

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT) EM UM CAPS DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

EXPERIENCE REPORT: THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT (TA) IN A CAPS IN THE INTERIOR OF MINAS GERAIS

Cleidsmélia A. S. Valamiel **1**
Scheila Cristina de Souza **2**
Rinaldo Conde Bueno **3**

Resumo: Este artigo apresenta um relato de experiência de um estágio voluntário em Acompanhamento Terapêutico (AT) em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do interior de Minas Gerais. Esta experimentação possibilitou a ampliação dos olhares clínicos tanto de técnicos do serviço quanto das estagiárias para uma estratégia de assistência e cuidado que aposta no território como um espaço vivo e potente na construção de identidades dos usuários, assim como o fortalecimento dos laços familiares e sociais. Tal vertente prática acredita na importância de uma assistência em saúde mental que transcenda as fronteiras físicas da instituição e promova a inclusão dos usuários no território, em um contexto mais próximo do conceito de desinstitucionalização. Desprender-se das instituições, em especial daquelas que se tornam cristalizadas e empobrecedoras da criação de outros modos de vida, para ganhar os espaços da cidade e forjar novos territórios e laços sociais em que a singularidade dos sujeitos seja prioridade fundamental.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico. Território. Saúde Mental.

Abstract: This article presents an experience report of a voluntary internship in Therapeutic Accompaniment (TA) at a Psychosocial Care Center (CAPS) in the interior of Minas Gerais. This experimentation enabled the expansion of the clinical perspectives of both service technicians and interns towards an assistance and care strategy that focuses on the territory as a living and powerful space in the construction of users' identities and strengthening family and social ties. This practical aspect believes in the importance of mental health assistance that transcends the physical borders of the institution and promotes the inclusion of users in the territory, in a context closer to the concept of deinstitutionalization. Detach oneself from institutions, especially those that become crystallized and impoverish the creation of other ways of life, to gain the city's spaces and forge new territories and social ties in which the uniqueness of the subjects is a fundamental priority.

Keywords: Therapeutic Accompaniment. Territory. Mental Health.

- 1** Graduada em Psicologia (pela Rede Doctum). Atualmente é psicóloga e sócia da Clínica Lugar de escuta - Psicologia e Acompanhamento Terapêutico. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4796109272330391>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5967-5269>. E-mail: cleidsmelia1@gmail.com
- 2** Graduada em Direito (pela FADIVALE). Graduada em Psicologia (pela Rede Doctum). Pós-graduada em Transtornos Alimentares, Psicanálise e Cultura (pelo Instituto ESPE). Atualmente é psicóloga e sócia da Clínica Lugar de escuta - Clínica de Psicologia e Acompanhamento Terapêutico. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6392009637285255>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3698-9470>. E-mail: scheila0507@gmail.com
- 3** Graduado em Psicologia (UFMG), Mestre em Psicologia (PUC Minas), Doutor em Psicologia (UFMG). Professor de Psicologia da Unifunesi de Itabira (MG), Supervisor Clínico-institucional do CAPS II de Itabira. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6011141098676574>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5592-3222>. E-mail: rinaldocob@gmail.com

Introdução

Após o processo global de Reforma Psiquiátrica, ocorrido no continente europeu e América do Norte no período pós Segunda Guerra Mundial, a atenção psicossocial com base territorial passa a ser enfatizada como uma saída importante para os entraves e atos violentos promovidos contra as pessoas com algum tipo de sofrimento mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm papel fundamental neste ínterim, tendo sido pensado como um dos principais dispositivos a fim de deslocar o cuidado em saúde mental do Hospital Psiquiátrico para equipamentos substitutivos, os quais são pautados pela cidadania e direitos civis dos usuários.

Isso faz com que estes dispositivos se diferenciem dos modelos tradicionais de assistência, uma vez que passou a priorizar o processo de interação e reinserção do usuário no território, enfatizando a singularidade dos sujeitos, contrapondo-se à segregação deles e oferecendo um trabalho articulado com diversas redes de assistência à população em geral, não só a de saúde.

O Acompanhamento Terapêutico (AT)¹, nesse sentido, é uma modalidade de clínica, a qual, no campo da Atenção Psicossocial oferece aos usuários que, por razões de ordem subjetiva ou sociocultural, encontram-se impedidos ou com dificuldades de fazer andar a sua vida, tornando-se uma possibilidade de resgate de autonomia e circulação. Palombini (2006), o define como uma clínica sem muros, que se realiza no espaço aberto da cidade, acompanhando cotidianos de vida, de forma a favorecer o estabelecimento de laços entre a pessoa acompanhada e o território por ela habitado.

A aplicabilidade do AT como estratégia de socialização, ou ressocialização, surge quebrando barreiras da institucionalização. Muitos indivíduos que enfrentam transtornos mentais podem se sentir isolados e desconectados de suas redes de apoio, o que pode aumentar seus desafios, vindo a interferir no próprio tratamento e recuperação. Nesse cenário, a inserção no território promovida pelo AT é fundamental, uma vez que permite ao usuário recuperar seu senso de pertencimento e identidade na sociedade.

O AT, então, possibilita que essas conexões familiares e sociais possam ser reestabelecidas e fortalecidas, promovendo um ambiente mais inclusivo e acolhedor para os usuários, buscando resgatar laços afetivos tanto junto às suas famílias, como com a própria comunidade, reduzindo estigmas e fomentando uma cultura de inclusão. Uma das principais funções do acompanhante terapêutico (at) no contexto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual estão inseridos os CAPS, é criar ações, juntamente com o usuário e em rede, possibilitem aos acompanhados modos de ressignificar a vida, mesmo com algum tipo de transtorno.

A prática do AT também propicia a expansão do paradigma ético e estético, como bem colocado por Guattari (1992), mirando sempre na autonomia e no acesso aos direitos civis dos cidadãos, promovendo mudanças estruturais; no coletivo, nas relações da loucura com a cidade e consequentemente dos ditos “loucos” com a família, possibilitando que suas demandas sejam percebidas e melhor acolhidas pela rede e na cidade.

O presente artigo traz um relato de experiência de AT ocorrido no período de 20 de julho a 16 de dezembro de 2022, junto a dois usuários de um CAPS do interior de Minas Gerais, doravante chamado de CAPS Singular, que, de forma pioneira em sua unidade, abriu-se para o dispositivo clínico do AT. Esta experimentação possibilitou a ampliação dos olhares clínicos para uma estratégia de assistência e cuidado que aposta no território como um espaço vivo e potente na construção de identidades dos usuários e fortalecimento dos laços familiares e sociais.

Tal vertente prática acredita na importância de uma assistência em saúde mental que de fato transcenda as fronteiras físicas da instituição e promova a inclusão dos usuários no território, em um contexto mais próximo de uma real desinstitucionalização. Nesse contexto, o exercício do AT corrobora no restabelecimento da autonomia, pensada a partir de um olhar singular sobre o acompanhado, potencializando o seu processo de socialização.

O presente estudo tem como objetivo refletir sobre as possibilidades de contribuição do AT dentro da atenção psicossocial. Para isso, faz-se necessário investigar o alcance desse dispositivo clínico como estratégia de cuidado, com foco nos usuários do CAPS Singular. Busca-se, desta forma,

¹ Para o presente trabalho a distinção entre Acompanhamento Terapêutico e acompanhante terapêutico se faz pela sigla representada em caixa alta (AT) e caixa baixa (at), respectivamente.

compreender o impacto causado na rotina e nos hábitos dos usuários no contexto familiar e social.

O estágio teve como base o estudo teórico, pautando-se em material de referência na área da prática de AT, que traz o percurso dos CAPS e a potência do AT no contexto psicossocial. Em seguida, é feita uma breve apresentação do CAPS Singular, local de execução do estágio aqui relatado. Ao final, é apresentada a metodologia utilizada, o relato dos casos e a prática clínica do AT, com os resultados alcançados e as implicações desta experiência.

Os CAPS como referência de base no tratamento do sofrimento psíquico e a potência do AT no contexto psicossocial

Os CAPS representam uma história de mais de duas décadas na assistência à saúde mental, num percurso de inúmeros desafios. Em 2001, com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001), o Brasil conquistou um grande avanço no processo de desinstitucionalização da saúde, oportunizando o estabelecimento de diretrizes que afastavam o modelo hospitalocêntrico de internação e tratamento para os transtornos mentais.

A Lei 10.216 instituiu um modelo de atenção comunitária que, além de incorporar novos formatos de cuidado como acolhimento, escuta qualificada, cidadania e princípios que envolvem a Redução de Danos (Brasil, 2004) foi fundamental para a introdução de processos terapêuticos institucionais, privilegiando a participação de usuários, família e comunidade.

Neste sentido, a Atenção Psicossocial (AP) se apresenta como uma dessas modalidades de processos terapêuticos, chegando para propor uma ruptura com o modelo tradicional que, como afirmado por Yasui e Costa-Rosa (2008, p. 29), se baseava em um “princípio doença-cura e compreende de forma predominantemente orgânica o processo saúde-doença, além de ser estratificado e hierarquizado por níveis de atenção”.

É possível exemplificar essa lógica de funcionamento a partir do exemplo de Santos (SP), onde o funcionamento médico-centrado foi quase que totalmente substituído por uma rede de serviços de saúde mental territoriais. Isso tudo após uma grande intervenção em um hospital psiquiátrico, A Casa Anchieta, palco de maus-tratos e mortes de seus internos, assim como em muitos outros locais por aqui. Surgiu, então, no final da década de 1980, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos (SP), cooperativas sociais e residências de egressos do hospital psiquiátrico. Para Amarante (2020) a experiência de Santos, aqui exemplificada como propulsora e representante do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, assim como o Encontro de Bauru (1987), representam juntamente com outros acontecimentos “menores”, mas não menos potentes, o que culminaria na sanção da lei 10.216, sendo os CAPS reconhecidos como política de governo (Brasil, 2005).

Os CAPS, como serviços abertos, precisam da articulação com “o fora”, assim como o território por onde o usuário transita, permitindo que ele seja alcançado em outras demandas, de forma singular e no território, para além da questão relacionada somente ao seu tratamento. Demandas estas que englobam outros serviços de saúde e o AT, que neste contexto atua como interlocutor entre o território e a instituição, pontuando detalhes que podem contribuir com condutas profissionais dentro da unidade, sejam elas médicas, psicológicas e até mesmo da assistência social. Como bem nos coloca Palombini (2006, p.118), “as incursões do acompanhante pelo fora, a céu aberto, possibilitam uma outra visão, uma outra experiência de encontro com o acompanhado, que é distinta da experiência vivida no serviço”.

Entretanto, não é exatamente assim que sua dinâmica de funcionamento tem se mostrado. Em muitos CAPS ainda se observa um modo de funcionamento centrado no trabalho individualizado de diferentes técnicos, com pouca ou nenhuma inserção no território, onde as atividades e as oficinas se tornam tarefas rotineiras, não se permitindo a criação de novas estratégias de cuidado, tornando-se dispositivos tão somente de ocupação de tempo (Sales; Dimenstein, 2009, p.820).

Diante da necessidade de incorporar novos dispositivos que possam suportar e integrar uma robusta rede de atendimento, o AT se apresenta como um instrumento a ser mais explorado neste viés, forjando a recuperação/construção da autonomia e a inserção social, possibilitando aos profissionais da rede estabelecerem relações mais próximas com os usuários no seu

acompanhamento, de forma singularizada e territorializada, fazendo valer, inclusive, a garantia dos direitos humanos e exercício da cidadania.

O AT, assim como o CAPS, surge na esteira do movimento de desinstitucionalização da loucura, tomando a cidade como campo de experimentação e inserindo o usuário para além dos estabelecimentos de saúde. Desta feita, problematiza a um só tempo a doença mental e sua relação com os espaços urbanos, interrogando radicalmente as práticas manicomiais (Gonçalves; Barros, 2013), mantendo-se até hoje como uma importante estratégia na rede de atenção psicossocial.

A ausência de inserção no território em que o CAPS está envolvido e a visão focada no tratamento quase que exclusivamente sintomal, na estabilização e no atendimento individualizado do usuário (e não singularizado), acaba transformando essa estrutura de intervenção em apenas uma outra forma de institucionalização. É neste sentido que se acredita na potência do dispositivo clínico do AT: ao propor um real distanciamento desse processo de institucionalização (Acioli Neto; Amarante, 2013).

O CAPS Singular

A Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, em substituição aos hospitais psiquiátricos. A partir de então, as unidades hospitalares realizam atendimento aos pacientes de saúde mental, de urgência e emergência ou internações breves, em casos graves (Brasil, 2011).

Os CAPS se constituíram, então, como espaços de referência no tratamento não-hospitalar dos transtornos mentais e do sofrimento psíquico, cujo objetivo vai além do acompanhamento clínico, alcançando o usuário na comunidade, nas suas diversas demandas, atuando também como um articulador de toda a rede de assistência psicossocial. E é nessa lógica, que opera o CAPS Singular, onde foram realizados os ATs, experiência objeto do presente estudo.

O CAPS Singular, como é denominado aqui nesse trabalho, é composto por equipe multiprofissional que atua sob a ótica antimanicomial, realizando atendimento às pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes. Incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas e ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. O espaço citado, oferece serviços de inclusão social, reabilitação, diagnóstico e tratamento.

As atividades neste centro iniciaram-se em 2008 e, no ano de 2010, foi credenciado junto ao Ministério da Saúde, atendendo também a população adulta de um município vizinho. O CAPS faz parte de uma Rede de Atenção Municipal composta pelo hospital local, que dispõe um leito para pessoas em crise; e Atenção Primária à Saúde, formada por equipe multiprofissional. Essa estrutura se faz importante na medida em que possibilita o manejo de decisões da forma mais completa possível.

Essa é uma forma de superar certas dificuldades enfrentadas no curso de estruturação e consolidação da RAPS, sobretudo do CAPS, que é uma porta de entrada no sistema, para pessoas que necessitam de algum apoio psicossocial.

As tomadas de decisão são devidamente estudadas e avaliadas de forma individual conforme preconizado pelas diretrizes e orientações da RAPS-MG (Minas Gerais, 2022). Como bem coloca a gestão do próprio município, o usuário somente é encaminhado para a internação psiquiátrica depois de esgotados todos os recursos de estabilização existentes no município. Conforme explicado pela gestão municipal, no período em que o usuário se encontra internado, o CAPS mantém contato com o hospital e com a família, a fim de alinhar a evolução do caso e, assim, poder organizar um plano pós-alta eficiente.

O CAPS Singular trabalha de forma individual e coletiva, ofertando proteção e manutenção à saúde, redução de danos, além de desenvolver ações e atividades de promoção à saúde mental, como reuniões de equipe, roda de conversa, projetos, matriciamento e acolhimento. O que também está previsto dentro das diretrizes, garantidas pela qualificação e habilitação de serviços prestados, conforme atribuições e responsabilidades de cada instituição envolvida no funcionamento da RASP

(Minas Gerais, 2022).

Dessa forma, o CAPS Singular apresenta-se dentro dos protocolos de funcionamento preconizados pelo Governo e opera na lógica de desinstitucionalização, pensando sempre no sujeito, no seu bem-estar individual e coletivo, na autonomia e garantia do cumprimento dos Direitos Humanos e Cívicos.

Metodologia

O dispositivo do AT no âmbito da Atenção Psicossocial foi apresentado em uma reunião ocorrida no CAPS Singular, com participação das ATs, da coordenação, do Supervisor Clínico Institucional e dos demais integrantes da equipe. Neste momento, foram discutidas as metodologias a serem utilizadas, bem como procedida a leitura e exposição dos casos escolhidos, com algumas tratativas sobre possibilidades de ações, no território e em rede, considerando as demandas e interesses de cada acompanhado.

Dentre essas possíveis ações do AT, discutidas em equipe, podem ser citadas possibilidades de intervenções individuais e extra institucionais, levantamento de dados para direcionamento das aproximações institucionais e articulação do trabalho em rede seja na esfera institucional, familiar ou social do acompanhado. Tais ações, estão firmadas nas Diretrizes e Orientações da RAPS de Minas Gerais (Minas Gerais, 2022) e no Plano Municipal do CAPS Singular, cuja identificação foi omitida por questão de sigilo dos usuários e seus familiares (CEPP, 2014).

Em momentos distintos, foram realizadas reuniões com familiares dos usuários com os respectivos profissionais de referência e as acompanhantes terapêuticas. Ocasão em que foi apresentada a proposta de acompanhamento, e que se obteve as autorizações dos familiares para o início do trabalho. Também foi oportunizada a fala, o compartilhamento de experiências e dificuldades nos cuidados com o familiar escolhido para o estudo.

Destaca-se a fala dos filhos de uma usuária, mencionando as dificuldades encontradas na compreensão dos comportamentos de sua mãe, muitas vezes inexplicáveis e que a família esperava por uma melhora, momento em que foi pontuado que o AT não tem como objetivo modificar o modo de ser dela, mas sim compreendê-lo, para além do diagnóstico.

Este trabalho resultou de encontros semanais de três horas, com cada usuário, no período de 20 de julho a 16 de dezembro de 2022. Além dos encontros, como uma forma de identificação e ambientação do território e região sob observação, também ocorreu a participação em atividades eventualmente promovidas pela instituição no período de vigência do AT ou naquelas demandadas pelo próprio usuário-acompanhado.

Os encontros ocorridos foram objetos de discussões em supervisões quinzenais, junto à Supervisão Clínica do CAPS, durante as quais eram relatadas as experiências e vivências no fazer clínico, buscando integrar a teoria com a prática, considerando as demandas singulares dos usuários.

Todo o processo de AT foi documentado por meio de relatórios, incorporados aos prontuários dos usuários após revisão com o supervisor clínico institucional do CAPS. Quanto aos procedimentos técnicos utilizados, baseou-se como um estudo de caso, valendo-se também da observação participante, de conversas com a equipe que conduziu os trabalhos no CAPS, dos grupos de discussão e da análise documental.

Neste sentido, possui uma abordagem de natureza qualitativa, e como afirmado por Gerhardt e Silveira (2009, p.32), a pesquisa qualitativa preocupa-se com “aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Está centrada na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais”, ou seja, a identificação dos resultados tem um princípio valorativo, mas não necessariamente numérico, sendo tanto a metodologia quanto ao objetivo, construída como uma pesquisa descritiva.

Ao final do prazo estabelecido para o trabalho, ocorreu a desvinculação das ATs com a instituição e o usuário-família. Houve uma reunião final com a equipe, momento em que os resultados do AT foram objeto de discussão e validação da experiência por parte de toda a equipe.

Apresentação dos casos, resultados e discussões

Para a apresentação dos casos, será mantido o anonimato dos acompanhados aqui tratados como usuários Roberto, 47 anos e Teresa, 60 anos à época do estágio. Isso garante o previsto no Código de Ética Profissional do Psicólogo (CEPP, 2014), que proíbe o profissional de expor a intimidade de pessoas, grupos ou organizações. Dessa forma, só foram mencionadas apenas informações estritamente necessárias para discussão da temática em questão.

A indicação para o AT com o paciente Roberto deu-se em decorrência de informações da família e de outra instituição da rede, de uma possível proximidade dele com alguns usuários de drogas em um bairro vizinho à sua residência, o que causou grande preocupação, considerando a sua vulnerabilidade. Foi levantada a dupla hipótese sobre os riscos que ele estaria exposto: o de fazer uso de drogas ilícitas e o de estar em companhia de pessoas ligadas ao tráfico na cidade.

Roberto é uma figura conhecida na cidade, tem contato com diversas pessoas na rua. Anda pela cidade boa parte do dia, faz alguns “bicos”, pequenos trabalhos em que ajuda outras pessoas em diversas ocasiões. Apresenta bom contato com os familiares e com a vizinhança. Não é um paciente tão assíduo ao CAPS, pois de fato não precisa de cuidados muito especializados. Tem a instituição como referência, passa por lá para ver os funcionários e conversar com usuários.

Com as andanças do AT, Roberto teve uma ótima aderência, foi possível verificar que o paciente não fazia uso de drogas ilícitas e que frequentava o bairro tido como ponto de concentração de alguns sujeitos que faziam uso frequente de drogas. Todavia, neste bairro, Roberto fazia visitas à casa de pessoas com quem tinha grande apreço, sendo que por vezes levava alguns quitutes e até mesmo ajudava com alguns trocados.

Foi inferido pela AT de Roberto, que havia certo incômodo acerca desta circulação exacerbada dele pela cidade, e que ele poderia correr riscos desta forma, incluindo as más companhias e o uso de drogas. Por outro lado, pôde-se observar que não era possível esperar de Roberto um comportamento domesticável, docilizado, visto que quando ele não queria estar em algum lugar ou se sentia contrariado, ele saía sem que nada lhe segurasse.

Essa falta de controle diante dele causou incômodo por parte da AT, principalmente no início dos encontros. Mas logo foi dissipada, tendo em vista o cuidado e os bons laços familiares que Roberto possuía, assim como sua capacidade em interagir na comunidade, sendo uma pessoa querida na cidade e que, em geral, todos da comunidade o conheciam e o tratavam bem.

Ao final, foi possível observar que o território ao qual Roberto pertencia lhe ofertava oportunidades, contribuindo para seu bem-estar e autonomia. Uma vez que este se sentia útil ao ajudar; capaz, ao trabalhar; amado, ao criar laços com amigos e família. Segundo Acioli Neto e Amarante (2013), é este cuidado de atenção diária que faz do AT o responsável pela garantia dessas oportunidades, rompendo com o modelo biomédico que fragmenta e desresponsabiliza um sistema que tem, por excelência, a assistencialidade.

A outra indicação para o AT é Teresa. A sugestão do acompanhamento dela foi orientada pela equipe da instituição a partir de relatos dos familiares de que Teresa teria deixado de tomar medicamentos, com informações de crise (um possível surto psicótico) e que estaria reclusa em casa, ausente dos ambientes familiares e sociais. Assim, a equipe do CAPS realizou uma visita domiciliar. Foi constatado nesta visita que a paciente se encontrava suja de fezes e em grave situação de negligência com o tratamento, higiene pessoal e alimentação, além da total ausência dos filhos nos cuidados para com a mãe.

É importante ressaltar aqui que a crise, na atenção psicossocial, tem um conceito diferenciado da psiquiatria clássica. Enquanto no modo clássico a crise é fruto exclusivo da doença, sendo cessada por meio de medicações que atuam no sistema nervoso central, na atenção psicossocial, a crise pode ser resultado de fatores externos como família, vizinhos, amigos, dentre outras relações sociais (Amarante, 2007).

Havia uma preocupação generalizada, da rede pública de saúde e assistência social e dos familiares acerca, principalmente, da regularidade de suas medicações. Entretanto, com o caminhar do AT, verificou-se que não era em todos os momentos que a acompanhada ficava desorientada e com aspecto fisicamente degradado. Percebeu-se que Teresa era uma pessoa que demandava muito contato afetivo com seus filhos, que por sua vez, pouco tempo tinham para visitas e cuidados com a mãe.

Teresa passava muito tempo sozinha e, desta forma, aumentava significativamente suas demandas para ter alguém com ela. Tais demandas, que não se repetiram durante o período do AT, eram evitadas por todos, pois lavar a casa defecada, realizar as tarefas para manter Teresa asseada, dar suporte para que ela se alimentasse, para que fizesse suas compras, que organizasse as contas, dentre outros cuidados, não eram pretensões de ninguém ao seu redor.

A presença da AT, ainda que semanalmente, possibilitou que o serviço de saúde mental fizesse uma revisão nos cuidados em torno de Teresa e mudasse algumas condutas em relação aos filhos e irmãs dela. Percebeu-se que o caso não estava tão relacionado à medicação, ou à falta dela, mas muito mais em relação ao contato com os filhos e atenção de outras pessoas.

Para ter contato com os familiares, Teresa provocava situações de embaraço para eles e não havia como evitar o contato, mesmo a contragosto. Dessa forma, atraía para si os olhos da vizinhança, dos técnicos da saúde mental, da assistência social, forçando a vinda das pessoas até ela. Foi possível trabalhar algumas questões especialmente com os filhos e mudar a rotina de cuidados, assim como favorecer mais contatos dela com outras pessoas e espaços na cidade.

Por seis meses, o AT, por meio de uma escuta diferenciada dos usuários e familiares, participou e, muitas vezes, promoveu a inserção dos acompanhados no território, buscando fortalecer e resgatar laços familiares e sociais, muitos dos quais encontravam-se totalmente rompidos ou muito fragilizados. Tais questões podem ser vistas nas afirmações de Palombini (2006, p.968), que destaca “as novas cronicidades dos pacientes que se tornam usuários-pacientes, pois estão e/ou são postos de forma passiva frente ao desafio de produzir outra subjetivação”.

Em muitos casos, o próprio contexto sociofamiliar e político se posiciona contra a inclusão no território. Isso pode ser observado em serviços com prática centralizada e redes de atenção em saúde fragilizadas e estagnadas nos limites sanitários (Acioli Neto; Amarante, 2013). Em contrapartida, a ação do AT pode possibilitar mudanças em relação a tais condições, pois é o AT que indica para a equipe a realidade vivida pelo usuário, possibilitando a mudança no plano terapêutico (Palombini, 2006).

O trabalho do AT, em algumas situações percorre por caminhos tortuosos já que, ao se apresentar e se fazer presente na cena familiar do acompanhado, muitas vezes presencia conflitos, situações de abandono (emocional e material), fragilidades de laços afetivos, desconsideração de subjetividades e estigmas enraizados. O conhecimento das vivências e das reais necessidades dos usuários, para além do espaço físico do CAPS, pôde escancarar (e normalmente escancara) fragilidades familiares e até da própria rede, provocando fissuras.

É justamente aí que reside a potência desta clínica diferenciada, em que o AT se coloca muito mais que um observador, mas como um mediador, um articulador na relação usuário/família e usuário/rede, propiciando uma estratégia ímpar de cuidado que reverte diretamente em favor do acompanhado.

Na medida em que é proposto para o paciente movimentar-se a partir de seus lugares de referência, de seus desejos, por um território não só geográfico, mas também existencial, em um movimento de resgate da própria subjetividade, novos contatos e espaços podem ser criados, gerando outras possibilidades em sua maneira de relacionar-se, facilitando muitas vezes o convívio familiar e sua interação com o mundo.

Os laços de afeto que ligam os usuários aos componentes da família podem ser trabalhados na própria rede, promovendo-se um estreitamento das relações afetivas e alcançando por vezes situações que antes eram vistas somente pela ótica do tratamento e do diagnóstico. Essa lógica da atenção psicossocial permite incluir o parâmetro social junto com questões biológicas e psicológicas, validando as dificuldades, temores e expectativas no acolhimento de pessoas em crise (Amarante, 2007).

Considerações finais

Ao longo de um período de seis meses, o AT integrou a rede de cuidados no CAPS Singular, promovendo uma escuta diferenciada aos indivíduos atendidos, já que feita fora do espaço físico do CAPS, na cidade, na família nos locais por onde eles transitavam. Isso possibilitou que a equipe não somente compreendesse melhor as demandas dos acompanhados, mas também pudesse provocar

a rede, com acionamentos mais assertivos e direcionados às suas necessidades que, muitas vezes não são percebidas quando do atendimento realizado apenas na instituição.

Com base neste relato de experiência, pode-se considerar o dispositivo clínico do AT como uma estratégia valiosa no campo da atenção psicossocial, possibilitador de acionamentos e intervenções mais assertivas e eficazes, porque avança no território.

Nesse contexto, a equipe do CAPS Singular reconheceu a importância do trabalho, validando a experiência pioneira do dispositivo clínico do AT naquele serviço de saúde mental. É possível inferir ainda que experiências como esta são viáveis em muitos CAPS do nosso país e que a prática do AT feita a céu aberto, nas praças, nas casas das pessoas, nos CAPS, nas RAPS, provoca a criação e irrupção de novos territórios, novas formas de pensar o cuidado em saúde mental e o acesso pleno à cidadania e aos direitos civis dos sujeitos em existência de sofrimento. Isso é seguir com os pressupostos da desinstitucionalização, e forjar importantes possibilidades a fim de favorecer as singularidades dos sujeitos em meio às diversidades dos coletivos.

Referências

ACIOLI NETO, Manoel de Lima; AMARANTE, Paulo. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão (impresso)**, v. 33, p. 964-975, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6tRZ4PxBCJgLxWCLkKGb9b/#>. Acesso em: 06 set. 2023.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020, 136 p.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5. ed. amp., p. 17-19. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Brasília: OPAS. Novembro de 2005. 56 p.

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 23 ago. 2023.

CEPP, Código de Ética Profissional do Psicólogo. **Conselho Federal de Psicologia**, Brasília, agosto de 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81digo-de-%C3%89tica.pdf>. Acesso em: 05 set. 2023.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD. Porto Alegre: UFRGS, Universidade Aberta do Brasil - UAB, 2009. p. 9-113.

GONÇALVES, Laura Lamas Martins; BARROS, Regina Duarte Benevides de. A função da publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 108–116, 2013.

GUATTARI, Félix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992.

MINAS GERAIS. **Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais**: diretrizes e orientações. Belo Horizonte: ESP-MG. 2022. 91 p.

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psyche**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115–127, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n18/v10n18a12.pdf>. Acesso em: 02 set. 2023.

SALES, André Luís Leite de Figueiredo; DIMENSTEIN, Magda. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2009, v. 4, n. 29 (4), 812–827. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 set. 2023.

YASUI, Sílvio; COSTA-ROSA, Abílio. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n.78/79/80, p. 27–37, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2023.

Recebido em 21 de setembro de 2023.

Aceito em 30 de outubro de 2023.