente denunciava. Assim, foi possível perceber que seus afetos estavam em concordância com as condições de mundo vivenciadas por ela e que diversas situações de conflito, violência e desamparo produziam sofrimento familiar.

Contudo, isso só foi possível através do posicionamento inicial de romper com todas as interpretações prévias sobre o diagnóstico de Laís e suas explicações que consideravam falsas as denúncias da paciente, pois estavam expressas em um discurso desconexo. Considerações estas mascaradas pelo diagnóstico de transtorno mental e pela invalidação dos pares familiares, sem questionar as intenções desses pares ao ofuscar essas alegações.

À medida que fomos colocando essas afirmações em questão, permitimos que a realidade se abrisse através da própria experiência. Assim, tendo acesso a uma realidade que

estava sendo ofuscada pelo discurso sobre ela, as situações concretas se abriam nos detalhes do cotidiano: no olhar do pai, na tensão do filho diante de sua presença, na angústia da mãe, no discurso enviesado que as equipes acataram, nos mecanismos de violência velada que se repetiam, na dinâmica familiar, no comportamento, no ambiente, etc.

Nesse ponto, discutiu-se em supervisão a relação entre AT e cartografia: percorrer o território para compreender suas trajetórias, o modo como foram constituídas e a rede que se entrelaça na configuração da situação vivida.

“Estou entendendo que há três tipos de violação de direitos: tem uma violência patrimonial, com a negação de acesso a recursos básicos da criança, tem uma violência psicológica e a violência física/sexual. Então o primeiro passo é entender e mapear as situações de violência e os recursos que foram sendo usados, quais instituições foram acionadas”. (Transcrição da gravação da supervisão em grupo: Braga, 2023)

“... violência, vem do verbo “violar”, qualquer coisa que te tira do seu ponto de equilíbrio, da sua integridade física e psicológica, que te desestrutura, de alguma forma está te violentando. Se isso acontece porque você não está conseguindo colocar filtro ou se o outro está tendo essa intenção, a gente pode discutir, mas são experiências que violaram você.” (Transcrição da gravação da supervisão em grupo: Braga, 2023)

Tal processo de percurso no território demanda a interlocução com os múltiplos campos envolvidos. Nesse sentido, a supervisão de campo auxiliou a estagiária a construir uma referência sobre o modo de abordar as instituições e os colegas de rede envolvidos no caso: como apresentar a situação sem expor demasiadamente a família? Que questões buscar identificar? Que posicionamentos tomar? A participação conjunta da docente supervisora e da supervisora de campo no mini fórum e o posterior acompanhamento da supervisora de campo junto à estagiária facilitaram o trânsito pelas instituições, permitindo um melhor diálogo nesses espaços.

Muitas situações que pareciam irrealis por serem tão confusas e sem respostas se repetiram com nossa presença. Foi necessária muita insistência e trabalho para conseguirmos algum avanço na compreensão da situação existencial da família. Somente acompanhando Laís nesse percurso, compartilhando do seu mundo e experienciando esses acontecimentos em conjunto, pudemos entender como se davam as situações que pareciam tão confusas em suas

falas e que realmente o eram na prática. Também foi possível entender como sua dificuldade para se expressar era tomada por algumas instituições como um problema de saúde mental, e não na forma de um sinal da complexidade da realidade que enfrentava.

A cada momento, nos deparamos com situações realmente incompreensíveis e burocráticas que nos impediam de resolver diversas necessidades e de proporcioná-la acesso a direitos básicos de existência. Foi necessário buscar outras informações, instituições e orientações, em um trabalho cauteloso de investigação ativa que envolvia a repetição constante de toda uma história de violência que vinha sendo silenciada. Percebemos, então, como a realidade se apresentava caótica e avassaladora, pois quanto mais buscamos recursos, mais nos deparamos com situações de invalidação e desamparo causadores de maior angústia.

“Converso com Maria pois saímos com a mesma sensação de ‘cabeça explodindo’, ansiedade e com o medo do que pode acontecer com eles. Angústia de não entender como todos esses processos não evoluíram e como não tiveram nada de efetivo no caso. Ainda sem conseguir organizar os pensamentos e todas as informações, pensando em como entrar em contato ou descobrir com quem falar que possa ajudar... Toda vez saímos confusas e angustiadas, e vejo que é bom pra Maria compartilhar isso comigo. É a primeira experiência dela, e compartilho com ela o quanto isso vai poder ser educativo, mas entendo o tanto que deve estar sendo ‘pesado’ lidar com essa angústia, mas que é normal o que ela sente (ela não é incapaz por conta disso).” (Diário de bordo, 2023)

Esse processo inicial de investigação de campo, nos primeiros meses de atendimento, foi fundamental para o andamento do caso. À medida que fomos escutando as queixas de Laís e validando suas denúncias como reais e não frutos de um delírio, ela foi conseguindo se organizar mentalmente e criar um forte vínculo de apoio. Assim, iniciamos o trabalho de entender como funciona a rede e como podemos ajudar para que ela seja efetiva nesse caso.

Pegamos todos os papéis que ela guardava de instituições que já passou e começamos a acompanhá-la para entender como andava o seu processo. Fomos ao Fórum e ao Ministério Público tentar acessar os processos que ela abriu após denúncias de violência e tentativa de divórcio; aos bombeiros e à polícia coletar os boletins de ocorrência feitos ao longo de sua vida e buscar mais evidências que pudessem ajudá-la no processo de pedido de medida protetiva; à ONG SOS Mulheres gerar relatórios sobre como foi sua passagem pela instituição em 2010,

em busca de entender como se deu o arquivamento das denúncias de agressões; e, por fim, à Delegacia da Mulher prestar novas queixas de violência para, finalmente, conseguir uma nova medida protetiva.

Nesses espaços, se repetia o que Laís relatava, sob as dúvidas de todos: ninguém conseguia ajudar em quase nada. Alguns processos ninguém conseguia achar, cada instância nos mandava procurar em outro lugar. Chegando nesse “outro lugar”, falavam que devíamos voltar ao ponto anterior, que não havia o que fazer sem advogado, que estávamos perdendo tempo, que não podiam emitir documentos que eram dela, que o profissional que a atendeu já tinha saído e não deixou registros úteis, que seus pedidos de medida protetivas nunca chegaram à delegacia, que o processo foi encerrado por ausência de Laís em audiência - sem que ela tivesse acesso à intimação, entre outras limitações.

Esse caso é um exemplo concreto da importância do Acompanhamento Terapêutico. Na história de Laís, somente adentrando na realidade do sujeito foi possível começar a organizar o suficiente para permitir que as demandas fossem expostas não só pela fala, mas na vivência dessas experiências de mundo, de modo a buscar meios concretos de atuar ali. Foi com a presença de um acompanhante, aberto a escutar e ver aquela família, que Laís conseguiu mostrar como sua realidade estava sendo corrompida tanto quanto sua organização psíquica e, assim, expor o que precisava. Essa experiência possibilitou com que, aos poucos, a acompanhada fosse se organizando, começando a elaborar esses acontecimentos, criando repertório para descrever essas experiências, entendendo maneiras de lidar com esses limites impostos pela sua realidade tão precária, de forma a criar possibilidades de existir e construir algo novo ali. Além disso, foi com a presença dos acompanhantes que ela conseguiu ser escutada também pelas demais instituições, expor a situação de forma mais objetiva, obter validação das suas denúncias e ter um apoio significativo nessas situações de tantas violências subsequentes.

A situação familiar ficava mais clara e as violências psicológicas, as vulnerabilidades e os problemas que enfrentavam se tornavam mais nítidos para serem trabalhados com as equipes. Isso permitiu acesso maior à criança e ao pai, que também estavam presentes em alguns momentos, e, portanto, viabilizou a discussão de possibilidades de intervenções que cuidassem de todos eles.

Além disso, é importante relatar a importância da supervisão de campo nesse caso devido, principalmente, à situação de risco que ele oferecia. Muitos atendimentos foram feitos

em domicílio e, dados os relatos de violência, ambas não nos sentíamos seguras o bastante para estar lá. Ainda assim, oferecemos apoio conjunto ao fazermos isso em dupla.

O fato de eu ser uma profissional com mais experiência permitiu que acolhesse com mais cuidado as angústias da estagiária, compartilhando situações que já passei e que também foram assustadoras, mas possíveis de serem trabalhadas aos poucos. Me concentrei em mostrar que o medo é um sentimento comum quando se inicia uma prática tão complexa. Acredito que em alguns momentos a aluna se sentia mais confortável de saber que tinha alguém no campo capaz de perceber seus anseios e, de alguma forma, funcionar como um porto seguro ao qual poderia recorrer em situações mais difíceis, com vivência em tais atendimentos e conhecimento sobre determinadas condutas.

“Por muito tempo minha cabeça ficou fixada em ‘como vou nos defender se esse homem aparecer? E se ele quebrar meu carro e entrar na casa pra nos atacar? Como devo agir, quais são meus métodos de cuidado, quais são os refúgios nesse lugar desconhecido e distante? Eu deveria contactar alguém, avisar a orientadora? Eu deveria saber o que fazer se a situação sair do controle? Eu iria conseguir tomar a frente da situação e agir na pressão? etc’. E esses pensamentos ficaram ainda mais intensos quando Maria olhou pra mim com os olhos arregalados, quase como pedindo um socorro de como lidar com a situação. Eu vi que ela também estava com medo e eu precisava sustentar esse lugar de cuidado.” (Diário de bordo, 2023)

Por vezes, minha função era também atender um membro da família, permitindo que a estagiária tivesse espaço e privacidade suficientes para atender outro membro, já que a casa não tinha espaço para oferecer alguma privacidade nas conversas. Esse processo, além de facilitar o atendimento em AT, também permite ampliar os cuidados aos demais membros, como atender mãe e filho separados ou até mesmo no caso de atendimentos em que o Lúcio estava em casa “vigiando as consultas”. Nesse último caso, eu pude intervir convidando-o para fora para podermos conversar sobre as questões da criança, permitindo tanto um acolhimento da sua perspectiva dessa realidade quanto possibilidades de intervenções diretas com ele sobre suas próprias angústias e o impacto de seus comportamentos.

Esse encontro específico que tive com Lúcio trouxe à tona muito do processo discursivo captado pelas equipes que acompanhavam o caso. Em seu relato emocionado, ele falava sobre o quanto se importava com a família e com o desenvolvimento do filho, seus sonhos de ser um

pai melhor do que o que teve e sua dedicação às relações. Ao mesmo tempo, culpava a doença psiquiátrica de Laís por todos os conflitos existentes, repetindo que, quando ela estava medicada, quieta e controlada, as brigas não aconteciam.

Esses discursos já haviam sido mencionados por Laís, que relatou que Lúcio preferia vê-la dopada para poder sair e beber, que ele não contribuía para os gastos da casa e até vendia parte dos alimentos que ela recebia da cesta básica do CRAS. Ela também mencionou que o marido era constantemente demitido, como ocorreu durante nosso acompanhamento, e que o filho repetia o mesmo discurso medicalizante, influenciado pelo pai.

A culpabilização da mulher pela estrutura familiar é um processo histórico, analisado por Vieira (2002) ao refletir sobre o poder exercido pela medicina sobre o corpo feminino a partir do século XIX. O controle populacional passa pelos corpos reprodutivos das mulheres, tornando a medicina uma ciência que legitima o poder biopolítico estatal, responsável por normatizar, regulamentar e administrar até mesmo a utilidade dos corpos na sociedade. Isso se reflete na forma como o corpo feminino é tratado como uma ameaça à moral e à ordem social em diferentes aspectos, como as religiões, a cultura, a exclusão da participação na vida política e a normatização de seu papel social.

Ao assumir o poder do saber sobre os corpos, a medicina reduz a mulher à biologia, diagnosticando e medicalizando-lhe de maneira que a aliena às questões sociais e contextuais que produzem seu sofrimento. O resultado dessa cultura é visível na desvalorização do discurso da mulher sobre seu adoecimento, desde a ideia de que é “frescura”, “histeria” ou “exagero”, até o uso excessivo de aparelhos repressivos como medicalização, internações, violências institucionais e revitimização.

Esse caso suscitou diversas análises sobre os impactos sociais e históricos discutidos no início deste trabalho, destacando a importância de compreender criticamente o contexto de cada situação, de forma que os discursos sociais não se sobreponham à escuta do sujeito. Por ter sido internada após uma tentativa de suicídio há mais de 13 anos, sempre que Laís se desestruturava, Lúcio acionava os bombeiros, e, em algumas ocasiões, eles a levavam para reinternação. No entanto, Laís relatava que suas crises eram causadas pelas violências que sofria do marido e que, nesses momentos, sua subjetividade era apagada em detrimento de seu diagnóstico. Mesmo denunciando os abusos, seu discurso era deslegitimado.

Logo no primeiro encontro, Laís me mostrou um relatório médico obtido em uma das internações, no qual o diagnóstico de esquizofrenia foi negado e substituído por transtorno pós-traumático e depressão. Além disso, ela me pediu que ligasse para um dos bombeiros acionados, que havia realizado uma abordagem diferenciada: ele reconheceu o conflito familiar, negou a necessidade de internação, encaminhou seu caso à UBS para acompanhamento e ofereceu seu contato para necessidades futuras.

Esse processo evidencia como o poder biopolítico opera de forma simbólica na vida dos indivíduos. Não se utilizam mais correntes, mas sim a legitimidade do discurso produzido sobre o outro, o que destaca as tendências colonizadoras, opressoras e repressivas do controle social. Embora tenhamos avançado no processo da luta antimanicomial, o poder médico e medicalizante ainda reverbera quando o contexto de vida e a subjetividade de cada pessoa não são considerados como elementos principais no cuidado em saúde.

Nesse sentido, o Acompanhamento Terapêutico, sob a perspectiva fenomenológica existencial, busca recorrer à realidade do sujeito no processo de desnaturalização de certas vulnerabilidades, na reconstrução do sentido existencial e na reestruturação da forma de ser no mundo que habita. O objetivo é auxiliar o sujeito a se apropriar do cuidado de si e do seu entorno, promovendo também a autonomia através das experiências de vida compartilhadas.

Não foi apenas Laís que se beneficiou dessas escutas; o estágio também permitiu envolver mais alunos no caso. Após a obtenção da medida protetiva, Lúcio teve que deixar a casa, e Joaquim, sem compreender completamente as violências que presenciou, seguiu com o pai. Com a ajuda do CREAS, conseguimos manter contato com ambos e agendamos uma consulta com a equipe. Em conjunto, decidimos atender o menino e o pai separadamente na clínica escola ou na UBS, com o apoio dos novos estagiários, enquanto continuamos os atendimentos à mãe, ampliando o cuidado para toda a família.

5.3 Caso 3 - Isolamento Social - Visita Domiciliar

Esse caso trata do acompanhamento de Carmen, uma paciente idosa encaminhada pelo CAPS de sua região após uma recente internação psiquiátrica devido a um episódio de surto,

no qual perdeu a conexão com a realidade. Carmen apresentava resistência em comparecer à instituição para continuar o tratamento e se isolava em casa. Diante disso, o acompanhamento terapêutico foi considerado um instrumento potencial para auxiliar na construção de seu tratamento.

Esse caso é semelhante àqueles que deram origem ao papel do Acompanhante Terapêutico: pacientes com diagnóstico de psicose/esquizofrenia, com laços sociais limitados, dificuldades de sair de casa e de manter vínculos que possibilitem a continuidade do cuidado em instituições, exigindo, portanto, outras abordagens que alcancem o território de convivência. Esse nível de isolamento e pensamento persecutório aumentava o risco de vulnerabilidade social, como ocorre com Carmen. Devido ao rompimento de seus vínculos familiares e sociais, ela chegou a passar dias sem alimentos, energia elétrica e comunicação, o que dificultava qualquer acesso a informações sobre suas condições de saúde física e mental. Essa situação agravava sua dissociação mental e seus temores em relação a outras pessoas, limitando em grande escala seus contatos com o mundo ao seu redor.

O primeiro encontro com Carmen foi realizado por mim, supervisora de campo, e pelo estagiário Bernardo, responsável pelo AT, no Centro de Atenção Psicossocial no qual Carmen fazia tratamento junto com o psicólogo de referência da instituição, após alguns cancelamentos do sobrinho que a transportava e era o único contato dela fora do CAPS. O psicólogo apresentou a paciente a mim e ao aluno, explicou a ela a proposta do trabalho e questionou como Carmen se sentia em relação ao tratamento e à possibilidade de a acompanharmos em casa.

Inicialmente, a acompanhada se apresentou desconfiada, questionou se estávamos lá para interná-la novamente, recusou-se a fazer o atendimento conosco na casa dela - onde poderíamos ter um contato mais acessível sem depender da disposição do sobrinho para levá-la - mas aceitou participar da rotina do CAPS ao nosso lado naquele dia e em alguns outros em que o sobrinho conseguiu levá-la à instituição.

Aos poucos, Carmen foi nos conhecendo e começando a entender que a proposta de cuidado ocorreria respeitando seus limites e desejos, da forma menos invasiva possível, para que pudéssemos construir juntos um caminho de cuidado. Após alguns encontros e conversas, ela permitiu que passássemos a ir à sua casa, onde conversávamos com ela sobre a situação de vida em que se encontrava, compreendendo quais eram as pessoas que lhe eram próximas, como era sua rotina e buscando entender sua história e seu processo de tratamento. Começamos,

assim, a entender as suas dificuldades sociais e a ir organizando, aos poucos, os relatos confusos que fazia.

A maior dificuldade que presenciamos foi conseguir entender um pouco da história de Carmen e o modo como seu adoecimento se desenvolveu. O trabalho em dupla foi importante para que eu e Bernardo pudéssemos ajudar um ao outro a acompanhar os relatos, colocá-los em ordem e entender as demandas que iam surgindo. Sempre que discutíamos em supervisão, íamos construindo juntos os detalhes da história, encaixando nossas percepções, reavaliando nossas incongruências e buscando um sentido em conjunto.

Nesse processo, conseguimos reconstruir parte significativa da história. Carmen viveu na mesma casa a vida toda. Foi nela que também perdeu quase todos os familiares por alguma doença. Por anos, teve que cuidar da mãe e da irmã mais velha. Nunca se casou, nem teve filhos, mantinha um vínculo distante com o irmão e dois sobrinhos que não moram tão perto e não conseguiam ter tanta disponibilidade de ajudá-la. Esse distanciamento por vezes gerava conflitos, pois Carmen sentia-se algumas vezes abandonada pela família, embora ela própria tivesse dificuldade de entrar em contato com os familiares e de pedir ajuda quando necessário.

Ela não tinha telefone, internet ou qualquer meio de comunicação dentro de casa, o que a mantinha incomunicável. Além disso, tinha medo de andar sozinha na rua, principalmente depois da última crise, pois não se lembrava do que aconteceu, dando para ela a impressão de que fora internada sem causas específicas. Esse medo também se agravou devido a uma queda que teve na rua, já que a irmã descobriu sua doença após cair de forma parecida. Numa situação em que quase não saía de casa, acabava tendo pouca autonomia para resolver questões básicas, como ir ao mercado, às consultas médicas e psicológicas ou se relacionar com os vizinhos e com outras pessoas, perdendo espaços de vida social e cuidado pragmático.

Tal situação levou Carmen a depender sempre de alguém, principalmente do sobrinho e, algumas vezes, de uma sobrinha para conduzir atividades cotidianas, como ir a consultas médicas, abastecer a casa com alimentos ou fazer pagamentos de contas. Essa dependência tinha ainda como complicador o fato de que muitas vezes, as pessoas que combinavam de ajudá-la, não apareciam quando programado e não tinham meios de avisá-la da ausência, a não ser indo até ela, no caso de algum imprevisto.

Dependendo de terceiros para o transporte, Carmen tinha muita dificuldade de comparecer às consultas e ao CAPS. A instituição insistia que o sobrinho a levasse, já que o

centro psicossocial contava um único carro apenas uma vez por semana, já ocupado com outras atividades externas, e que, por isso, não poderia conseguir conduzi-la.

Inicialmente a informação era de que a própria paciente se recusava a receber o tratamento, mas fomos percebendo que se tratava muito mais dessa dificuldade de locomoção e da falta de auxílio necessário, tanto em termos de transporte quanto de superação das barreiras pessoais que limitavam sua autonomia, para ter condições de se cuidar. Além disso, Carmen sentia culpa por depender de outros, referenciando muitas vezes receio de incomodar, bem como o medo de não ser acolhida pela instituição e de ser novamente internada sem compreender os motivos para tal. Diante dessas dificuldades de acesso e vínculo com a instituição de saúde, o CAPS solicita o acompanhamento terapêutico como ferramenta de acesso ao território e à paciente de forma mais intensificada.

Após o período de estabelecimento de vínculo com Carmen e de compreensão conjunta de sua situação, propusemos a ela que começássemos a auxiliar em suas idas às consultas médicas e na rotina do CAPS, nas ocasiões em que não conseguíssemos combinar com algum dos sobrinhos. Inicialmente, Carmen ficou receosa de incomodar, mas explicamos a natureza do acompanhamento terapêutico, ressaltando que essa era uma função que poderíamos desempenhar. Isso permitiu que Carmen retomasse os cuidados com sua saúde e suas necessidades, ampliando principalmente o acesso aos atendimentos médicos em geral e desenvolvendo processos de autonomia no percurso até as atividades marcadas.

No tocante ao cuidado em saúde, agendamos consultas de rotina, tanto oftalmológicas, devido às suas queixas oculares após a cirurgia de catarata, quanto psiquiátricas, nas quais a acompanhamos para auxiliar no relato dos sintomas que vinha sentindo, relacionados aos efeitos colaterais da medicação prescrita. Durante o caminho para essas atividades, abordávamos com Carmen o percurso pela rua, a necessidade de desenvolver o autocuidado e o papel dos dispositivos de saúde em fornecer esse suporte.

Além dos percursos relacionados ao cuidado em saúde, começamos a elaborar listas para organizar as atividades em que Carmen precisava de auxílio, como ir ao banco, resolver contas da casa, analisar questões da aposentadoria, verificar a documentação das propriedades em seu nome e realizar compras. Paralelamente, discutimos com Carmen aspectos do seu autocuidado, como a alimentação, a administração dos medicamentos, o sono e a organização do espaço doméstico.

Carmen apresentava muita dificuldade em se alimentar, tinha áreas da casa que desejava organizar, mas carecia de ânimo, e às vezes, hesitava em tomar suas medicações por medo de sofrer com efeitos colaterais novamente. A possibilidade de discutir essas questões, criar estratégias alimentares e de organização, além de manter o diálogo com os médicos sobre os efeitos colaterais, abriu espaço para que Carmen começasse a se apropriar das tarefas relacionadas ao cuidado de si mesma.

A organização de tarefas foi sendo feita nas próprias consultas em que pegávamos papel e caneta e íamos escrevendo com ela tudo que precisava ser feito ou resolvido e quem poderia auxiliar em cada tarefa. Isso facilita também a divisão dessas tarefas entre os agentes do entorno de Carmen, permitindo não sobrecarregar tanto o sobrinho, entendendo como poderíamos ajudar e o que poderia ser passado para o CAPS. Tal processo funcionou não só na organização de suas demandas, como também na ampliação da rede de apoio, em uma busca de fortalecimento dos vínculos possíveis de cuidado e na autoconsciência do próprio cuidado de Carmen, permitindo que ela se apropriasse progressivamente de algumas atividades necessárias para sua qualidade de vida.

A principal importância do AT nesse caso foi a humanização do cuidado e o auxílio na construção de um vínculo com a paciente, facilitando a organização dos relatos e atendimentos que, inicialmente, eram confusos tanto para Carmen quanto para a equipe de avaliação das demandas. Carmen desenvolveu traumas após ser internada à força em uma instituição psiquiátrica, sem lembrar o que ocorreu durante o surto (ela negou os relatos da crise repassados pela equipe), o que gerou resistência em confiar em qualquer serviço, além de pensamentos persecutórios e medo de desconhecidos.

Suas experiências de cuidado haviam sido violentas, impositivas e contra sua vontade, remetendo à lógica manicomial, na qual o paciente está completamente dissociado do próprio cuidado, sem compreender seu sofrimento a partir da lógica médica, e sem qualquer possibilidade de exercer autonomia sobre si e de escolher seu modo de habitar o mundo. Ao perder o contato com seu adoecimento e sofrimento, Carmen também perdeu a capacidade de cuidar de si mesma.

O fato de ela conseguir criar vínculo com os ATs, permitir-se ser cuidada e confiar em nossa disponibilidade para estar ao seu lado representou um grande progresso em seu tratamento. Isso possibilitou que ela se abrisse para a experiência do cuidado próprio e para a criação de um novo sentido sobre sua condição existencial.

A supervisão de campo desempenhou um papel crucial nesse contexto pragmático, facilitando a organização psíquica da paciente. Acompanhado por uma profissional mais experiente, o estagiário teve a oportunidade de desenvolver um olhar mais apurado para determinadas situações, entendendo como nuances dos relatos podem ser importantes para a reestruturação das histórias e para o manejo com a paciente, adotando uma abordagem mais questionadora e investigativa.

O processo de organização da história de vida da paciente foi possibilitado pela criação de sentido sobre suas vivências e pela revisão de seus fragmentos, permitindo uma compreensão mais clara de sua condição de adoecimento. À medida que relacionava o presente com o que foi construído através da sua interação com o mundo, o sofrimento de Carmen começou a ganhar forma e a ser apreendido por ela. Esse processo possibilitou a reformulação de suas experiências e a aceitação da condição de indeterminação ontológica, abrindo espaço para a possibilidade de ser algo diferente do que se é.

Assim, a supervisão de campo foi fundamental para dar uma diretriz para a construção de vínculo com a paciente, para estruturar uma organização dos relatos e atendimentos nos momentos em que esses ainda se apresentavam confusos para Carmen, além de avaliar as demandas a serem trabalhadas. Após os encontros com Carmen e em todas as supervisões de grupos, conversávamos para reelaborar os acontecimentos. Aquilo que é da ordem perceptiva, ganha palavra e é nomeado e, a partir disso, ganha uma organização simbólica que permite que nos situemos sobre as experiências. Parte do que é feito no processo terapêutico também ocorre nas discussões dos casos, que é trazer possibilidades interpretativas que reorganizem o sentido da experiência do sujeito, para que ele possa ressignificá-la. Eram nessas trocas que pensávamos sobre as demandas que iam surgindo e como seria possível abordá-las terapeuticamente, conforme escrito:

“No final (das sessões) trocamos ideias sobre os pontos importantes que chamaram a atenção e pude contribuir com ideias de como trouxe coisas que são importantes serem investigadas como: viu como ela trouxe questões da escola? Podemos ir conhecer esse lugar. E quanto às instituições de cuidado? Temos que ver essa questão dos diagnósticos. Quem sabe conhecer esse parente?...” (Diário de bordo, 2024)

Diante da busca por acessar o conteúdo interno de Carmen, muitas vezes demandava-se uma conversa mais diretiva. Pela dificuldade de elaborar a própria realidade, Carmen falava coisas desconexas, citava acontecimentos sem detalhar quem estava envolvido, quando ocorreram, onde, qual a significância do relato, etc. Era preciso fazer perguntas elaboradas para ajudar a dar sentido no que estava sendo dito, para criar uma historicidade, uma cronologia dos acontecimentos e permitir que todos nós, inclusive a própria Carmen, elaborássemos sentido e analisássemos o ocorrido, além de refletir sobre as possibilidades de outras formas de conduta.

Um exemplo dessa complexidade são as junções de alguns relatos, como: 1) Carmen repetia que entraram na casa dela e roubaram os fios telefônicos e outros pertences; 2) Em outro momento, relata que foi ajudar conhecidos da rua e ofereceu moradia no andar de cima da casa, que ficava fechado; 3) Paralelamente, tinha medo de qualquer um que se aproximasse de sua casa. Desses relatos, fomos entendendo que Carmen havia sim sido roubada por jovens que tentou ajudar colocando dentro de sua casa, mas que também associava os funcionários da empresa de telefonia com as pessoas que invadiram sua casa para tirar seus pertences. Com isso, fomos elaborando com a acompanhada seus medos de socialização, critérios para avaliação de outras pessoas, limites que precisam ser impostos e formas de interpretar as situações nas quais se sentiu invadida.

Nesse sentido, muitas vezes eu, o estagiário, a supervisora docente e até mesmo os estagiários do grupo de supervisão, sentíamos como se estivéssemos em um jogo de quebra-cabeça, juntando relatos suspensos para compreender uma história de vida. Diante disso, era necessário um cuidado muito mais aprofundado nas sessões para criar conectividade com o que estava sendo exposto, estar aberto às demandas que Carmen trazia, ter paciência para respeitar suas necessidades e garantir que suas falas não fossem silenciadas, mesmo quando eram incompreensíveis. Além disso, a experiência com a rede de saúde e assistência social, e a capacidade de lidar com diversas questões biopsicossociais, foram essenciais para auxiliar em outras demandas, como problemas físicos e urgências materiais, incluindo a compra de alimentos e o abastecimento da casa.

Esse suporte no campo exigiu de mim um papel muito mais interventivo, o que frequentemente me fez questionar os limites da minha atuação, como relatado a seguir:

“Um fato que me despertou é a sensação de tentar falar menos e ser mais coadjuvante da atuação. É um papel meio complexo pois lembro que a orientadora fez comigo, ela fez o atendimento e eu fui seguindo pois não me

sentia preparada ainda. Às vezes me sinto compelida a fazer o mesmo hoje pois parece ser bem mais fácil pra mim arriscar nas perguntas e questionamentos, ser referência de uma forma possível de atendimento, e o aluno fica mais confortável de não ter que tomar frente em tudo, mas não sei até que ponto estou atropelando a atuação deles.” (Diário de bordo, 2023)

Nessa perspectiva, cada caso acompanhado teve demandas diferentes da supervisão de campo. No segundo caso, as intervenções enquanto supervisora de campo foram muito mais direcionadas ao trabalho com as equipes de saúde, assistência social e jurídicas, além do contato com o marido. Com Carmen, o estagiário se sentia muito mais confortável com a equipe do CAPS e era responsável pela maioria dos encontros na instituição. No entanto, nas sessões domiciliares, onde o foco era o diálogo, o trabalho se tornava mais complexo devido à dissociação no discurso de Carmen.

Quanto a Carmen, o acompanhamento continua sendo realizado pelo estagiário, com diversas conquistas testemunhadas no sentido de restabelecer a organização psíquica, emocional e afetiva da acompanhada à medida que suas experiências de vida vão sendo validadas e elaboradas, passando a ter sentido e coerência. Os bons resultados também são percebidos no fortalecimento do vínculo com as equipes - a paciente foi de alguém que recusava atendimento para uma pessoa que manda recados relatando sentir falta dos nossos encontros. Isso demonstra como a criação de novas possibilidades de atendimento vai nesse caminho de criação de abertura para que o outro possa dar um sentido legítimo à experiência dele, a partir dele mesmo.

6 - Clínica e formação: dimensões da supervisão de campo

“O que me emociona é que o que não vejo, contudo, existe. Porque então tenho aos meus pés todo um mundo desconhecido que existe pleno e cheio de rica saliva. A verdade está em alguma parte: mas inútil pensar. Não a descobrirei e, no entanto, vivo dela.” Clarice Lispector, *Água Viva*.

Na atuação do acompanhamento terapêutico, o próprio campo determina as ações clínicas a serem tomadas e as situações que as pessoas envolvidas irão vivenciar. Diante de

diferentes demandas, os processos de conexão com o território podem se configurar de formas diversas. Por exemplo, em casos de violência doméstica, a circulação dos acompanhantes terapêuticos com a paciente pelos serviços de segurança pública e justiça se mostrou relevante. Em situações de isolamento social, o percurso pelo bairro, a visita aos dispositivos de saúde e a construção e fortalecimento de uma rede de apoio se tornaram fundamentais.

Na prática de acompanhamento terapêutico, o contexto desempenha um papel fundamental em orientar as ações clínicas e definir as demandas emergentes. Assim como o campo define as necessidades do acompanhante terapêutico em relação ao paciente e ao território, ele também orienta as demandas para o supervisor de campo na sua atuação com o estagiário. Nesse contexto, o supervisor de campo chegou a ser apelidado como "acompanhante do acompanhante", refletindo que, enquanto o estagiário acompanha o paciente em cuidado psicoterapêutico, o supervisor de campo acompanha o estagiário, atento aos movimentos do território. O objetivo é proporcionar um ambiente de aprendizado seguro e qualificado, além de enriquecer a visão sobre o campo, trazendo à tona elementos que podem passar despercebidos.

A supervisão de campo, configurada como um processo participativo e de pesquisa interventiva, se desenvolve ao longo da sua realização. Ela é moldada pelo acompanhamento dos alunos, pelas intervenções realizadas, pelas discussões na supervisão clínica docente, pelas trocas de conhecimento e pelo envolvimento contínuo com os alunos, os pacientes atendidos e a supervisora docente. Portanto, a supervisão de campo não se estrutura como um conjunto fixo de ações, mas como um modo de estar e compreender as situações vividas no campo, com o objetivo de promover o cuidado e a aprendizagem do aluno, o acompanhamento terapêutico do paciente e a promoção de saúde e cidadania na relação entre atendidos e território.

Tendo como elementos significativos a orientação pelo campo e o caráter processual, foram construídos eixos de análise da supervisão de campo no acompanhamento terapêutico a partir das experiências vividas nos casos clínicos concretos em que se construiu o lugar de supervisão de campo. Os quatro eixos de atuação analisados para a compreensão do papel exercido pela supervisão de campo foram os seguintes: a construção do *setting* focado no campo do acompanhamento terapêutico; a dimensão pedagógica dada pela atuação conjunta e trocas vividas com os estagiários; a dimensão clínica dada pelo cuidado direcionado ao estudante e ao atendido; e, por fim, a relação com a rede e o território.

6.1 A construção do *setting* focada no campo do acompanhamento terapêutico

O Acompanhamento Terapêutico se constitui, fundamentalmente, na apropriação dos espaços de vida como ferramenta terapêutica, direcionando o cuidado do sujeito à sua relação com o mundo que o cerca. Compreendem-se esses espaços como territórios onde são produzidos encontros, conexões e comunicações sociais, os quais evidenciam a pluralidade da comunidade e visibilizam suas características, interesses, perspectivas e questões a serem trabalhadas no processo de cuidado contextualizado (Tristão, Avellar & Ribeiro Neto, 2017).

Apropriar os espaços públicos constitui o foco da desinstitucionalização da saúde mental, que visa a reinserção e ressocialização dos sujeitos com transtornos mentais na comunidade por meio de um processo que vai além da mera adaptação ao ambiente circundante. Em um contexto mais amplo, a proposta do Acompanhamento Terapêutico (AT) busca prevenir o adoecimento dos sujeitos diante das experiências de vulnerabilidade social, reestruturando a relação entre o sujeito e o mundo na construção de espaços de pertencimento, cuidado e cidadania em vários âmbitos da existência. Isso envolve criar possibilidades de ser e se relacionar nesses espaços como um ato político de intervenção nos cenários sociais. Ao tomar os ambientes de convívio público como espaços de construção clínica, o AT resiste ao processo de institucionalização da loucura e ao confinamento da loucura a um único *setting*, retoma a cidade como espaço de acolhimento das multiplicidades existenciais. Nesse sentido, o AT não se restringe ao campo da saúde mental, mas se articula às vulnerabilidades do contexto e aos diversos aspectos nele configurados. Assim, há uma perspectiva fenomenológica do AT baseada na noção de ser-no-mundo, na relação do sujeito enquanto indivíduo em sociedade, articulando suas possibilidades de existência com a realidade que o cerca.

A proposta de sair de um *setting* terapêutico tradicional desloca-se de um lugar previamente estruturado, com um espaço específico e dispositivos organizadores pensados para controlar a situação clínica, em direção aos cenários concretos de vida e emergência das demandas. Nesses contextos e situações de sofrimento ou que geram necessidades interventivas, o AT pode contemplar e manejar as questões em seu próprio devir, partilhando e refletindo sobre essas experiências junto aos que as protagonizam. A ausência de um lugar predeterminado pressupõe a criação de lugares de possibilidade ao sujeito. É na sua realidade, emergindo da sua própria condição de existência, que se constroem espaços de escuta, vivências, estratégias de sustentação existencial e superação dos conflitos.

No serviço social, assim como na medicina e na enfermagem, grande parte do trabalho segue roteiros estabelecidos, que incluem regras e leis a serem aplicadas, critérios para concessão de benefícios, protocolos de administração de medicamentos, condutas e roteiros de perguntas diagnósticas, entre outros instrumentos. Essa abordagem demanda que a supervisão de campo nessas áreas seja mais diretiva, com o objetivo de garantir que o aluno siga tais protocolos, saiba analisar a demanda e aplique o manejo adequado. O supervisor de campo, portanto, desempenha um papel mais regulador e pedagógico, focando em demonstrar como o trabalho deve ser realizado e avaliando a prática do aluno, muitas vezes sem dar ênfase à reflexão aprofundada sobre o caso em si.

Em contraste, na psicologia, especialmente no acompanhamento terapêutico, há poucos protocolos previamente estabelecidos para a atuação. A maior parte dos procedimentos surge a partir dos eventos momentâneos que se desenrolam durante o trabalho, exigindo dos profissionais uma abordagem mais reflexiva e analítica das situações. Nesse contexto, a expertise se desenvolve principalmente na reelaboração conceitual adaptada à especificidade de cada situação prática. A experiência de manejar situações clínicas leva à formação de novas reflexões teóricas e perspectivas analíticas, considerando os múltiplos aspectos do contexto e dos sujeitos singulares.

Portanto, o supervisor de campo desempenha um papel crucial ao oferecer referências para o manejo de situações complexas e diversificadas. Ele atua a partir de apropriações reflexivas que podem orientar o estagiário na situação imediata e também servir como base para discussões posteriores sobre o processo de análise que gerou a intervenção. O supervisor pode estar disponível enquanto o estagiário lida com as urgências do campo, intervindo quando solicitado ou quando uma situação mais urgente requer uma reorientação do sentido da intervenção proposta pelo estagiário. Dessa forma, a experiência prévia do supervisor de campo é fundamental para garantir o manejo apropriado e eficaz das questões que emergem imediatamente durante o estágio.

Na psicologia, podemos observar diferentes níveis de ampliação do *setting*. No *setting* clínico tradicional, existe uma estrutura que define o ambiente da intervenção, permitindo ao clínico o acesso ao paciente em um ambiente ambulatorial. No entanto, isso não implica que todo atendimento em consultório siga estritamente a lógica do *setting* clínico tradicional. É possível que o profissional realize visitas à escola, à residência ou a outros espaços de convivência do paciente, ou ainda entre em contato com outros profissionais envolvidos no

cuidado, entre outras ações que visam ampliar o *setting* e construir uma visão mais abrangente sobre a demanda.

‘ Em alguns contextos institucionais com diretrizes que consideram o contexto social, como certas instituições de saúde e assistência social, a ampliação do *setting* pode ocorrer por meio de trabalhos multiprofissionais que articulam diversos aspectos da situação atendida ou pela necessidade de considerar o contexto do sujeito em seu cuidado. Nesse sentido, elementos socioeconômicos, culturais ou relacionais podem ser considerados como fatores influentes na saúde do indivíduo. Instituições como a rede pública de saúde e assistência social, que se aproximam da clínica ampliada, representam uma abertura do *setting* terapêutico.

No contexto formativo, muitas das atividades desenvolvidas em clínicas-escola replicam a clínica tradicional, mas existem experiências de ampliação do *setting* durante o estágio em instituições e comunidades. Embora essas propostas envolvam espaços com estruturas mais amplas, elas ainda configuram ambientes mais estruturados do que o acompanhamento terapêutico normalmente exige. Instituições de saúde com regras, hierarquias e procedimentos específicos podem limitar a atuação desses profissionais e o acesso ao contexto de vida do usuário de forma mais ampla e territorializada, já que o atendimento pode ser restrito ao ambiente da instituição e seus recursos.

Em contraste com a prática em outras áreas, no AT, o clínico colabora com o paciente na construção da demanda a ser trabalhada, explorando diversos ambientes da sua experiência. Essa abordagem considera tanto as relações humanas e suas subjetividades quanto uma ampla gama de fenômenos, como aspectos ambientais, sociais, físicos e relacionais. Por exemplo, o acompanhante terapêutico pode auxiliar na busca por um médico para questões físicas, procurar agências para resolver problemas econômicos e burocráticos, e facilitar a circulação do sujeito em sua rede social. Essa abordagem busca promover a autonomia e a qualidade de vida, avançando positivamente no trabalho com a saúde mental e desenvolvendo formas mais saudáveis e positivas de relacionamento com o mundo.

O contato com instituições de saúde, jurídicas e educacionais fortalece a experiência de sistematização do acesso a direitos e valoriza o autocuidado, promovendo uma relação entre saúde e cidadania como elementos terapêuticos. A inserção em ambientes de convivência, o manejo de conflitos relacionais e o cuidado com outras experiências emocionais e sociais permitem uma intervenção direta no contexto, criando novos campos relacionais. Assim, o

acompanhamento terapêutico orienta a clínica para a relação entre o eu e o mundo como dimensões indissociáveis dos processos de vida.

Nesse sentido, o Acompanhamento Terapêutico se dedica à experiência como um todo, buscando maneiras de construir o cuidado. O AT possui uma abertura contextual, onde o *setting* é criado em função da demanda e da situação, o que gera uma complexidade de trabalho, mas é essencial para um contato direto e mais próximo da realidade vivida pelos pacientes. A construção conjunta da demanda, através de um olhar cuidadoso e reflexivo sobre a situação, faz com que a supervisão de campo não siga um protocolo fixo, mas busque desenvolver reflexões sobre os diversos aspectos da demanda: questões relacionais, condições materiais, vias de acesso a soluções práticas, acolhimento do sofrimento e acesso a instituições, entre outros.

A perspectiva integral do AT leva a supervisão de campo a adotar uma abordagem constante e atenta ao campo, ao paciente e ao estagiário. O supervisor observa os elementos que surgem no campo e os movimentos do paciente, discutindo-os com o estagiário para enriquecer seu olhar e articular a atenção às pessoas que aparecem no campo. Essa articulação atua diretamente na produção do *setting* terapêutico, já que o supervisor contribui para a construção de um ambiente terapêutico no território.

Portanto, a supervisão de campo pode ser vista como um recurso de ampliação do *setting*, oferecendo um olhar atento a vários aspectos presentes no campo. Embora a imersão no campo permita uma ação mais ampla e contextualizada, ela pode ser difícil de manejar para aqueles que estão começando suas experiências no AT. Nesse caso, a supervisão de campo torna-se um ponto de apoio crucial, auxiliando na mediação dos espaços e na atenção aos elementos do campo que podem criar obstáculos para a ação terapêutica, especialmente em espaços coletivos que necessitam de mediação para que tanto o paciente quanto o acompanhante possam se sentir confortáveis e se conectar.

É muito comum que ocorram diversas interrupções quando há outros sujeitos no mesmo espaço (como a família, as equipes e outras pessoas), e é um facilitador importante ter alguém que possa acolher esses outros agentes sem invadir o espaço terapêutico que ocorre ali. É como se houvesse alguém responsável por blindar a relação das diversas ocorrências que podem interferir, não no sentido de mudar o ambiente do sujeito, mas sim de construir um espaço seguro dentro da sua própria realidade. Por outro lado, o supervisor de campo pode também

justamente facilitar os momentos em que ocorre demanda por atendimento conjunto de vários membros de uma família ou conviventes de um espaço, auxiliando o estagiário a lidar com a interlocução entre os diversos falantes e a refletir sobre os direcionamentos a serem dados no atendimento.

Esse processo, como evidenciado nos casos relatados, foi requisitado em diversos momentos à medida que surgiam demandas externas. No Caso 1, por exemplo, a cada momento alguém da família demandava uma atenção diferente, solicitava um atendimento pessoal ou até mesmo desejava participar das consultas para colaborar com seu ponto de vista. A presença da supervisora de campo nesses espaços permitia que essas demandas fossem ouvidas sem comprometer o tempo e o espaço destinados ao atendimento principal. Esse suporte ajudava o estagiário a concentrar-se no cuidado oferecido, sem negligenciar o contexto em que estava inserido e, principalmente, preservava o vínculo com o paciente das interferências externas. Esse papel da supervisão, ao estabelecer limites e margens nas relações familiares e sociais, contribuía para criar um ambiente terapêutico mais equilibrado, evitando que as relações sufocantes e repressoras influenciassem negativamente o tratamento.

Além disso, conhecer o espaço em que se atua é fundamental para estabelecer vínculos eficazes. Cada sistema possui suas próprias dinâmicas, e respeitar essas condições é crucial para as relações estabelecidas (Aun, 2005). É importante considerar a realidade do sujeito e não impor um ideal de sociedade e comportamento descontextualizado. Muitas vezes, são esperados comportamentos que não condizem com a realidade do sujeito, como a obrigatoriedade de comparecimento diário a consultas médicas para pessoas que não têm condições de se alimentar dignamente, ou a exigência de cuidados dos filhos por pessoas que não conseguem nem preservar o autocuidado, entre outros. Entender as dinâmicas sociais, culturais e existenciais de cada sujeito é essencial para o planejamento de estratégias de cuidado que sejam, acima de tudo, acessíveis e realistas para esses sujeitos.

Nesse sentido, um dos papéis da supervisão de campo é orientar a inserção nos espaços do acompanhamento, preparando o estagiário para as particularidades do contexto em que está atuando. Isso inclui a preparação para atitudes esperadas, como a resistência de alguns acompanhados, e o entendimento do funcionamento das instituições envolvidas, como a mediação com equipes de saúde, assistência e jurídicas, conforme necessário. Por exemplo, no caso 2, que envolveu violência doméstica, a supervisão também passou pela mediação com as

equipes de saúde e assistência, proporcionando suporte e orientações para enfrentar essas complexas demandas.

Decorrente dessas percepções, quatro pontos fundamentais se destacaram na atuação da supervisão de campo: a criação de um *setting* como espaço onde a relação terapêutica se estabelece; ajudar a estabelecer limites (até onde vai a atuação do acompanhamento terapêutico); compreensão das regras do campo (necessidades de condutas impostas naqueles espaços, respeito ao ambiente adentrado, entre outros); e auxílio na resolução de conflitos e demandas do campo.

6.2 O papel pedagógico no contexto clínico

É fundamental reconhecer, em todos os casos relatados, a necessidade de uma suspensão fenomenológica inicial: colocar em parênteses as informações previamente repassadas pelas equipes e escutar o sujeito e sua própria narrativa. Esse processo é crucial para acessar a vivência e o campo contextual dos indivíduos, indo além do discurso reduzido e distanciado imposto pelas instituições.

No caso 1, por exemplo, os pais eram inicialmente vistos como negligentes e violentos. No entanto, ao conhecer o histórico de violência que sofreram ao longo de suas vidas, entendemos como essas dinâmicas se reproduziam como uma herança geracional, naturalizada pela falta de alternativas de resposta ao mundo a partir do que conheciam. No Caso 2, foi necessário suspender os pressupostos sobre o diagnóstico de esquizofrenia para ouvir as denúncias de violência, que emergiram como as principais causas do sofrimento de Laís. Esse processo revelou como sua realidade estava corrompida por violações e apagamento de sua subjetividade. No terceiro caso, foi preciso compreender as resistências de Carmen não como intrínsecas a ela, mas relacionadas a experiências de violação que geraram dificuldades em confiar em vínculos institucionais. Esse entendimento permitiu que investíssemos, desde o início, no trabalho de ajudá-la a compreender o papel do acompanhamento terapêutico como um processo de construção conjunta, envolvendo-a em qualquer decisão sobre seu cuidado.

As supervisões docentes em grupo foram essenciais para proporcionar um tempo adequado para refletir sobre os acontecimentos do campo de maneira teórica, ética e metodológica. No ambiente de supervisão clínica docente, muitas questões não elaboradas no

momento da atuação foram discutidas, criando sentido e possibilitando trocas que ajudaram a construir diretrizes para os próximos passos. O trabalho compartilhado permitiu que cada participante apresentasse suas observações, interpretações emergentes e as afetações geradas pelas experiências, ajudando na organização das histórias desordenadas vivenciadas.

A participação da supervisora de campo na supervisão docente criou um ponto de apoio significativo para que os alunos pudessem relatar as vivências do campo. Com base nos relatos dos estagiários, a supervisora trouxe detalhes ou elementos omitidos que ajudaram a compreender melhor o campo, além de reflexões e possibilidades percebidas durante a atuação, ampliando as perspectivas sobre as situações. A supervisão clínica compartilhada entre supervisora docente, supervisora de campo e estagiários possibilitou um olhar múltiplo, onde cada participante contribuía com relatos de experiências com diferentes membros da mesma família, comunidade ou instituições. Isso permitiu compreender diferentes aspectos entrelaçados com o caso, construindo um mosaico mais completo do campo. Nos atendimentos em conjunto, em que se atendia a mesma pessoa, grupo ou se participava da mesma discussão multiprofissional, expressava-se as diferentes afetações, interpretações e experiências diante de uma mesma situação, permitindo contemplar a experiência de vários ângulos e compreender melhor o entrelaçamento entre as vivências dos participantes e o contexto vivido no atendimento.

A noção heideggeriana de existência refere-se à relação indissociável entre eu e mundo, com o conceito de ser-aí descrevendo essa interconexão (Braga & Farinha, 2017). Nesse sentido, a singularidade da relação entre eu e mundo é refletida tanto no atendimento quanto na supervisão de campo e clínica, criando um "aí compartilhado" (Jardim, 2013) entre os envolvidos.

Explicar um fenômeno envolve interpretar uma perspectiva possível, mas não abarca todas as condições implicadas. Compreender não se limita a estabelecer relações causais, mas a se aproximar da condição existencial que abrange diferentes perspectivas. Mesmo que se chegue a uma descrição de um sintoma, outras interpretações e formas de análise são possíveis, ampliando o campo de possibilidades. Partindo do princípio fenomenológico de que nossas percepções e compreensões do mundo são apenas perspectivas dos fenômenos, a teorização psicológica é uma interpretação possível sobre o fenômeno. A experiência é anterior a qualquer teoria e pode ser revisitada de novos pontos de vista. O mundo existe antes de nossa

interpretação sobre ele, e compreender como se deu a experiência permite acessar a lógica da interpretação do sujeito (Merleau-Ponty, 1999).

Sendo a realidade simultaneamente subjetiva e objetiva, pois consciência e mundo se constituem em concomitância, o compreender se dá a partir da relação entre minha singularidade que contata o mundo e o mundo concreto e imediato a ser experienciado. Nesse sentido, a fenomenologia não defende que uma compreensão se sobreponha a outras, mas que seja uma possibilidade dentre várias de se colocar diante do fenômeno. Desse modo, as possibilidades teórico-reflexivas apontam aspectos dos fenômenos, permitindo uma compreensão mais aprofundada, mas podem deixar de abarcar diversos outros aspectos de um fenômeno. É nesse sentido que a visão ampliada e contextualizada do sujeito, possibilitada pela supervisão no campo e pelo compartilhamento da supervisão clínica docente, se torna tão fundamental: por meio do questionamento das interpretações e afetos possíveis do vivido no campo, abre-se a possibilidade de acessar outras dimensões da experiência, outras possibilidades reflexivas e outras articulações teórico-práticas. Tal compartilhamento de perspectivas desloca cada um de lugares fixos, permitindo a ampliação da circulação pelos diversos aspectos do fenômeno, mantendo um caráter de abertura intencional para novas possibilidades interpretativas e simultaneamente abarcando novas perspectivas das possíveis implicações do fenômeno, explorando suas nuances e possibilidades, buscando acessar o contexto em que emerge.

É a partir disso que se compreende que não é possível fazer uma supervisão de campo diretiva, no sentido de dizer ao aluno o que deve ser feito, observado e como deve ser pensado cada caso. Diferentemente, no aspecto pedagógico, a supervisão de campo cria um espaço de compartilhamento de olhares no próprio campo, contribuindo para o exercício reflexivo sobre a experiência a partir da troca de perspectivas, afetos e interpretações possíveis. Simultaneamente, ao criar um espaço de escuta para o aluno no momento imediatamente posterior ao vivido no campo, o auxilia a entrar em contato com a própria experiência, identificando afetos e compreensões para o exercício de um movimento reflexivo, que contribuiu para se apropriar do fazer clínico. No sentido ôntico-ontológico heideggeriano, pode-se compreender tal perspectiva clínica enquanto pautada no pensar sobre as possibilidades de ser no mundo, desvelando tramas significativas e elementos fáticos do contexto, na diversidade que nele está implicada (Braga & Farinha, 2017).

É nesse sentido que a supervisão de campo, enquanto função pedagógica, auxilia em duas principais vertentes: ampliar a interpretação — ajudando a questionar o que está dado, desde o *setting* até a interpretação, as possibilidades de ser, a indeterminação ontológica e da consciência intencional — e ampliar o campo do cuidado — analisando como o Acompanhamento Terapêutico pode ser uma ferramenta de auxílio no caso acompanhado, contribuindo na investigação das demandas do sujeito e do campo.

Além disso, é importante ressaltar que a função pedagógica vai além do aluno; ela também se aplica ao próprio desenvolvimento do lugar do supervisor no campo. É através da experimentação deste lugar que se criam possibilidades de intervenção e cuidado, sendo também educativo para quem o experiencia. Nessa dinâmica de ensino-aprendizagem construída no contexto, a educação se torna ampliada, trazendo os sentidos construídos nas relações, no campo, na ação e nas vivências para contemplar as lacunas teóricas que não abarcam toda a realidade experiencial.

A prática da supervisão de campo só pode ser aprendida através da experiência prática do supervisor no campo, no trabalho terapêutico, nas reflexões em conjunto e no próprio processo de também ser acompanhado em outros momentos. Aliás, ousou defender que o próprio Acompanhamento Terapêutico só é realmente compreendido, em seu ímpeto, por quem experiencia essa abertura e disposição para contemplar e coparticipar da experiência existencial do outro, quem verdadeiramente se dispõe a mergulhar nas profundidades que pertencem ao mundo mais íntimo e particular do sujeito acompanhado. Só é possível aprender a experienciar esse mundo compartilhado por quem se predispõe a confiar e se entregar nessa trajetória de cuidado. Portanto, é essa confiança e entrega ao trabalho que se configuram como ferramentas fundamentais do processo de ensino-aprendizagem do supervisor-aluno.

6.3 O cuidado direcionado ao estudante

A partir das experiências em campo e dos relatos analisados, percebemos alguns pontos fundamentais da atuação do supervisor de campo no cuidado com o cuidador. A experiência presencial com o supervisor de campo, como referência de atuação, auxilia na construção vivencial de um ambiente de cuidado, tanto para o estagiário quanto para os atendidos, já que

sua experiência no Acompanhamento Terapêutico favorece a construção de caminhos de diálogo e manejo situacional nos diferentes contextos encontrados no campo. Outro elemento de cuidado refere-se ao fato de que o supervisor de campo amplia a segurança no campo para estagiários iniciantes, uma vez que a constante exposição a situações inesperadas, ambientes insalubres ou mesmo o contato com o risco de violência demanda um manejo estratégico que pode ser difícil para estagiários em processo inicial de atendimento clínico. Além disso, as orientações sobre as necessidades imediatas da atuação e a oferta de apoio na condução do atendimento estruturam um papel de cuidado na medida em que diminuem as angústias referentes às primeiras experiências e ajudam a refletir sobre as afetações que o campo pode gerar, acolhendo o aluno a partir da própria afetabilidade e urgências do atendimento. Assim, a supervisão de campo estabelece uma posição que tem como diretriz propiciar uma inserção prática humanizada, acolhedora e empática, que facilite a formação de Acompanhantes Terapêuticos e psicólogos em contextos de vulnerabilidade e auxilie na condução das estratégias interventivas, de forma qualificada e promotora de um lugar reflexivo e autônomo.

A supervisão de campo não consiste necessariamente em participar de todos os atendimentos com todos os alunos; todavia, é significativa e enriquecedora, principalmente nas fases iniciais dos estágios ou em momentos críticos, como quando se muda o campo de atuação, ocorre alguma situação emergencial em termos de saúde mental, violência ou acesso a direitos, ou ainda quando há necessidade de acompanhar o aluno e o acompanhado em diferentes instituições. Nessas situações, os acompanhantes terapêuticos são mais requisitados a serem inventivos e a se apropriar de novos conhecimentos e expertises, e, portanto, o amparo se torna mais relevante para a facilitação do processo de desenvolvimento pessoal, clínico e de aprendizagem do aluno frente ao contexto.

Sendo a valorização da autonomia um dos principais direcionamentos da clínica ampliada e do acompanhamento terapêutico, busca-se propiciar ao acompanhado, desde o início, o poder de tomar frente e escolher sobre o próprio cuidado. Assim, a supervisão de campo figura como um ponto de apoio, orientação e diálogo, construindo um processo de trocas que permite um cuidado clínico à experiência do aluno e cria, no tocante ao desenvolvimento da experiência profissional, uma vivência clínica que se aproxima da própria relação que o estagiário em acompanhamento terapêutico desenvolverá com o acompanhado. Do mesmo modo que a supervisão de campo se coloca como ponto de apoio para que o estagiário desenvolva seu percurso de aprendizado na clínica ampliada, o próprio acompanhante

terapêutico se coloca como ponto de apoio para que o acompanhado desenvolva seu percurso no cuidado de si, na construção de sua autonomia e na elaboração e resolução de suas vulnerabilidades.

A diretriz de desenvolvimento da autonomia, de ser no mundo de um modo mais saudável, própria do acompanhamento terapêutico em perspectiva fenomenológica, é fundamental no trabalho do supervisor de campo. Oferecer ao aluno a possibilidade de ter liberdade para se desenvolver, experimentar, conhecer o trabalho na prática, pensar sobre a atuação profissional e refletir sobre as condições do sujeito acompanhado é o principal passo na formação do acompanhante terapêutico e na perspectiva fenomenológica, que trabalha na direção de ampliar as possibilidades de ser no mundo. Nesse sentido, pensar nas necessidades de aprendizado do aluno também é um foco fundamental na atuação do supervisor de campo, assim como relatado:

“Um ponto importante tem sido deixar as responsabilidades de agendar, ir atrás, comunicar, buscar informações, etc, na mão do estagiário para ele se adaptar a esses processos burocráticos. Essa parte burocrática da clínica é um desafio que não aprendemos muito nos estágios pois muitas vezes a responsabilidade acaba sendo terceirizada ou o *setting* clínico já estabelecido nas clínicas escola facilita esse processo de agendamentos, remarcações, tempo de atendimentos, etc. Aprender a se responsabilizar por esse processo é fundamental na formação de quem pensa na possibilidade de ser um profissional autônomo. Criar limites, colocar regras, delimitar tempo, compreender suas próprias limitações, enfim, aprender a fazer clínica. Para pacientes que faltaram, reforcei a necessidade de explicar essas regras e tentar confirmar os atendimentos, etc.” (Diário de bordo, 2023)

São essas experiências que permitem ao aluno desenvolver repertório, refletir sobre sua atuação e aprimorar suas habilidades na condução do vínculo com o outro. Além disso, permite que ele se reconheça no papel que pretende ocupar e comece a refletir sobre o que pode ser mais desafiador em um contexto onde há espaço para trabalhar isso com a ajuda dos demais profissionais que o acompanham. A autonomia é fundamental para que o sujeito construa a capacidade de habitar o mundo de seu próprio modo, podendo ser compreendida como o modo de singularização que se configura pelo movimento de autoria dos próprios referenciais de mundo (Braga, 2014).

É nesse sentido que a suspensão fenomenológica é essencial no processo formativo. Ela implica não se ater apenas à reprodução do que já está estabelecido pelas teorias psicológicas, mas abrir-se às possibilidades apresentadas pela aparição dos próprios fenômenos, onde os elementos teóricos podem dialogar com o mundo percebido, estimulando a capacidade reflexiva dos alunos sobre o mundo que se abre a eles e suas possibilidades interpretativas. Tal processo é fundamental para o questionamento das tendências de categorização e universalização do sujeito, que o retiram da condição de indivíduo. Na esfera da relação entre saúde e contexto social, uma vasta literatura aponta problemas dessas tendências categorizantes, que se articulam ao que Heidegger (2012) denominou pensamento calculante. Isso inclui processos de patologização na saúde mental que geram fenômenos como a medicalização, em que experiências de inadequação ou conflito escolar, laboral e outras passam a ser tratadas como doenças biológicas; a cronificação, onde a reprodução de um tratamento focado na categorização excessiva acaba por aprisionar o sujeito em um processo de adoecimento; e a porta giratória, com sucessivas internações psiquiátricas sem o desenvolvimento de um tratamento efetivo (Amarante & Torre, 2018; Amarante, 2007). Nesse sentido, os processos de construção dialogada do cuidado permitem a flexibilização de posições rígidas em direção a uma maior transição de experiências promotoras da saúde.

Na perspectiva do cuidado ao aluno, cabe lembrar que o contato com situações de intenso sofrimento, como as atendidas em acompanhamento terapêutico, é também afetivamente mobilizador. A experiência de cuidado dialogado no campo, junto ao supervisor de campo, pode contribuir para a compreensão vivencial do olhar para o sujeito singular, em seu modo de ser e entender o mundo que habita.

Para Heidegger (2002), o cuidado é uma condição existencial da experiência humana, já que o cuidado é o próprio modo com que direcionamos nossa existência e nossas relações com os demais entes (Braga & Farinha, 2017). O autor aborda o cuidado na dimensão do ser-com-outros em dois modos: o cuidado substitutivo, em que nos ocupamos da relação com os entes em substituição a alguém; e o cuidado antepositivo, em que me coloco em minha singularidade e abertura de mundo diante do outro, o que permite interrogar o sentido em que se dirige a existência e, desse modo, apropriar-se de si para realizar seu próprio cuidado de forma autêntica. Na tradição em saúde, o cuidado substitutivo foi muitas vezes usado de forma impositiva, sobrepondo-se à autonomia do sujeito na tomada de decisões. Por exemplo, autores relatam situações em que tratamentos e prescrições médicas são impostas, práticas comuns em

serviços de saúde pública que exigem participação em certas atividades para ter acesso ao acompanhamento profissional e tratamentos, como a obrigatoriedade de participar da rotina da instituição (oficinas, grupos, entre outros). Essas práticas são heranças dos tratamentos asilares e hierárquicos da medicina moderna (Amarante, 1998; Foucault, 1961, 1978).

O cuidado substitutivo pode ser necessário em certos momentos em que o sujeito não possui condições de atuar por si, como nos procedimentos realizados em pessoas inconscientes ou em momentos de crise em que o sujeito apresente risco a si mesmo ou a outros. Todavia, na construção do cuidado como apropriação do sujeito sobre si, é preciso que o questionamento sobre as condições de autonomia e a busca constante de diálogo permitam a maior liberdade possível do sujeito no direcionamento de si.

Na perspectiva do supervisor de campo em acompanhamento terapêutico, o processo de cuidado com o estagiário se constrói, portanto, na escuta, acolhimento e apresentação de possibilidades de compreender e agir a partir da particularidade das situações apresentadas, buscando propiciar um cuidado antepositivo, que permita a interrogação pelo sentido dado à experiência no enriquecimento e apropriação da vivência clínica. Tal processo de cuidado permite uma formação vivencial em uma dimensão cara à prática do próprio acompanhamento terapêutico na relação com o acompanhado, em que se busca também a apropriação dos direcionamentos existenciais a partir de um processo de compreensão, elaboração e situar-se em relação às vivências, permitindo lidar com as demandas que surgem na própria relação com o mundo.

São as condições situacionais do campo que vão determinando qual tipo de cuidado é necessário, como, por exemplo, a capacidade do aluno ou do paciente de exercer as atividades necessárias para seu desenvolvimento. Diante disso, cabe ao supervisor de campo, com seu olhar atento, auxiliar na tomada de decisões sobre como mediar as demandas emergidas na relação terapêutica e o território. Como no caso 2, em que muitas vezes era necessário ajudar Laís a conversar com os membros das instituições de justiça para que pudessem compreender suas demandas e buscar formas de auxiliá-la em seu processo, também houve casos em que os alunos tinham dificuldades de manejar os acompanhamentos, demandando da supervisora uma atuação mais direta. Essas situações requerem um cuidado que, apesar de aparentar ser substitutivo por exercer um papel pelo outro, é feito com o objetivo de dialogar com eles sobre as possibilidades de ação diante do mundo.

Assim, em diversos momentos em que a supervisão de campo era exercida como referência de cuidado — ao fazer o papel do sujeito apresentando-lhe maneiras possíveis de realizá-lo — a atuação era voltada às pessoas e não às ocupações, e por isso criar referências de atuações se diferencia da oferta de modelos prontos. Quando eu conversava com a equipe ou realizava o manejo do atendimento, criava-se repertório para que o acompanhado e o estagiário experimentassem algo novo e didático, apropriando-se do conhecimento necessário para aprimorar a sua atuação e relação com o mundo que os cerca.

O olhar do supervisor de campo precisa estar atento às diversas nuances do campo, desde a situação clínica até as condições dos espaços de circulação, debruçando-se no cuidado do cuidador e nas suas demandas emergentes (Aun, 2005). A possibilidade de oferecer esse cuidado no momento em que as questões surgem permite que a reflexão do trabalho se inicie na própria ação, reelaborando as condutas, as demandas e os planejamentos das intervenções imediatas. Trabalha-se com o aluno as inseguranças e os medos diante de situações tão desafiadoras, mostrando que é no fazer que se produz a clínica e o papel do cuidador, motivando-o e empoderando seu conhecimento e suas habilidades de refletir e intervir.

6.4 A relação com a rede e o território

Todos os casos relatados apresentaram em comum elementos relevantes de vulnerabilidade em diversas dimensões: violências em nível intrafamiliar, institucional e social, agravos em saúde e dificuldades de assistência, problemas socioeconômicos geradores de diversas limitações e dificuldades de acesso material e simbólico pelos atendidos. A violência doméstica de Laís, o abandono de Carmen e a vulnerabilidade social da família, dentre diversas outras histórias que marcam os impactos que o mundo ao redor exercem sobre a saúde física e mental desses sujeitos. Infelizmente, os dados comprovam que a maior parte das violências e situações de vulnerabilidades ficam restritas aos espaços privados e individuais, o que torna mais difícil vir a esfera pública, além disso, a falta de acesso dos profissionais, desarticulação entre as instituições e a falta de estratégia das redes de saúde e assistência social para acolhimento desses casos dificultam sua resolução efetiva, tornando o cuidado das famílias precário e muitas vezes pautado na culpabilização e moralização das suas condutas acusando incapacidade de seguir as orientações oferecidas (Nunes, Sarti & Ohara, 2009). Isso significa que as esferas públicas de cuidado em saúde e assistência perdem muito poder de atuação

contextual por estarem restritas às instituições, fazendo com que não acessem as esferas privadas e, assim, vai desresponsabilizando o Estado do dever de proteção dos sujeitos em situações mais complexas de violações de direitos.

Essa valorização do contexto do sujeito é fundamental para a fenomenologia existencial, que parte do princípio do ser-no-mundo, um ente que se constitui entrelaçado aos diversos elementos concretos e significativos que constituem seu mundo. A clínica tradicional cria um ambiente específico para o atendimento, o ambiente ambulatorial, que, por um lado, busca criar um contexto protegido, mas, por outro, remove o contato com vários aspectos do cotidiano do sujeito que podem se relacionar com a demanda apresentada. Essa retirada dos elementos concretos da vida promove uma separação entre questões consideradas psicológicas - ou, em alguns casos, até mesmo orgânicas - teoricamente preservadas no contato com o paciente, e questões relacionadas ao cenário ambiental, relacional, cultural, material, enfim, ao universo em que o sujeito se encontra. Dessa forma, tirar o sujeito de seu ambiente para colocá-lo em um ambiente controlado para “avaliá-lo, diagnosticá-lo e curá-lo” já o desloca de si e o condiciona a um novo contexto que não é o habitual, perdendo o contato com questões fundamentais da sua existência.

Percebemos, ao longo dessa caminhada, que para acessar o sujeito em situação de vulnerabilidade é importante o mergulho em seu modo de ser no mundo, com as características em que sua vivência se dá, para, assim, poder experienciar com ele esse modo de ser, sua visão sobre os fenômenos da vida, e como a realidade se apresenta para ele, ajudando-o a construir outras formas de ver, ser, fazer e vivenciar a vida.

Não há como produzir formas de inteligibilidade da sociedade sem contemplar os contextos em que são definidas. É preciso resgatar os processos históricos em que os fenômenos são produzidos para poder ampliar sua compreensão; portanto, “toda produção que emana de seres históricos tem as condições de sua produção nelas incorporadas” (Ibanez, 1990, p. 11 apud Spink, 1992). Não entender o contexto em que uma demanda é construída faz com que o único objeto de cuidado seja superar tal demanda, e não a realidade que a produz, como no caso da família (caso um), em que muitas vezes a dificuldade de vinculação com as instituições de cuidado do abuso de álcool e drogas se dava por não abarcar as dimensões existenciais que levaram a tais condições, como o luto pela morte do filho e a vulnerabilidade social em que se encontravam.

Nessa perspectiva, a supervisão de campo contribui para criar um ponto de sustentação para o estagiário, permitindo um contato acompanhado pelo território e enriquecendo a compreensão sobre os diferentes aspectos do vivido no campo. Esse olhar compartilhado entre supervisor de campo e estagiário amplia a percepção das nuances do território, facilitando a troca de impressões e a criação de vias de passagem em direção à promoção da saúde e melhores condições de existência. Assim, a supervisão de campo ajuda a construir o território percorrido, tecendo com ele, em diálogo com acompanhados e estagiários, caminhos possíveis de cuidado.

Se ser é sendo, há sempre uma articulação constante do sujeito em resposta ao território, recriando-se e ressignificando-se nele. Na psicologia, essa relação com o campo implica um recorte da paisagem social, em que o psicólogo, ao chegar ao campo, cria uma abertura para um ângulo específico do cenário. Esse ângulo apresenta demandas distintas das demais áreas sociais que atuam no território, criando um espaço único de escuta. Ou seja, o psicólogo recebe uma demanda ligada ao cuidado do sujeito enquanto seu olhar está voltado para questionar aspectos experienciais e problemáticas relativas ao território, buscando conhecer as relações de sentido constituídas diretamente com o mundo, abrangendo aspectos concretos, pragmáticos, afetivos e simbólicos (Braga, 2012; Critelli, 2007). Dessa forma, o trabalho multiprofissional no território se concretiza, e o olhar especializado de cada profissional da saúde se complementa no processo de compreensão da situação analisada, ampliando as perspectivas da realidade que ali se constrói.

Diante da necessidade de explorar essa realidade e inserir-se no contexto do sujeito para trabalhar sua relação como ferramenta de cuidado em saúde e assistência, percebemos como o Acompanhamento Terapêutico exerceu um papel fundamental de escuta clínica para entender as demandas do sujeito e, assim, encontrar na rede o diálogo necessário para a resolução dessas questões. No caso dois, observou-se que a dificuldade de resolutividade dos casos pelas equipes institucionais se deve ao distanciamento do contexto de vida dos sujeitos atendidos. Mais de oito equipes — de saúde, assistência, segurança e justiça — estavam envolvidas na situação de violência e adoecimento, mas, devido à falta de comunicação, meios de intervenção, acesso a evidências físicas e outras barreiras institucionais, não encontravam soluções para ajudar a família.

O que se evidencia é a falta de coesão na proposta da rede, uma vez que o compartilhamento de responsabilidade se limita ao encaminhamento do usuário de uma especialidade para outra, sem uma troca efetiva entre as equipes dentro do trabalho intersetorial.

A responsabilidade é, portanto, repassada entre as instituições sob o pretexto da “autonomia” do usuário no seu próprio cuidado. As tentativas das equipes de AT em reunir as equipes em mini-fóruns, reuniões ou até mesmo grupos de WhatsApp para discutir os casos e buscar colaboração conjunta evidenciavam como a comunicação entre as instituições era escassa. Cada sujeito (até mesmo dentro da mesma equipe) tinha uma perspectiva e um recorte bem diferentes das demandas do caso. Devido à impossibilidade de atender a todas as demandas recebidas, a resolução prática frequentemente era repassar o caso para outras instâncias: o CAPS só podia ajudar na saúde mental, o CRAS não tinha acesso aos processos jurídicos, a denúncia de violência feita no CREAS precisava ser refeita na delegacia da mulher, os B.Os policiais ou dos bombeiros não chegavam às instâncias legislativas, e assim por diante. À medida que buscamos promover essas trocas de informações e o trabalho conjunto, foi possível dar andamento em seu cuidado, nos processos de separação e na cessação das violências.

Assim, elencam-se quatro pontos fundamentais na relevância do Acompanhamento Terapêutico para o trabalho em rede: o auxílio prático na resolução das demandas; o conhecimento sobre o funcionamento da rede e o que faz cada instituição (resolubilidade); a contextualização do caso, ou seja, conhecer ou reconhecer a história e o contexto para ajudar os outros profissionais a se situarem; e o encaminhamento acompanhado, isto é, ir junto do acompanhado onde for necessário para dar suporte e criar acesso aos demais dispositivos.

Nos casos relatados, é perceptível como a diferença entre a queixa e a demanda muitas vezes representa um desafio na compreensão da complexidade do cuidado em saúde. No caso 1, da família J, foi necessário compreender as vivências traumáticas do passado para elaborar possibilidades de existência menos violentas e, com isso, auxiliar no processo de autocuidado e autonomia das filhas, para que se desvinculassem das condições de dependência familiar. Com Laís, a falta de compreensão da dimensão das próprias vivências de violência, abusos e direitos individuais foi resumida à necessidade de medicação e internação para conter seu desespero e desequilíbrio. Da mesma forma, com Carmen, a dificuldade de comparecer às instituições e os laços fragilizados pelas violações de liberdade impostas foram interpretados como resistência à equipe e ao cuidado ofertado. Foi através da formação do cenário social dos casos e da análise do processo de constituição das queixas apresentadas que foi possível encontrar as verdadeiras demandas, permitindo que o cuidado se tornasse efetivo: cessar a violência, construir vínculos e possibilitar condições adequadas de cuidado, entre outros aspectos.

7 - Considerações finais

“A ciência ainda não nos provou se a loucura é ou não o mais sublime da inteligência.” Edgar Allan Poe

A presente pesquisa buscou contemplar três eixos fundamentais interligados na construção de processos formativos em clínica ampliada, onde novos conhecimentos surgem a partir das demandas apresentadas durante o atendimento a populações vulneráveis, que representam uma parcela significativa da nação. Compreender esses processos exige a problematização do papel do psicólogo no contexto brasileiro contemporâneo, situando sua atuação em relação aos modos de ser no mundo que têm se desenvolvido. Primeiramente, refletimos sobre o processo de formação dos psicólogos brasileiros ao longo dos anos, criticando os modelos reprodutivistas provenientes de países considerados mais avançados e, portanto, produtores do verdadeiro conhecimento humano. Nesse sentido, analisamos a relação direta entre cultura, história, influências econômicas, políticas e sociais na produção do conhecimento em cada época, reforçando o princípio contextual do ser humano. Esse princípio, fundamentado na perspectiva de Heidegger em *Ser e Tempo* (2002), enfatiza que, enquanto entes projetados ao mundo, somos constituídos por ele e o constituímos através dessa relação de afetação e significação.

A partir dessa reconstrução histórica, formulamos a crítica de que o conhecimento, por mais elaborado e desenvolvido que seja, quando aplicado sem considerar o contexto, torna-se desconectado da realidade individual, transformando-se em um instrumento de alienação e poder sobre o outro. Isso cria mecanismos para selecionar os seres produtivos na sociedade e adequar os demais às suas demandas. Em contrapartida, evidenciamos processos históricos que possibilitaram aos "desajustados e excluídos" ganharem voz, à medida que as relações de poder se tornam mais evidentes. A partir disso, novas formas de compreensão da vida têm sido estruturadas, buscando garantir espaço para as diferenças, individualidades e subjetividades dos cidadãos.

Essas transformações só são possíveis quando se questiona a soberania da ciência positivista como a única detentora do saber. Ao deslocar o olhar para o sujeito em sua condição de produtor de si mesmo e conhecedor de seu próprio mundo, passamos a considerar a complexidade de sua existência. Adotando essa perspectiva investigativa, ampliamos nossa

compreensão sobre o ser-no-mundo do outro: sua história, suas relações, sua biologia, seu contexto e seu território. Essa abordagem enriquece nossa visão e permite a incorporação dessas nuances na busca pela compreensão e no cuidado do outro.

É nesse contexto que chegamos ao segundo eixo crucial desta pesquisa, que explora as possibilidades oferecidas pelo Acompanhamento Terapêutico para um olhar ampliado sobre a clínica psicológica. À medida que se adentra no mundo do sujeito acompanhado, expõem-se aspectos de suas vivências que possibilitam uma compreensão mais profunda de sua relação com o ambiente que o cerca. Quando elementos são deslocados de seus contextos — seja através da criação de espaços isolados, da limitação a aspectos específicos (como ocorre nas especialidades em saúde) ou da falta de um olhar integral sobre o outro — a interpretação do analista tende a se restringir mais ao seu próprio ponto de vista do que à experiência real do sujeito.

Essa limitação é evidenciada pela naturalização dos fenômenos, que faz com que nossa compreensão da realidade se torne superficial e automática. Nossas consciências se desenvolvem através das experiências, criando familiaridade com os sentidos construídos e, assim, dificultando a percepção crítica dos aspectos existenciais que alimentam nossos conflitos e sofrimentos. Estamos tão imersos e implicados em nossa própria realidade que muitas vezes não conseguimos identificar esses aspectos. A presença de outro sujeito oferece uma oportunidade para questionar nossas verdades, trazer novas perspectivas e expandir nossa teia de significações.

Sendo o Acompanhamento Terapêutico (AT) uma ferramenta revolucionária no cuidado do sujeito dentro do seu contexto existencial, o terceiro e principal eixo desta pesquisa é o investimento na melhoria dessa prática psicológica, com foco na formação de novos acompanhantes terapêuticos e nas mudanças de perspectiva do papel da psicologia voltada ao campo social. Ao incorporar a supervisão de campo como uma ferramenta pedagógica e clínica no Acompanhamento Terapêutico, ampliamos as discussões sobre as necessidades de formação dos alunos e abordamos os impasses dentro da lógica produtivista imposta pelos sistemas sociais. O cuidado com a formação em seu próprio contexto de desenvolvimento é fundamental para a defesa de novas modalidades de educação, que garantam a manutenção de um ensino de qualidade e a preparação adequada dos profissionais para atender às demandas da população.

Esse caminho se dá pelo próprio propósito da fenomenologia enquanto método de pesquisa, que visa refletir sobre os fenômenos do mundo em vez de buscar imposições técnicas e conceituais a serem replicadas. Compreendemos a supervisão de campo como um processo de caminhar juntos, refletir juntos e contribuir em conjunto para novas investigações e atuações diante das demandas que surgem na experiência prática e nas relações terapêuticas construídas, assim como diante da necessidade social de criar formas de cuidado mais contextualizadas e capacitadas a abarcar uma maior amplitude de aspectos existenciais conforme as transformações do tempo.

Nesse sentido, o aspecto fundamental do supervisor de campo, enquanto sujeito que já vivenciou a experiência do acompanhamento terapêutico, não é se posicionar diante do caso como detentor do conhecimento em uma hierarquia de saber. Sua função é focar no cuidado: do aluno, do território, das relações presentes, do acompanhado e, principalmente, do aspecto formativo dessa experiência, que precisa ser oferecida de forma digna e humanizada para que a futura geração esteja preparada para lidar não só com o que já vivenciou, mas também com a capacidade de desenvolver o raciocínio clínico, o pensamento crítico e um posicionamento alinhado com os diversos aspectos sociais, culturais, históricos, políticos e contextuais relevantes para a sua atuação. Ou seja, a experiência não é pensada como uma mera aquisição do conhecimento absoluto e produção de subjetividades (Braga, 2014), mas sim como um posicionamento crítico e questionador dos sentidos.

Assim, é preciso ressaltar algumas considerações sobre os limites e implicações do papel de supervisor de campo enquanto sujeito participativo na formação de novos acompanhantes terapêuticos. Primeiramente, a supervisão de campo se configura como *referência no campo*, o que não significa fazer o trabalho pelo outro, mas construir uma presença de apoio, que se mostra disponível sem competir pelo protagonismo do cuidado. Portanto, não é função do supervisor de campo atender o paciente e deixar o aluno como espectador, mas sim, deve ajudar o estagiário a se colocar como profissional de referência. O processo de construção da figura de referência implica, portanto, a avaliação dos momentos no campo, direcionando ações ao aluno ou em conjunto com o aluno, mediante o olhar atento a esse, ao ambiente e às demandas do acompanhamento. Nesse contexto, a supervisão de campo consiste também em uma *práxis em devir*, que se desenvolve na experiência do trabalho e na compreensão do supervisor de campo sobre seu papel pedagógico no processo formativo.

Em segundo lugar, dada a característica do Acompanhamento Terapêutico de ter sua prática baseada na arte do encontro, no movimento das relações e dos espaços de habitação, a própria clínica em que a supervisão de campo foi investigada se configura na ausência de determinações prévias de conduta. Nesse sentido, a função orientativa do supervisor de campo deve partir do princípio da experimentação, da liberdade e da autonomia dos sujeitos implicados. Ou seja, o processo de construção dialogada dos movimentos de promoção da saúde e das respostas às vulnerabilidades e a diversas demandas, da reflexão sobre os afetos e os acontecimentos e da troca de percepções e experiências durante o processo de acompanhamento. Nesse sentido, as supervisões docentes criam um espaço e tempo reservado e cuidadoso para reflexões, orientações e direcionamentos, configurando um lugar de *ponto de passagem* para a supervisão de campo, em que o supervisor de campo contribui para a complementação ou o aprofundamento de aspectos a serem considerados.

Sendo o Acompanhamento Terapêutico uma clínica que se constrói na própria prática e nas questões que vão emergindo a cada momento, o acompanhamento vai se configurando e se direcionando a partir das demandas insurgentes. Dessa maneira, outro elemento importante da supervisão de campo desvelado nessa investigação é a necessidade de respeito cuidadoso ao processo do aluno, reconhecendo que para ele esse é um momento de descobertas e explorações, suspendendo quaisquer julgamentos à medida que se busca entender seu desenvolvimento lógico, suas opiniões e senso crítico em relação ao trabalho. Nesse sentido, a supervisão de campo também se coloca como um espaço de *acompanhamento do processo de aprendizagem*, do mesmo modo que o próprio aluno se coloca em acompanhamento do processo de vida do acompanhado.

Nesse sentido, a supervisão de campo atua como um acompanhante do acompanhante terapêutico, auxiliando na mediação do mundo tanto para o estudante quanto para o acompanhado. Ela ajuda a criar condições para responder ao mundo, a estruturar a realidade e a compreender como as experiências do outro se manifestam, além de orientar na criação de formas de se relacionar a partir do contexto real do sujeito. Assim, a supervisão contribui para a formação de ferramentas existenciais, funcionando tanto como processo clínico quanto pedagógico.

Finalmente, a supervisão de campo se apresenta como *lugar de aprendizagem* para o próprio supervisor, que circula entre as posições de ensinar e aprender no acompanhamento do aluno e da supervisão docente. Todos esses aspectos podem ser trabalhados conjuntamente de

forma que possibilite a interpretação e reelaboração da prática clínica e a promoção de processos de aprendizagem na clínica. Vivenciar diferentes perspectivas de atuação tornou possível a reflexão sobre esses diversos lugares retratados: de acompanhante terapêutica, supervisionada em campo e supervisora de campo, além dos relatos dos diversos estudantes que tive a oportunidade de acompanhar ou dividir as experiências, e dos vários sujeitos que passaram pelo meu caminho enquanto eu ocupava tais funções: os acompanhados, as equipes da rede pública, os professores e as instituições que percorri.

Aqui retrato como esse trabalho foi sendo construído em conjunto, atendendo às necessidades que foram emergindo ao longo de diversos semestres de trabalho. Alunos puderam experienciar essas práticas, trocar suas percepções nas discussões em grupo e enfrentar desafios colocados pelos acompanhados, que testaram nossos limites. Além disso, lidamos com as demandas das instituições e suas equipes, que muitas vezes estão lutando para fazer um bom trabalho com tão poucos recursos.

Enfim, o que de fundamental se desdobra de todo esse processo, é que fazer ciência em psicologia é mais do que buscar incessantemente justificar teorias, comprovar teses e repetir procedimentos e conteúdo. Há ainda uma necessidade maior de se produzir novas práticas de atuação com o objetivo de democratizar o acesso à saúde, aos direitos das pessoas e de privilegiar a luta por dignidade humana. Precisamos usar a força da psicologia no sentido de recusa aos processos de controle, recalque, alienação ou repressão dos sujeitos. Criar forças que atuem como uma ruptura nos processos comuns - já dados socialmente - em virtude de novas criações, novas possibilidades de existência e de cuidado do outro. Um cuidado em liberdade e, principalmente, libertário!

Referências

Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Brasil: Editora da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Amarante, P. coord. (1998) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Criança, mulher e saúde <https://doi.org/10.7476/9788575413357>

Amarante, P., & Torre, E. H. G (2018) "de volta à cidade, sr. Cidadão." - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de administração pública*. Rio de Janeiro 52(6): 1090-1107, nov. - dez. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>

Andrade Júnior, M. de (2007) O desejo em questão: ética da psicanálise e o desejo do analista. *Psychê*. Ano XI. nº 21. São Paulo

Antunes, M. A. M. (2014) A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua contribuição. São Paulo: EDUC.

Antunes, M. A. M. (2012). A Psicologia no Brasil: Um ensaio sobre suas contradições. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 44-65. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500005>
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500005>

Arendt, H. (2016) Entre o passado e o futuro / Hannah Arendt; [tradução Mauro W. Barbosa]. São Paulo Perspectiva - (Debates; 64 / dirigida por J. Guinsburg)

Arendt, H. (2007) A Condição Humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Aun, H. A. (2005). Trágico avesso do mundo: narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores. [Master's Dissertation, Instituto de Psicologia] University of São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.47.2005.tde-28072007-170628. Retrieved 2023-05-07, from www.teses.usp.br
<https://doi.org/10.11606/D.47.2005.tde-28072007-170628>

Barbosa, L. de M. P., & R. A. Evangelista, P. E. (2023) Aprender a atender em plantão psicológico: sobre a formação em Psicologia Clínica: Training in clinical psychology. *revista do nufen: phenomenology and interdisciplinarity*, 15(1). <https://doi.org/10.26823/rnufen.v15i1.24055>

Barreto, C. L. B. T. (2013) *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica*. Curitiba: Juruá.

Basaglia, F. (1985) *A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico*. 2ªed. Rio de Janeiro: Edições Graal

Bicalho, P. P. G., Santos, L. G. de M., Castagna, M. J. C., Sardinha, L. da S., Becker, A., & Silva, E. M. (2018) Compromisso social e democratização dos discursos nos Congressos Nacionais da Psicologia e nos Congressos Brasileiros de Psicologia: Ciência e Profissão. *Psicologia & Conexões*, 1(0), Artigo 0. <https://doi.org/10.29327/p&c.v1i0.5009>
<https://doi.org/10.29327/psicon.v1.i1.a1>

Bock, A. M. B. (1997) Formação do psicólogo: Um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17, 37-42. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931997000200006>
<https://doi.org/10.1590/S1414-98931997000200006>

Borges-Andrade, J. E., Bittencourt Bastos, A. V., Pie Abib Andery, M. A., Lobo Guzzo, R. S., & Araujo Trindade, Z. (2015). *Psicologia brasileira: Uma análise de seu desenvolvimento*. *Universitas Psychologica*, 14(3), 865-880. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.pbua>
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.pbua>

Borges, L. S.; Canuto, A. de A. A., Oliveira, D. P. de., & Vaz, R. P. (2013) Abordagens de gênero e sexualidade na Psicologia: revendo conceitos, repensando práticas. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 33(3), 730-745. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300016>
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300016>

Braga, T. B. M.; (2014) *Atenção psicológica e cenários sociais - ação clínica, instituições e políticas públicas na promoção da cidadania*. Editora Juruá.

Braga, T. B. M. & Custódio, E. M. (2009) O sentido da prática clínica para uma clínica do sentido: a formação clínica na Atenção Psicológica em Instituições. In: Henriette Tognetti Penha Morato; André Prado Nunes; Carmem Barreto. (Org.). Aconselhamento Psicológico na Perspectiva Fenomenológica Existencial: uma introdução. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2009, p. 167

Braga, T. B. M., & Farinha, M. G. (2017) Heidegger: em busca de sentido para a existência humana. Revista da Abordagem Gestáltica, 23(1), 65-73.
<https://doi.org/10.18065/RAG.2017v23n1.7>

Braga, T. B. M. & Farinha, M. G. (2018) Sistema Único de Saúde e a Reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. Revista da Abordagem Gestáltica, v. 24, p. 366-378, 2018.
<https://doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.11>

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. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2012.2-20>
<https://doi.org/10.9788/TP2012.2-20>

Brasil. Decreto- Lei 9.092/46. Amplia o regime didático das faculdades de filosofia, e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 28/3/1946, Página 4566.

Brasil. Ministério da Saúde (2005) Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. [Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas]. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Botti, S. H. de O. & Rego, S. (2008) Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus Papéis? Revista brasileira de educação médica. 32 (3): 363-373; 2008
<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>

Cabral, B. E. (2013). A questão de pesquisa como bússola: notas sobre o processo de produção de conhecimento em uma perspectiva fenomenológica existencial. In *Prática psicológica na perspectiva fenomenológica*. Curitiba: Juruá.

Calegare, M. G. A (2010) *Abordagens em psicologia social e seu ensino*. TransFormações em Psicologia.

Campos, A. F., & Daltro, M. (2016) A clínica ampliada no enfoque da Gestalt-Terapia: um relato de experiência em supervisão de estágio. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 4(1).
<https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v4i1.743>
<https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v4i1.743>

Carlini; E.A. (2003) Redução de Danos: uma visão internacional. *J.bras.psiquiater*.Vol 52(5) 335-339

Carraher, Carraher & Schliemann (1982) Na vida dez; na escola zero: os contextos culturais da aprendizagem da matemática. *Cad. Pesq. São Paulo*.

Chai-Berlinck, L. (2010) O Acompanhamento Terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil., v. 62, n. 1.

Chai-Berlinck, L. (2012) *Novos Andarilhos do bem: caminhos do Acompanhamento Terapêutico*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Coimbra, C. M. B. (2004) Práticas "psi" no Brasil do "milagre": algumas de suas produções. *Mnemosine Vol. 1, nº0, p.48-52 (2004) - Artigos*. *Clio-Psyché - Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia*

Conselho Federal de Psicologia-CFP (2013). *Contribuições do Conselho Federal de Psicologia à discussão sobre a formação da(o) psicóloga(o)*. Brasília, DF: CFP.

Conselho Nacional de Saúde. CNS nº 300/2017; Resolução CNS nº 569.
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - CRP-SP
<https://transparencia.cfp.org.br/crp06/legislacao/conselho-emite-parecer-sobre-estagio-supervisionado-in-loco/>

Costa, A. C. H. (2014). Entre aprender e ensinar, supervisão de campo: Possibilidade de palavras para ser, pertencer e multiplicar na atenção psicológica [Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano] Universidade de São Paulo.
<https://doi.org/10.11606/D.47.2014.tde-25112014-113728>
<https://doi.org/10.11606/D.47.2014.tde-25112014-113728>

Dhein, G. (2010) PAUSA! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Social] Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, área de concentração Psicologia Social.

Druck, G. (2016) A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trabalho, Educação E Saúde, 14, 15-43.
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>

Evangelista, P. (2016) O Psicodiagnóstico Interventivo Fenomenológico-existencial Grupal como possibilidade de Ação Clínica do Psicólogo. Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies
<https://doi.org/10.18065/RAG.2016v22n2.13>

Faizibaioff, D. S. (2016) Entre atoleiros e becos sem saídas: descrição fenomenológica dos impasses vivenciais experienciados por acompanhantes terapêuticos. [Dissertação de mestrado - IPUSP] Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Farinha, M. G. (2006) Acompanhamento terapêutico como estratégia de inserção da pessoa em sofrimento psíquico na comunidade: estudo em um programa de saúde da família. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.22.2006.tde-23042007-165338. Recuperado em 2024-03-11, de www.teses.usp.br

<https://doi.org/10.11606/T.22.2006.tde-23042007-165338>

Fernandes, S. R. F. (2016) Psicologia e formação generalista: do currículo mínimo às diretrizes curriculares. [Dissertação de Mestrado em Psicologia] - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 21(1), 110-118. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000100014>
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000100014>

Ferreira, P. Q. S. (2019) O estágio em psicologia no Hospital Geral do Estado de Alagoas: reflexões sobre formação. [Dissertação de Mestrado em Ensino da Saúde] - Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde

Ferreira I. G., Cazella S. C., & Costa M. R. da. (2022) Preceptoría médica: concepções e vivências de participantes de curso de formação em preceptoría. *Rev bras educ med*. 2022;46(4):e162. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20220168>
<https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20220168>

Ferreira Neto, J. L.. (2010) A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 30(2), 390-403. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200013>

Figueirêdo M. L. de R.; Delevati D. M.; Tavares M, G.; (2014) Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no brasil. *Cadernos de Graduação. Ciências humanas e sociais*. Maceio, v. 2, n.2, p. 121-136. periodicos.set.edu.br

Fonseca, T. M. G., & Kirst, P. G. (2004) O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. *Psicologia & Sociedade*, 16(3), 29-34. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822004000300004>
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822004000300004>

Foucault, M. (1978) *Microfísica do Poder*. Edições Graal, 2001.

Foucault, M. (1961) *História da Loucura*. Perspectiva.

Freller, C. C. (1999). Pensando com Winnicott sobre alguns aspectos relevantes ao processo de ensino e aprendizagem. *Psicologia USP*, 10(2), 189-203. <https://doi.org/10.1590/S0103-65641999000200012>
<https://doi.org/10.1590/S0103-65641999000200012>

Gadamer, Hans-Georg, (1997) *Verdade e método* / Hans-Georg Gadamer; tradução de Flávio Paulo Meurer. - Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. Título original: *Warheit und Methode*. Bibliografia.

Gadamer, Hans-Georg, (2006) *O caráter oculto da saúde*. - Petrópolis, RJ: Vozes

Gama, C. A. P. & Koda, M. Y. (2008) Psicologia Comunitária e Programa de Saúde da Família: Relato de uma Experiência de Estágio. *Psicologia ciência e profissão*, 28 (2), 418-429
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000200015>

Gemino, A. M. (2015) Considerações sobre a distinção entre atitude natural e atitude fenomenológica na fenomenologia de Husserl. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*. Rio de Janeiro.

Gomes, M. A. de F., & Dimenstein, M. (2016) Serviço escola de psicologia e as políticas de saúde e de assistência social. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1217-1231.
<https://doi.org/10.9788/TP2016.4-03Pt>

Gonçalves Filho, J. M. (1998) Humilhação social - um problema político em psicologia. *Psicologia USP*, 9(2), 11-67. <https://doi.org/10.1590/S0103-65641998000200002>
<https://doi.org/10.1590/S0103-65641998000200002>

Heidegger, M. (2002) *Ser e tempo (1927), Partes I e II*. Petrópolis: Vozes, [Sein und Zeit, Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann, 1977.]

Heidegger, M. (2012) *Ensaio e conferências*. Tradução de Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogaça, Marcia Sá Cavalcante Schuback. - 8. ed. - Petrópolis : Vozes ; Bragança

Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2012. (Coleção Pensamento Humano)

Hoff, M. S. (1999). A proposta de diretrizes curriculares para os cursos de psicologia: Uma perspectiva de avanços? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 19, 12-31. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931999000300003>
<https://doi.org/10.1590/S1414-98931999000300003>

Jardim, L. E. F. (2013) *Compreensão e ação na clínica fenomenológica existencial*. Em: Evangelista, P. E. R. A. *Psicologia fenomenológico-existencial*. Rio de Janeiro: Viva

verita.

Joazeiro; E. M. G. (2009) *Supervisão de Campo no Serviço Social: locus de formação e de resingularização de saberes*. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. VII VIII, n. 7 8, Dez. 2009
<https://doi.org/10.20396/sss.v7i1/2.8634936>

Kantorski L. P.; & Cardano M. (2017) *Diálogo aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições*. Rio de Janeiro. *Saúde debate*. V. 41, N.112, p 23-32, jan - març
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711203>

Kinoshita, R. T. (2009) Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009

Koelzer, L. P., Backes, M. S. & Zanella, A. V. (2014) Psicologia e CRAS: reflexões a partir de uma experiência de estágio. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 7(1), 132-139.

Lancetti, A. (2008) Clínica Peripatética. Hucitec, São Paulo.

Lange, S., Cayetano, C., Jiang, H., Tausch, A., & Oliveira e Souza, R. (2023) Contextual factors associated with country-level suicide mortality in the Americas, 2000-2019: a cross-sectional ecological study. The Lancet Regional Health: Americas, 20(100450). <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100450>

Lhullier, Louise A. (org) (2013) Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho/ Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. 157p ISBN: 978-85-89208-61-1.

Lisboa, F. S., & Barbosa, A. J. G. (2009) Formação em Psicologia no Brasil: Um perfil dos cursos de graduação. Psicologia: Ciência e Profissão, 29(4), 718-737. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400006>

Lispector, C. (1987) Água Viva. Rocco - Rio de Janeiro.

Macedo, J. P., Ramos, B. B., Souza, C. de J., Lima, M. S. de S., & Fonseca, K. P. B. C. (2018) Formação em Psicologia e oligopolização do ensino superior no Brasil. Estudos de Psicologia (Natal), 23(1), 46-56. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180006>

Machado, M. M. (2002). O diário de bordo como ferramenta fenomenológica para o pesquisador em artes cênicas. *Sala Preta*, 2, 260-263. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-3867.v2i0p260-263>

Madeira, C. (2021) Tudo é rio. Record - Rio de Janeiro

Margotto, L. R., & Souza, M. C. C. C. de. (2017) A constituição de um curso de psicologia durante a ditadura civil-militar no Brasil: investigação a partir dos relatos dos primeiros professores. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 32, 58-77. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6447>

Massimi, M. (1993b). O ensino de Psicologia no século XIX na cidade do Rio de Janeiro. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 64-80. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X1993000100007>
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X1993000100007>

Matos-de-Souza, R., & Medrado, A. C. C.. (2021). Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. *Saúde Em Debate*, 45(128), 164-177. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813>
<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813>

Mauer, S. K. & Resnizky, S. (1987) *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica*. Papirus. Campinas - SP:

Mello, R. A. de., & Teo, C. R. P. A. (2019) *Psicologia: entre a Atuação e a Formação para o Sistema Único de Saúde*. *Psicologia: Ciência e Profissão*. *Psicol. cienc. prof.* <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186511>

Merleau-Ponty, M. (1999) *Fenomenologia da percepção / Maurice Merleau-Ponty; [tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura]*. - 2- ed. - São Paulo: Martins Fontes (Tópicos) 1908-1961

Miron, A. X., & Guareschi, N. M. de F. (2017) Compromisso Social da Psicologia e Sistema Único de Assistência Social: Possíveis Articulações. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 37(2), 349-362. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000952014>

<https://doi.org/10.1590/1982-3703000952014>

Mrech, L. M. (2008). Um breve histórico a respeito do ensino da psicologia no ensino médio. *ETD - Educação Temática Digital*, 8(2), 225. <https://doi.org/10.20396/etd.v8i2.657>
<https://doi.org/10.20396/etd.v8i2.657>

Morato, H. T. P.; Barreto, C. L. B. T. & Nunes, A. P (2009) Fundamentos de Psicologia-Aconselhamento Psicológico numa Perspectiva Fenomenológica Existencial. Editora Guanabara Koogan Ltda.

Moreira; I. A (2018) Supervisão de campo em serviço social: um espaço de formação. Anais do 6º Encontro Internacional de Política Social e 13º Encontro Nacional de Política Social ISSN 2175-098X

Mosqueira, S. M. (2008) À procura de sentido da atenção psicológica com adolescentes em privação de liberdade. [Dissertação de Mestrado] Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.47.2008.tde-10112008-124314. Recuperado em 2023-07-01, de www.teses.usp.br
<https://doi.org/10.11606/D.47.2008.tde-10112008-124314>

Neto, W. M. F. S. & Oliveira, W. B (2015) Práticas do Supervisor Acadêmico na Formação do Psicólogo: Estudo Bibliométrico. *Psicologia: ciência e profissão*, 35(4), 1042-1058
<https://doi.org/10.1590/1982-3703001632014>

Nico, Y., & Kovac, R. (2008). As origens das Diretrizes Curriculares propostas pela Comissão de Especialistas em Psicologia: Um breve histórico. *ConScientiae Saúde*, 2, 51-59. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v2i0.196>
<https://doi.org/10.5585/conssaude.v2i0.196>

Noronha, I. (2000) A cartografia medieval e a cartografia renascentista: testemunhos contográficos de duas visões de mundo. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 6(3), <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000100009>

681-687. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000400009>
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000400009>

Nunes, A. P. (2006). Entre aprendizagem significativa e metodologia interventiva: a práxis clínica de um laboratório universitário como aconselhamento psicológico. [Master's Dissertation], Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.47.2006.tde-27072006-122444. Retrieved 2023-07-01, from www.teses.usp.br

<https://doi.org/10.11606/D.47.2006.tde-27072006-122444>

Nunes, A. P. (2015) O estágio de atendimento nos anos iniciais: experiências com Plantão psicológico. [Tese de Doutorado] Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://doi.org/10.11606/t.47.2015.tde-29092015-173657>

<https://doi.org/10.11606/T.47.2015.tde-29092015-173657>

Nunes, C. B., Sarti, C. A., & Ohara, C. V. da S.. (2009) Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paulista De Enfermagem*, 22(spe), 903-908. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700012>

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700012>

Nunes, M. de O., Lima, J. M. de., Portugal, C. M., & Torrenté, M. de. (2019) Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489-4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>

<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>

Oberg, L. P.& Vilhena. J. (2011) Psicologia Comunitária: a clínica ampliada na localidade de Muzema. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 3, pp. 408-415, jul./set. 2011

Oliveira, C. D. (2019). Qual cuidado demanda o CRUSP?: uma cartografia clínica via narrativa. [Dissertação de Mestrado] Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/D.47.2019.tde-19112019-161029.

<https://doi.org/10.11606/D.47.2019.tde-19112019-161029>

Oliveira; C. F. de. (2019) Embates psiquiátricos na segunda metade do século xx - o discurso contra hegemônico da antipsiquiatria. Profª Dra. do departamento de história (UFC) ANPUH - Brasil - 30º Simpósio Nacional de História - Recife

Oliveira, I. T. de, S., Oliveira, S. F. de, & Angelucci, B. (2017) Formação em Psicologia no Brasil: Aspectos Históricos e Desafios Contemporâneos. *Psicologia Ensino & Formação*, 8(1), 3-15. <https://dx.doi.org/10.21826/2179-5800201781315>

<https://doi.org/10.21826/2179-5800201781315>

Oliveira, B. A. S. (2006) Tonalidade afetiva e compreensão de si segundo a analítica Existencial de Martin Heidegger. [Dissertação de Mestrado] o Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Oliveira, C. L. M. V. de. (2017) Sob o discurso da "neutralidade": as posições dos psicanalistas durante a ditadura militar. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro

<https://doi.org/10.1590/s0104-59702017000400006>

Organização Mundial da Saúde - OMS (2001) Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde

Palombini, A. L. (2006) Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psychê - São Paulo*. Ano X, nº 18. p. 115-127

Passos; E. & Barros, R. B. (2020) A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. Livro Pistas do Método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividades/ orgs
Passos; E., Kastrup; v., & Escóssia; L. - Porto Alegre: Sulina, 2020. 207 p

Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, 23(Psicol. Soc., 2011 23(1)).

<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>

Patto, M. H. S. (2022) A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia/Organizado por Maria Helena Souza Patto. --São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Peixoto, P. C., Bertani, Í. F. (2010) A constituição do corpo do doente mental. Seminário de saúde do trabalhador de Franca, 7., 2010, Franca. Proceedings online. Unesp Franca.

Piveta, R. T. A., & Mansano, S. R. V. (2014). O fazer como potência: Atuação da psicologia no sistema único de assistência social. *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(2), 14-25.

Porto, M. (2015) Acompanhamento Terapêutico. São Paulo. Casa do Psicólogo

Ramos, D. K. R., Guimarães. J., Enders. B. C. (2011) Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface (Botucatu)*. 2011Apr;15. 2011 15(37)).
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200015>

Ribeiro, M. I. S. (2015) A medicalização na escola: uma crítica ao diagnóstico do suposto Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). (tese de doutorado - UFBA/Faced)

Rocha, R. V. S (2021) A construção identitária da Psicologia no Brasil: retratos da ditadura civil-militar brasileira. *Mnemosine* Vol.17, nº2, p. 157-176 (2021)
<https://doi.org/10.12957/mnemosine.2021.62174>

Rocha Junior, A. (1999). Das Discussões em Torno da Formação em Psicologia às Diretrizes Curriculares. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 1(2), Artigo 2.

Romagnoli, R. C. (2014). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 44-52. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006>
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006>

Rudá, C., Coutinho, D., & Filho, N. de A. (2015). Formação em psicologia no Brasil: O período do currículo mínimo (1962-2004). *Memorandum*, 29, 59-85.

Safatle, V; Júnior, N. da S; Dunker, C. (2020) Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. São Paulo: Autêntica

Scarparo, Helena & Ozorio, Jeanice da Cunha. (2009). Registros históricos do Conselho de Psicologia da sétima região (CRP-07) no período da ditadura no Brasil. *Temas em Psicologia*, 17(1), 93-104.

Scot. J. B., Prola. C. A., Siqueira. A. C. & Pereira. C. R. R. (2018) O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no brasil: uma revisão sistemática da <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p600-615>

literatura. *Revista em Psicologia*, Belo Horizonte.

Seixas, P. de S. (2014) A formação graduada em psicologia no Brasil: reflexão sobre os principais dilemas em um contexto pos-DCN. 2014. 271 f. Tese [Doutorado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida] - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

Seixas, P. de S., Costa, A. L. F., Oliveira, A. M. de, Costa, J. P. da, & Yamamoto, O. H. (2016a) As políticas sociais nas disciplinas dos cursos de graduação em Psicologia no Brasil.

Psicologia em Pesquisa, 10(1), 9-16. <https://doi.org/10.24879/201600100010042>
<https://doi.org/10.24879/201600100010042>

Silva, D. O. (2015) Formação, ideologia e emancipação: nexos com as diretrizes curriculares (2004 e 2011) para os cursos de graduação em Psicologia. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

Silva, E. F. G. da. (2018) Pesquisa qualitativa em psicologia clínica: uma possibilidade metodológica em diálogo com a fenomenologia hermenêutica. Revista Pesquisa Qualitativa, 6(11), 145-159.
<https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.11.176>

Silva, E. F. G. Da, & Santos, S. E. De B. (2017) Fenomenologia existencial como caminho para pesquisa qualitativa em psicologia. Revista do NUFEN, 9(3), 110-126.

Soares, A. R. (2010) A psicologia no Brasil. Psicologia: ciência e profissão, 2010, 30 (núm. esp.), 8-41
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000500002>

Sousa, V. D. de. (2006) O psicólogo e a saúde pública: uma leitura fenomenológica das vivências cotidianas de estagiários na atenção básica. Campinas: PUC - Campinas, 2006. [Tese de doutorado] Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia

Souza, J. A. M. de., & Jacó-Vilela, A. M. (2017) Luta Armada na Psicologia: Prática de Classe contra o Terrorismo de Estado. Psicologia: Ciência E Profissão, 37(spe), 44-56.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703030002017>
<https://doi.org/10.1590/1982-3703030002017>

Souza A. M. S., & Pontes. S. A. (2017) Acompanhamento Terapêutico

(AT) e a Reforma Psiquiátrica: história de uma prática. *Psicol. Estudos. Maringá*, v.22, n. 3, p. 336-345, julh/set 2017

Spink, M. J. P. (1992). A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde E Sociedade*, 1(2), 125-139. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901992000200008>

Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Tenório, F. (2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciência e Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25 - 59, jan. - abr. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>

Tristão, K. G., Avellar, L. Z., & Ribeiro Neto, P. M. (2017). Acompanhamento terapêutico: concepções sobre a prática e setting terapêutico. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1-15. Recuperado em 16 de maio de 2024, de

Vieira, E. M. (2002) *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

Vilela, A. M. J. (2012). História da Psicologia no Brasil: Uma narrativa por meio de seu ensino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 28-43. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500004>

Weinmann, A. de O. (2006). Dispositivo: um solo para a subjetivação. *Psicologia & Sociedade*, 18(3), 16-22. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000300003>

Yamamoto, O. H. (2006). Graduação e Pós-Graduação em Psicologia: Relações possíveis. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, 3(6), Artigo 6. <https://doi.org/10.21713/2358-2332.2006.v3.11>

Yasui, S., (2011). Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 18(Hist. cienc. saúde-Manguinhos, 2011 18(2)).

<https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000200016>