

A EXPERIÊNCIA DE UMA SUPERVISORA EM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

LA EXPERIENCIA DE UN SUPERVISOR EN SEGUIMIENTO TERAPEUTICO EN EL SERVICIO TERAPEUTICO RESIDENCIAL

Natana Cristina Rocha*
Elisiane Chaves Fagundes**
Gladston dos Santos Silva***

RESUMO

Os movimentos reformistas originaram serviços substitutivos aos manicômios (como o SRT) e dispositivos terapêuticos auxiliares (como o AT), que propõem tratamento humanizado no trato à loucura, reinserindo psicóticos ao contexto e laço social. O presente artigo científico traz a experiência profissional de sua pesquisadora e preponente, uma supervisora em AT contratada pelo SRT, objetivando responder o que constitui a prática de trabalho do supervisor em AT, visto ser um cargo inédito e recente não apenas no SRT, mas em toda a Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte. Sob fundamentação psicanalítica, utilizou-se portarias e leis da luta antimanicomial, Franco Rotelli, Maurício Hermann, dentre outros autores. A metodologia de pesquisa qualitativa, por meio de investigação exploratória, permitiu a produção de um texto que: apanhou brevemente fatos históricos e conceituais da loucura, dos movimentos reformistas, da Reforma, do SRT e do AT – pelo método de revisão bibliográfica; apresentou o AT no SRT e seus desdobramentos – pela associação dos métodos de revisão bibliográfica, relato de experiências e observações participativas; e relatou casos clínicos de moradores em AT no SRT – pelo método de estudo de caso. Em discussão, viu-se que esses mesmos casos clínicos acabaram significando o resultado da pesquisa, afinal, em síntese, ilustraram passagens (históricas, conceituais e experienciais), suscitaram temas e sugeriram dispositivos clínicos da saúde mental. Concluiu-se dando testemunho de satisfação e angústia, refletindo temas, justificando pertinências da produção e realizando agradecimentos e dedicatória.

Palavras-chave: Serviço residencial terapêutico. Acompanhamento terapêutico.

RESUMEN

Los movimientos reformistas dieron lugar a servicios sustitutivos de los asilos (como el SRT) y los dispositivos terapéuticos auxiliares (como el AT), que proponen un tratamiento humanizado para afrontar la locura, reinsertar a los psicóticos en el contexto y vínculo social. Este artículo científico aporta la experiencia profesional de su investigador y representante, un supervisor de AT contratado por la SRT, con el objetivo de dar respuesta a lo que constituye la práctica laboral del supervisor de AT, ya que se trata de un puesto reciente y sin precedentes no solo en la SRT, sino en toda la Red. de Salud Mental en Belo Horizonte. Por motivos psicoanalíticos se utilizaron ordenanzas y leyes anti-asilo, Franco Rotelli, Maurício Hermann, entre otros autores. La metodología de investigación cualitativa, a través de la investigación exploratoria, permitió la elaboración de un texto que: recogió brevemente hechos históricos y conceptuales de la locura, de los movimientos reformistas, de la Reforma, de la SRT y de la AT - por el método de revisión

bibliográfica; presentóla AT enel SRT y sus desarrollos - por la asociación de métodos de revisión bibliográfica, informe de experiencias y observaciones participativas; e informaron casos clínicos de residentes de TA enel SRT, utilizando el método de estudio de casos. En la discusión, se vio que estos mismos casos clínicos terminaron significando el resultado de la investigación, después de todo, en resumen, ilustraron pasajes (históricos, conceptuales y experienciales), plantearon temas y sugirieron dispositivos clínicos de salud mental. Concluyó con un testimonio de satisfacción y angustia, reflejando temas, justificando la pertinencia de la producción y dando gracias y dedicación.

Palabras clave: Servicio residencial terapéutico. Acompañamiento terapéutico.

*Aluna na pós-graduação em Psicopatologia e a Clínica da Saúde Mental pela faculdade Universo/BH, graduada em Psicologia pelo Centro Universitário UNA.

**Professora na pós-graduação em Psicopatologia e a Clínica da Saúde Mental da faculdade Universo/BH, Mestre e graduada em Psicologia pela PUC/MG.

***Coordenador e professor na pós-graduação em Psicopatologia e a Clínica da Saúde Mental da faculdade Universo/BH, Mestre em Psicologia pela PUC/MG e graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela UFMG.

INTRODUÇÃO

Por séculos, a lógica manicomial de tratamento à loucura apenas excluiu da sociedade o portador de sofrimento mental. “Acreditava-se que, prevenindo a reprodução de seus caracteres indesejáveis, controlar-se-ia a expansão da loucura” (COSTA, 1989, p.165). Retomando a história, analisando os fatos e recolhendo os resultados, vê-se que tal lógica nunca tratou, pelo contrário, só destituiu o louco do lugar de sujeito, perpetuando-o no lugar de objeto. Diante disso, uma mudança se fez necessária. O processo de Reforma Psiquiátrica aconteceu no mundo. Os movimentos reformistas e de desinstitucionalização, criaram novos paradigmas institucionais, dispositivos e serviços substitutivos aos hospícios, propondo reinserir psicóticos ao contexto e laço social, elevando-os de objetos à sujeitos de si.

O presente artigo preconiza discorrer sobre um dispositivo auxiliar e um serviço substitutivo específicos: o Acompanhamento Terapêutico (AT)¹ e o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)², respectivamente. Mas, sem adentrá-los em demasia, primeiro porque há um universo de publicações, produções científicas e estudos acadêmicos que já fazem com exclusividade; segundo porque o objeto da pesquisa é a experiência profissional de determinada supervisora em AT contratada pelo SRT - apesquisadora e preponente desse artigo científico.

O fato do cargo ‘supervisor em AT’ ser inédito recente (criado no segundo semestre de 2019), a preponente ser pioneira e hoje existirem apenas três profissionais em condições semelhantes em toda a Rede³ de Saúde Mental de Belo Horizonte, fez-se problematizar: o que constitui a prática de trabalho supervisor em AT no SRT? E na tentativa de responder à questão supracitada, objetiva-se centralmente em compreender a experiência profissional do supervisor em AT no SRT.

¹Ao longo desse trabalho, será adotada a sigla AT para designar ora o(s) Acompanhamento(s) Terapêutico(s) ora o(s) Acompanhante(s) Terapêutico(s).

²Ao longo desse trabalho, será adotada a sigla SRT para designar ora o(s) Serviços Residenciais Terapêuticos ora a(s) Residência(s) Terapêutica(s).

³Ao longo desse trabalho, será adotada a palavra Rede (com R maiúsculo) para designar a Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte e rede(s) (com r minúsculo) para designar demais redes.

escolha metodológica por abordagem qualitativa, natureza aplicada e meio exploratório, centra-se em procedimentos coerentes com os objetivos específicos deste estudo. Pois como objetivo específico primeiro faz-se necessário apanhar sucintamente o histórico e as conceituações da loucura no mundo e no Brasil, dos movimentos reformistas, da Reforma Psiquiátrica, do SRT e do AT. Para isso, considera-se o método revisão bibliográfica.

O objetivo específico segundo dá-se em apresentar o AT no SRT e certos desdobramentos, como: o trabalho em rede, contratação e cago de supervisão, além do fenômeno transferencial e abordagem psicanalítica. Para isso, considera-se a associação dos métodos revisão bibliográfica, relato de experiências e observações participantes.

objetivo específico terceiro está em relatar casos clínicos de moradores do SRT acompanhados em AT, são eles: Caso R. e o 'lugar para doentes mentais', Caso D. e a 'falta de suporte social e familiar suficientes', Caso M. e as 'demandas', Caso G. e os 'guias', Caso N. e o 'amigo qualificado', Caso Z. e as 'redes', Caso J. e a 'permanência do AT', Caso C. e a 'transferência', Caso Y. e o 'delírio'. Para isso, considera-se o método estudo de caso.

As discussões se encarregam de apontar pertinências dos resultados obtidos. Acredita-se que os relatos de casos clínicos acabam representando o próprio resultado da pesquisa, afinal, em síntese, ilustram passagens (históricas, conceituais e experienciais), suscitam temas e sugerem dispositivos clínicos da saúde mental, como: construção, discussão, sessão e supervisão clínicas, além de projetos terapêuticos.

Sob fundamentação teórica psicanalítica, para dizer da loucura no Brasil e no mundo, revisa-se Belmonte (1996) e Amarante (1994). Cooper (1989) e seus ideais de *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, Rotelli e a *Desinstitucionalização* (1987 e 1990) abarcam os movimentos reformistas. Para a Rede de Saúde Mental, têm-se portarias e leis, como a Lei nº 10.216 de Paulo Delgado. No que tange os serviços substitutivos, especificamente o projeto SRT, faz-se essencial a *Política Nacional de Saúde Mental* (2009). O AT fica a cargo de Hermann (2008) e sua tese de doutorado. Citam-se muitas outras produções, como dos autores: Generoso (2002), Greco (2000), Hori e Nascimento (2014), e Nascimento e Mendes (2017). AT e transferência ficou com Guerra e Milagres (2005), além de Lacan apud Hermann (2008). Já para o AT e a Psicanálise, Veríssimo (2010).

A conclusão testemunha sentimentos antagônicos ao longo desta produção: resistência, insegurança e os impactos diretos da pandemia do Covid-19⁴ na realização dos AT; e saudosismo, resposta ao problema central proposto e desejo de continuação dessa produção. Reflete-se sobre os temas: o diferencial prático em ser contratada pelo projeto e não por cada morador, as implicações em ter a função de AT no cargo de supervisora, fragilidades nas relações transferenciais e implicações das muitas redes - inclusive na própria Rede de Saúde Mental. Fecha-se com agradecimentos e dedicatória.

METODOLOGIA

Na realização da pesquisa para a construção desse artigo, foi considerada a metodologia de pesquisa qualitativa por meio de investigação exploratória, que, segundo Piovesan e Temporini (1995, p. 318), “tem sua aplicação por finalidade de

⁴Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), segundo a OMS.

elaboração de instrumento de pesquisa adequado à realidade”. Sua escolha se deu, pois nela cabem três métodos: levantamentos em fontes secundárias, como fontes bibliográficas; levantamentos de campo, com relato de experiências e observação participante *in loco*; e estudos de casos. Esse trabalho se divide exatamente em três momentos: o primeiro, apanha sucintamente fatos históricos e conceituais (capítulo 4); o segundo, apresenta o AT no SRT e seus desdobramentos (capítulo 5); e o terceiro, porém não último momento, relata casos clínicos de moradores do SRT acompanhados em AT (capítulo 6). Portanto, na coincidência dos três métodos com os três momentos, organizou-se a produção da seguinte maneira:

Método revisão bibliográfica

Para o capítulo 4 e suas seções: revisão bibliográfica, que Segundo Gil (2002), tem como vantagem, permitir que o investigador pesquise de forma ampla diversos fenômenos, sem que precise estar no local a ser analisado. O procedimento consistiu em buscas nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio de busca reversa. As palavras-chave usadas isoladamente ou em associação, em português, para identificação dos artigos, foram: Acompanhamento terapêutico, Serviço Residencial Terapêutico.

Método levantamento de campo

Para o capítulo 5 e suas seções: associação da revisão bibliográfica (para esse capítulo, sua relevância foi secundária), com o levantamento de campo, por meio de relato de experiência e observação participante *in loco* - afinal, a pesquisa exploratória tem por objetivo “conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere” (PIOVESAN, TEMPORIN, 1995, p. 320). Ainda, a pesquisa exploratória: “permite o controle dos efeitos desvirtuadores da percepção do pesquisador, permite que a realidade seja percebida tal como ela é, e não como o pesquisador pensa que seja” (PIOVESAN, TEMPORIN, 1995, p. 320). Os procedimentos consistiram em relatar diretamente nesse artigo, as experiências da pesquisadora, recolhidas por meio de anotações de caderno de bordo, tópicos levados à supervisões particulares e discussões em sua prática cotidiana de trabalho. Os locais (*in loco*) onde as observações participantes foram realizadas são as residências terapêuticas, a sede da ONG contratante, os reuniões presenciais e virtuais da equipe de supervisoras, as reuniões nos serviços substitutivos e na Rede e os *settings* de atuação do AT.

Método estudo de caso

Para o capítulo 6 e suas seções: estudos de casos, que são tidos como “delineamentos que valorizam o caráter unitário de um fenômeno contemporâneo articulado ao seu contexto. Eles possibilitam a obtenção dos dados em maior profundidade, o que permite formular hipóteses e/ou desenvolver teorias” (GIL, 2002). Em uma estratégia clínica, “é entendido como o resultado do testemunho de uma experiência clínica” (GIL, 2002). O procedimento consistiu em elaborar relatos de casos clínicos, a partir da atuação do AT e complementados com compilados de arquivos, relatórios, prontuários e anotações de caderno de bordo. No fim de algumas passagens dos capítulos 4 e 5, entre parênteses e em negrito, tem-se a indicação para a leitura de relatos de casos clínicos no capítulo 6.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para Lacan, existem vários conceitos para se pensar a psicose: seja pelo estágio do espelho que aponta a própria formação do eu, “a alienação fundamental ao campo do Outro sob a forma da identificação imaginária”; seja pela importância do pai na constituição do sujeito, “a ausência da função materna é apontada desde os complexos familiares”, mas “a forclusão do significante Nome-do-pai define a psicose”, pois “a função do pai enquanto significante seria a de transmitir a lei simbólica”; seja pela “função do significante e relação ao problema de satisfação pulsional e a incidência da pulsão de morte, através do conceito de gozo, que situa um limite para o simbólico e, portanto, para a função paterna”(SANTOS; MOTTA; DUTRA, 2006, p.507 apud MELLO, 2012, p. 115).

Se os psicóticos “normalmente não possuem um contorno do eu (não-eu) bem definidos e isso reflete em suas dificuldades de se relacionarem, construir vínculos”(MELO, 2012, p. 117); que dirá aqueles que estiveram durante toda a vida em internações psiquiátricas. No contexto da Reforma e com o fim dos internamentos, psicóticos antes excluídos socialmente, agora se encontram em moradias - como o SRT - e em tratamento nos serviços substitutivos – em toda a Rede, que acreditam na inclusão social, mais ainda, na inserção no laço social.

É possível entender que se os ideais da reforma não forem trabalhados com o sujeito em seu processo singular de construção de um laço social possível, podem funcionar como um Outro total, impedindo a construção de uma relação com o Outro mais moderado e, desta forma, provocar o surto e não a estabilização (MENDES, 2005).

Autores como Ribeiro (2002), Greco (2000), Santos; Motta; Dutra (2006), dentre outros, defendem que os profissionais que se orientam pela teoria psicanalítica lacaniana, pensam o AT como um recurso terapêutico fundamental à psicose, pois consiste em um “dispositivo de regulação do gozo do sujeito psicótico e uma forma de apresentar um Outro não invasivo, também regulado por uma lei que lhe é exterior”(MELLO, 2012, p. 116).

É somente quando pode tratar o Outro, ou seja, estabelecer um convívio possível com o Outro, que o psicótico pode encontrar um certo apaziguamento, uma estabilidade. Neste sentido, ele trata o Outro quando encontra um lugar num mundo simbólico, quando há uma constelação, um discurso que lhe dá seu lugar (VIGANÓ, 2002 p. 26).

Cabendo ao AT “possibilitar convivências e trocas”, “encadear o mundo do paciente ao mundo” (MELLO, 2012, p. 117), contribuir na inserção do psicótico aos laços simbólicos e sociais.

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Ao longo dos últimos 30 anos, o campo da saúde mental vem passando por diversas transformações. As formas de organização dos serviços, o modo de abordar as pessoas com transtornos mentais, as práticas de saúde, o modelo assistencial e os saberes no campo da psiquiatria têm se modificado na sociedade. Entretanto, anteriormente a essas três últimas décadas, a história era bem diferente. Afinal, condução manicomial de tratamento à loucura existiu por séculos e recluso e excluiu da sociedade o portador de sofrimento mental. Para compreender um pouco, um apanhado dessa história se apresenta a seguir.

A loucura no mundo e no Brasil

A loucura torna-se sinônimo de exclusão e passa a ser tida como ‘o conjunto dos vícios do homem’ em meados do século XVII, na Europa (BELMONTE, 1996). Com a Revolução Francesa, na segunda metade do século XVIII, há a reincorporação dos excluídos e o surgimento de uma classe miserável (AMARANTE, 1982). “No século XIX, a loucura adquire um caráter psicológico. A corrente alienista acrescenta um novo caráter à exclusão, justificando a necessidade de excluir os loucos para poder conhecer a loucura na tentativa de dominá-la” (BELMONTE, 1996, p. 164).

Aqui no Brasil, também no século XIX, a loucura tornou-se objeto de intervenção por necessidade de controle social bem com a chegada da Família Real ao país. As mudanças econômicas e sociais exigiram medidas para reorganização do espaço urbano. Assim, em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina faz um diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade (BELMONTE, 1996). Com isso, há um marco da mudança e o louco, que antes podia ser encontrado em qualquer espaço, passa a existir apenas em lugares para doentes mentais: manicômios, hospícios, hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1994). **(Sobre esses ‘lugares para doentes mentais’, ver seção 6.1 Caso R., no capítulo 6.)**

Movimentos reformistas

Foi na década de 1970 que a ideia de prevenção novamente surge como solução para a assistência psiquiátrica. “Inspirada no modelo da psiquiatria comunitária americana, já nasce distante da problemática específica da saúde/doença mental” (BELMONTE, 1996, p. 165). Na mesma década, 1970, em várias partes do mundo, outras experiências e movimentos, chamados movimentos reformistas, inspiraram o surgimento da Reforma. Três serão destacados aqui, e não por um acaso. (Esses três tem influência direta no surgimento do SRT e do AT, principalmente.)

O primeiro movimento foi a Psiquiatria Democrática Italiana e toda a experiência de Trieste, tendo Franco Basaglia à frente, ocorreu por volta dos anos 1970, criou-se um hospital psiquiátrico aberto, com circulação livre (ROTELLI, 1987 apud HERMANN, 2008). Essa experiência tornou possível o encontro do paciente com o espaço social e viu-se que isso promovia efeitos significativos e classificou a rua como um lugar clínico.

O segundo, consistiu nas Comunidades Terapêuticas da Inglaterra. Funcionavam como casas com reuniões diárias entre médicos, técnicos e pacientes. Esses encontros tinham como objetivo debater o funcionamento do lugar e a resolução de problemas. As decisões eram coletivas e horizontais (COOPER, 1989 apud HERMANN, 2008).

O terceiro foi o modelo francês conhecido como Psicoterapia Institucional. Baseada em Pinel e Esquirol, fundadores do pensamento humanista de tratamento dos alienados, a ideia era de ofertar o espaço institucional para a circulação dos sujeitos em tratamento de maneira tal que permitisse encontros de aproximação com o outro. O espaço institucional tem que ecoar como escolha de liberdade do sujeito. Para Oury, o objetivo da instituição é promover espaço de fala e de organização (HERMANN, 2008).

Reforma Psiquiátrica

A Reforma consistiu em um processo histórico de formulação crítica e prática, tendo como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de

transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 1994).

Seguido da Reforma Psiquiátrica, vem a Desinstitucionalização. Focada em deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Inclusive, o termo 'desinstitucionalização' tem sua origem no movimento italiano de Reforma Psiquiátrica. Para Rotelli et al. (1990, p. 27), "o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a 'doença', da 'existência global complexa e concreta' dos pacientes e do corpo social". Sobre esta separação artificial "se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos (precisamente a 'instituição'), todos referidos à 'doença'".

Na década de 1980, são transmitidas imagens em cadeia nacional de loucos vagando nus por pavilhões de hospícios (BELMONTE, 1996). Propostas de reformulação psiquiátrica vão-se firmando, principalmente no âmbito dos governos municipais. Como ápices desses processos de mudanças, podem-se apontar as duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987 e 1992 e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, em 1987. Posteriormente, surge o projeto de lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001) – que depois vira a Lei Federal 10.216, de 06 de abril 2001, o qual propõe a substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e discute a cidadania do louco.

Serviço Residencial Terapêutico

Especificamente por razão da Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992 que ressaltou a importância estratégica da implementação dos então chamados "lares abrigados", associado às experiências de sucesso em algumas cidade brasileiras, que aconteceu a elaboração da Portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os SRT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

As residências terapêuticas funcionam como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas sem suporte adequado na comunidade e, por isso, há anos, estão internadas em hospitais psiquiátricos. Essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte social e familiar suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004). **(Sobre essa 'falta de suporte social e familiar suficientes', ver seção 6.2 Caso D., no capítulo 6.)**

Atualmente são 33 SRT na cidade de Belo Horizonte, ocupando todos os distritos sanitários. Cada casa deve estar inserida em bairros da cidade, ou seja, em contato com a comunidade e o número de moradores pode variar de uma pessoa até no máximo um pequeno grupo de oito. Ao todo são aproximadamente 260 moradores adultos de todos os gêneros e idades variadas. Estes são assistidos por uma equipe composta por referência técnica, supervisora, cuidadores, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de enfermagem, estagiários e AT particulares. Fora o núcleo da casa, são apoiados por toda a Rede e diariamente acessam seus equipamentos bem como circulam pela cidade (BRASIL, 2004).

A premissa do SRT é a garantia de moradia na cidade, direitos, acesso à liberdade, convívio social e o exercício da cidadania. Segundo Argiles et al. (2013, p. 218), "o SRT passa a representar o lugar propício para operar a reinserção na vida comunitária, daqueles que buscam retomar sua história de vida". Além de "construir uma rotina diária de cidadão livre, com diferenças individuais e demandas próprias para seu ambiente habitacional".

Criar e/ou fortalecer os laços que cada morador estabelece com a cidade é fator prioritário para auxiliá-los no processo de liberdade. Os desafios do processo de

desinstitucionalização são vastos e a necessidade de apoio a cada morador é fundamental. Existem muitas demandas distintas entre todos os moradores, alguns mais, outros nem tanto, mas a ideia é acolher a diversidade e dar lugar à particularidade de cada um (AGUIAR, 2017). **(Sobre essas ‘demandas’, ver seção 6.3 Caso M., no capítulo 6.)**

Acompanhamento Terapêutico

Foi nos movimentos reformistas que o AT tem sua origem. Na Psiquiatria Democrática Italiana, surgem os ‘guias’ cuja função era traçar estratégias para possibilitar a circulação do sujeito na cidade, abrindo espaço para que este crie seus próprios recursos internos e viva seu mundo à sua subjetividade (CAIFA, 1991). **(Sobre esses ‘guias’, ver seção Caso G., no capítulo 6.)**

Nas Comunidades Terapêuticas da Inglaterra, surge a expressão ‘amigo qualificado’, bem quando foi preciso deslocar o auxiliar psiquiátrico que trabalha dentro da instituição para aquele que ajuda o paciente em seu cotidiano - fora da instituição (NETO, 1997; SERENO, 1996; PITIÁ, 2005 e ARAÚJO, 2005). **(Sobre esse ‘amigo qualificado’, ver seção Caso N., no capítulo 6.)**

Na Psicoterapia Institucional, os encontros de aproximação com o outro, por vezes, eram mediados por um ‘acompanhante’. Esses ‘guias’ que depois viraram ‘amigo qualificado’ e mais tarde ‘acompanhantes’, hoje são o que conhecemos como acompanhantes terapêuticos.

O AT é um dispositivo cuja especificidade está no fato de ocorrer na rua, na cidade, fora dos contextos institucionais de tratamento, na casa do paciente, em seu cotidiano, e que tem como objetivo a construção de projetos de vida viáveis aos pacientes com sofrimento mental. Importante destacar que o termo “dispositivo” no sentido foucaultiano diz de: “como rede de relações que se estabelecem entre elementos heterogêneos: discursos, instituições, leis, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, o dito e o não dito” (CASTRO, 2009, p.12).

Quinet (2006, p. 4) fala com clareza sobre a realidade do sujeito com transtorno mental, especialmente o psicótico, a qual “é povoada por suas criações inconscientes, onde a interferência do inconsciente a céu aberto se dá na polis, ao desarranjar os costumes e desacomodar os hábitos da ordem social”. É aqui que o AT atua facilitando o trânsito entre os vários mundos visíveis e invisíveis dessa polis.

Pesquisadores das mais variadas abordagens teóricas, começaram a se interessar pelo tema há tempos. Existem alguns elementos para a conceituação do AT. Simões (2005), Zamignani, Kovacek e Vermes (2007), definem que:

[...] a diversidade de práticas problematiza a identificação de aspectos comuns às diferentes formas de atuação assim denominadas e, conseqüentemente, da construção de um conceito mais sólido. Deste modo, as controvérsias continuam presentes e o embasamento do AT tem se firmado apenas em aspectos como a formação profissional, função na equipe multiprofissional, referencial teórico adotado e o trabalho desempenhado (apud MARCO, CALAIS, 2012, p.6).

O AT na Rede de Belo Horizonte, existe de longa data. Segundo Nogueira (2009, p. 213), “o AT teve seus primeiros sinais em meados da década de 1970, ao mesmo tempo em que as comunidades terapêuticas foram implantadas na capital”. Estudantes, estagiários das faculdades, principalmente dos cursos de Psicologia e Terapia Ocupacional, formavam a maior parte da força de trabalho e não se vinculavam a um fazer específico como as funções dos psiquiatras, dos terapeutas

ocupacionais, dos psicanalistas e dos psicólogos que integravam a equipe multidisciplinar (GRECO, 2000).

Esse estagiário que senta com o paciente para ver televisão não exercia a função específica de um terapeuta ocupacional. Tinha uma atividade a fazer, mas ele não estava vinculado a um fazer específico. Ele não atendia o paciente no consultório, mas, por exemplo, ele se inteirava com o paciente na visita, mediava a visita na relação do paciente com a sua família, ali no lugar de instituição e permitindo que as coisas não tomassem um rumo muito desfavorável, ou seja, ele não atendia no consultório e nem propunha uma atividade com fins específicos (GRECO apud NOGUEIRA, 2009, p. 213).

Os serviços substitutivos contam com o AT desde sua implementação (GRECO apud NOGUEIRA, 2009). O SRT contou e ainda conta com convênios de faculdades que permitem aos estudantes de diversas áreas realizarem seus estágios curriculares e extracurriculares, todos os semestres. Têm também os AT particulares contratados pelos moradores e pagos por eles através de seus recursos (benefício). Sobre os recursos dos moradores é importante esclarecer que, como parte da reestruturação da política de saúde mental no Brasil foi criado também o programa 'De volta para Casa'. Este programa foi criado pelo Ministério da Saúde a partir da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que atualmente destina uma bolsa-auxílio reabilitação psicossocial no valor de R\$ 412,00 para o portador de transtorno mental que ficou internado por um período de dois anos ou mais em instituição psiquiátrica. São esses benefícios que subsidiam o acesso do morador a bens de consumo pessoal, a atividades de lazer e cultura, a eletrodomésticos, ao transporte, entre outras possibilidades que favorecem o exercício de sua cidadania e o enlaxamento social.

O AT NO SRT E SEUS DESDOBRAMENTOS

O SRT apresenta “um emaranhado de situações e perfis diferenciados de moradores, onde o AT encontra o desafio de se posicionar como um profissional que auxilie moradores e serviço” (NASCIMENTO, MENDES, 2017, p. 77). O AT atua “como um dos membros de um suporte profissional sensível não somente às demandas e necessidades de cada um dos moradores, mas também às demandas coletivas”, conforme estabelece a Política Nacional de Saúde Mental de 2009 (BRASIL, 2009). **(Sobre essas ‘demandas coletivas’, Caso A., no capítulo 6.)**

A preponente deste artigo, viu, em sua vivência, que ser AT no SRT é estar em rede o tempo todo. Sendo assim, discorre-se um pouco mais sobre, com destaque para as potentes: rede social, rede assistencial, rede de apoio e rede terapêutica. A escolha destas se deu por serem nelas que o SRT está e onde o AT atua diretamente.

Trabalho em rede

Começando por Sluzki (1997), que implica o trabalho em redes, pois:

as fronteiras do indivíduo não estão limitadas por sua pele, mas incluem tudo aquilo com que o sujeito interage – família, meio ambiente... – podemos acrescentar que as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais (SLUZKI, 1997, p. 37).

Ao se falar em redes sociais, logo pensa-se em aplicativos tecnológicos instalados em computadores e celulares. Aqui será dito sobre outras redes sociais. Na prática da cidade, redes sociais podem ser tidas como aquelas que compõem o universo sociocultural de segmentos da população. Um exemplo está na atenção às populações étnicas ou culturalmente diferenciadas, como indígenas e ciganos, onde os agentes de composição das redes sociais estarão à cabo dos recursos e dos atores sociais (BRASIL, 2007).

Já a rede assistencial é toda a rede que apoia assistencialmente uma pessoa. Exemplo: as equipes de atenção básica ou de um serviço de especialidade precisam saber que um paciente sob sua responsabilidade está usando assiduamente uma unidade de urgência ou apresentou uma complicação de um problema crônico. Está na Portaria 175/2001, que altera o artigo 7º da Portaria 106/2000, que a Residência Terapêutica deverá estar vinculada aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial e contar com uma equipe mínima responsável pelo acompanhamento dos moradores. É preciso criar novas formas de comunicação na rede assistencial a partir do apoio matricial ou matriciamento⁵ (BRASIL, 2007).

Rede de apoio é composta por agentes como família, profissionais da saúde, profissionais da educação, e todos que apoiam determinado sujeito. Exemplo: a visita domiciliar como uma ação da Estratégia Saúde da Família⁶ que promove a comunicação entre usuário e os profissionais de saúde pode tornar-se uma estratégia da rede de apoio à promoção da saúde e fortalecer os vínculos com os profissionais (COSTA, 2015). Assim sendo: “pacientes com rede de apoio forte têm mais saúde mental do que aqueles com uma fraca rede de apoio” (PORTUGAL, 2005 apud CHIAVERINI, 2011, p. 203). Em uma rede mais ampla, existe a rede intersetorial, em que outras instituições compõem um conceito ampliado de saúde (CHIAVERINI, 2011).

No trabalho em rede, o AT poderá atuar de modo articulado, compondo a equipe de atenção, construindo estratégias e manejos, qualificando as intervenções e ampliando as possibilidades do sujeito. Por se tratar de uma prática de *setting* não determinado, faz-se possível o encontro com muitos - seja um profissional da equipe multidisciplinar ou um atendente da papelaria e, esses muitos é que constituem, para além da rede de apoio, uma rede terapêutica (NOGUEIRA, 2009).

O conceito de rede terapêutica veio substituir os antigos enfoques – trabalhos inter ou multidisciplinares – propondo uma nova compreensão da atenção em Saúde Mental. Justifica-se por possibilitar ao psicótico a construção de novas referências que não sejam apenas os profissionais da equipe multidisciplinar. Dessa forma, a construção de laços sociais e emocionais do paciente não se restringe (Generoso et al., 2002). O AT é uma modalidade de intervenção inserida em uma rede terapêutica, com o objetivo de ampliar a atenção para além das fronteiras e do acompanhamento medicamentoso. (Generoso et al., 2002). **(Sobre essas ‘redes’, Caso Z., no capítulo 6.)**

⁵Apoio matricial ou Matriciamento é um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar.

⁶Estratégia Saúde da Família busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Fortalece-se como uma porta de entrada para o SUS com atenção integral, equânime e contínua.

Contratação e cargo de supervisão

Na prática do AT, foi sendo percebido é que há uma considerável fragilidade na vinculação, tanto dos estudantes, quanto dos particulares, o que por vezes gerou incerteza de manutenção do trabalho. Então, um AT fixo (contratado) foi pensado, não somente, para exercer a função de um lugar qualificado, com experiência prática e técnica em saúde mental, mas para assegurar sua permanência ou, pelo menos, a construção do caso em equipe de maneira tal que sua saída possa ser discutida, articulada e substituída pela presença de outro profissional efetivamente. **(Sobre essa ‘permanência do AT’, ver Caso J., no capítulo 6.)**

No segundo semestre do ano passado, agosto de 2019, através de seleção por edital de contratação, com vínculo empregatício por regime de assinatura da carteira de trabalho, carga horária pré-estabelecida em 20 horas semanais, está no cargo de supervisor, há exatos doze meses a ONG⁷ contratou um AT fixo para o projeto SRT. Atualmente as outras duas ONGs também fizeram o mesmo e algumas trocas tem sido possíveis, como a construção coletiva para realização de eventos que falem da prática do AT.

A preponente deste artigo, tal AT contratada, tem podido construir muitas coisas. Mas, no ato da contratação, junto à referência técnica, apenas o espaço livre para a construção do trabalho lhe foi cedido. Afinal, como já dito aqui, neste texto, o AT já existe na rede há décadas, mas o cargo ‘supervisora em AT’ é inédito. Sua contratação oficializou-se como a primeira efetivada. Isso gerou pioneirismo e com ele, intrinsecamente, incipiência. Mas, com o apoio constante de toda a equipe, seu trabalho vem se configurando. Antes não sabia-se, por exemplo, quantos moradores sua carga-horária comportaria acompanhar e hoje vê-se que é uma média de oito moradores simultaneamente (dependendo da gravidade e demandas envolvidas). Outro fator ainda em construção é o registro oficial dos casos, se evoluídos e mantidos em cada casa ou se na ONG ou ainda sob cuidados da AT apenas. E outros muitos pontos ainda estão em andamento.

Agora, é possível perceber que o cargo de supervisão traz certos diferenciais ao trabalho, pois legitima certas intervenções, como também permite, por exemplo, algumas exceções. Uma delas está no fato de que houve pausa na prática do AT, devido à pandemia pelo Covid-19, estabelecida na Nota Técnica Covid-19 nº 009/2020, onde ficou estabelecido que “os moradores devem ser orientados a ficarem em casa, evitando ao máximo a circulação em espaços externos às dependências da residência” (NOTA, 2020) e “Ficam suspensos os estágios, acompanhantes terapêuticos e funcionários das entidades” (NOTA, 2020), excetuando-se os cuidadores, supervisores, referência técnica e artífice. Como AT, deveria-se não continuar o acompanhamento de nenhum caso, mas como supervisora em AT, adequada aos demais critérios da Nota e com redução temporária no quadro de acompanhados, pode-se cautelosamente seguir.

Outro diferencial do cargo de supervisora, como pode ser visto em alguns relatos de casos clínicos (capítulo 5), é que contribui para o estreitamento no laço transferencial.

Fenômeno transferencial e abordagem psicanalítica

Muitos moradores já se encontram transferidos com a ‘instituição residência terapêutica’ (transferência no sentido de contar com o SRT como rede de apoio e

⁷ONG é a abreviação para Organização Não-Governamental.

rede assistencial) e a AT contratada vindo dela, faz com que essa transferência seja facilitada. **(Sobre essa ‘transferência’, ver seção 6.9 Caso C., no capítulo 6.)**

Na história, os hospitais—dia possibilitaram a exigência de um profissional para ir de encontro com o paciente para estabelecer um vínculo transferencial para, mais tarde, este sujeito estabelecer a mesma transferência com a instituição. O AT, quando entra neste lugar e faz a vez deste profissional, acaba se constituindo como uma extensão da instituição. Vira um coletor de informações e um realizador de tarefas assistenciais. Grande parte das vezes, necessita ir ao encontro do paciente, em espaços fora do espaço físico institucional (HERMANN, 2008).

É também utilizando a transferência que, no tratamento da psicose, preconiza-se a não-remoção do delírio e sim a ressignificação da experiência delirante. Veríssimo (2010) considera “a psicanálise um instrumento essencial ao AT”. Alega que o AT idealmente entra na vida do psicótico toda vez que há a possibilidade de compreensão do sentido do delírio, a partir de uma tentativa de reorganização psíquica. **(Sobre esse ‘delírio’, ver seção 6.10 Caso Y., no capítulo 6.)**

Enquanto é premissa da psicanálise oferecer a escuta ao sintoma como produção de subjetividade, o acompanhamento terapêutico pode ser um ponto de partida para a reconstrução de um cotidiano que proporcione ao sujeito, em crise, a possibilidade de se reorganizar e de se sentir realizado naquilo que diz respeito ao seu desejo. “É essa possibilidade de atribuir sentido à loucura, de oferecer escuta ao sintoma e ao delírio, que torna a psicanálise um interessante instrumento de tratamento, seja nos AT ou mesmo no consultório” (VERÍSSIMO, 2010).

Para Guerra e Milagres (2005): “a teoria e a clínica da psicose, orientadas pela psicanálise, podem servir de balizadores para a prática do AT”. Apostam que um dos principais operadores clínicos é a transferência. Lacan defende o tratamento possível na psicose, repensando seu método sem perder de vista seus princípios, a partir da psicanálise. Ele destaca que esse afeto transferencial pode ganhar uma coloração que torna difícil, pelo excesso erotômico ou persecutório, a transferência e a clínica com a psicose, exigindo manejo (LACAN apud HERMANN, 2008). Hermann (2008), confirma isso, apontando a dimensão transferencial como crucial a se destacar na clínica do AT. Defende a importância de se sustentar a transferência no coletivo e marca, como Lacan, a exigência de uma atenção a ser manejada.

Uma forma de ser compreender sobre o aspecto transferencial, dentre outros, é utilizando um instrumento muito comum na própria psicanálise: o caso clínico. O “caso clínico é o resultante da construção do próprio paciente, de seu trabalho subjetivo” (ANDRADE, 2005, p. 46).

RELATOS DE CASOS CLÍNICOS DE MORADORES EM AT NO SRT

Ao longo dessa pesquisa, foi sendo indicado, entre parênteses e em texto negrito, os relatos de casos clínicos apresentados a seguir. Isso porque esses relatos não somente, representam, em síntese, o resultado dessa pesquisa, mas porque ilustramos sucintos apanhados históricos e conceituais da loucura no mundo e no Brasil, do SRT e do AT; suscitaram temas como o AT no SRT e os desdobramentos: trabalho em rede, contratação e cago de supervisão e no fenômeno transferencial e abordagem psicanalítica. Esses mesmos casos, abrem espaço para que a discussão da pesquisa ocorra no próximo capítulo.

Caso R. e o ‘lugar para doentes mentais’

R. esteve no manicômio por quase toda a vida e essa experiência reflete completamente em seu corpo, comportamento, discurso, psicose... O AT foi cogitado pela equipe, mas já esperava-se uma total resistência, afinal, ele nega todo tipo de oferta que vá de encontro ao seu cuidado, mas também não há ações de autocuidado. Ele nega a comida ofertada por “ser envenenada” (sic); nega banhos “por conter ácido na água do chuveiro” (sic); nega que as cuidadoras faxinem seu quarto por “roubarem seus pertences” (sic); nega consultas psiquiátricas por “não ser psiquiátrico” (sic); nega interações quaisquer, pois “só querem tomar todo o seu poder” (sic). Ser cuidado vai contra seu discurso delirante, megalomaniaco, persecutório. Se ele é o dono do mundo, quem pode ser qualificado suficientemente para cuidar dele? Sabendo disso previamente, me apresento a ele como supervisora de ‘todas as casas’. Ser supervisora em AT não me faz supervisora de casa alguma, mas como tenho que circular por todas, isso acaba não negando meu lugar de “supervisionar” todas as SRT que vou. A transferência se faz neste instante. Desde então, sou solicitada a acompanhá-lo pelos bancos, farmácias, perfumarias, lanchonetes. Tem segredo que ele faz para mim, principalmente sobre os mal-estares em seu corpo, que não faz para mais ninguém. Venho desenhando seu projeto terapêutico junto à equipe do CERSAM⁸, UBS⁹ e do SRT, focando em olhar para inflamações e infecções que vem tendo conjuntamente com o olhar sobre ações que criem um laço social mínimo. Algumas intervenções vem acontecendo, sempre com um discurso montado, repletos de linguajares manicomial – capturamos que esses são os únicos que por ora fazem alguma borda. Minha ausência nessas cenas preserva meu lugar na transferência para que eu possa ser aquela que recolhe os impactos gerados em seu universo.

Caso D. e a ‘falta de suporte social e familiar suficientes’

D. surtou muito criança e conserva na aparência, linguagem, psicose, traços de um infantil. Um caso que sempre desafiou as instituições por onde esteve - desafio literalmente braçal. Quando em crise psicológica, psiquiátrica ou clínica, quebrava o que conseguia alcançar em casa, inclusive os familiares. Há relatos de que em período de internação manicomial, vivia fisicamente contida. Apesar de robusta e forte, apresenta diversas fragilidades. Uma delas é a medicamentosa, impregnando com facilidade. A equipe do CERSAM se faz necessária no caso constantemente: seja para ajuste fino da medicação de praxe ou para aplicação de medicação precisa em ápices de crises; seja para a escuta pontual do técnico de referência nas consultas de rotina ou para tentar bordejar algo através de vídeo chamada em uma pós-atuação; seja para recolher seu corpo fragmentado que chega de SAMU¹⁰ e necessita de uma Hospitalidade Noturna¹¹ após jogar todos os seus pertences pelos muros do SRT ou para promover um intervalo da casa através de Permanência Dia¹²

⁸CERSAM é a abreviação para Centro de Referência em Saúde Mental.

⁹UBS é a abreviação para Unidade Básica de Saúde.

¹⁰SAMU é a abreviação para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

¹¹Hospitalidade Noturna é a ação de acolhimento noturno onde o usuário pode permanecer ao longo da noite, até a estabilização do quadro (COREN, 2006).

¹²Permanência Dia é a ação de acolhimento diurno, onde o usuário pode permanecer ao longo do dia até a estabilização do quadro. Durante esse período são desenvolvidas ações de tratamento e de reabilitação/ inclusão psicossocial e com a família de modo a não cronificar a pessoa, como ocorria na internação manicomial (COREN, 2006).

após se enciumar com a atenção proferida a qualquer outro morador que não seja ela. O AT também tem se apresentado importante. Pensada para substituir uma AT anterior a quem D. era muito transferida, entro diretamente no manejo de sua relação complicada com o que restou de família. Substituo a cuidadora que acompanhava as visitas domiciliares e que necessitam de uma escuta singular e intervenções qualificadas. Venho cuidando para que sejam direcionadas a mim as infinitas demandas de D. que antes só se dirigiam a uma família que hoje nem existe mais – não como ela supõe. Alguns pedidos acolho e atendo, outros, que dizem de puro gozo, descarto. Meu papel tem sido de construir com ela, SRT, CERSAM, família e cidade, um laço que amarre não mais seu corpo a uma maca e sim sua subjetividade ao seu próprio sujeito.

Caso M. e as ‘demandas’

M. é demasiadamente jovem para o extenso percurso de abusos que já sofreu. Racismo, preconceito social, negligência materna, abuso sexual paterno, violência física e psicológica, gordofobia... Seu histórico de institucionalização não fica para trás. Medida socioeducativa¹³, hospital psiquiátrico, breve vinculação com CAPS¹⁴, abrigo, permanência dia e hospitalização noturna ininterruptos no CERSAM, SRT... O AT foi pensado como um criador de intervalos: na relação de M. com o SRT, que encontrava-se insuportável pelos inúmeros atos de violência da moradora contra demais moradores e trabalhadores; na relação de M. com o CERSAM, que ficava frequentemente intensificada, afinal, era lá que estava todas às vezes que em crise ou em atuação ou em limitação no SRT; na relação do SRT com o CERSAM, já desgastada por inúmeras ações interventivas e tentativas de articulações para o caso. A característica mais acentuada de M. veio a ser uma significativa observação da equipe sobre a jovem: demanda infinita pelo imperativo de gozo. E tornou-se a orientação principal para meu manejo com a moradora, perpetuando-se por todo o AT: não atender sua ‘demandação’. M. não deseja, copia os desejos alheios. Com isso, se combinado para o AT uma saída para a compra de um sorvete, no caminho da casa à sorveteria tudo o que era capturado por seu olhar virava demanda de aquisição e se não atendida, atuações importantes ocorriam. Foi preciso produzir vazios – AT sem grana para gastar, AT silêncios, AT desinteressados. Assim, foi possível ver que M. também necessita de intervalos na relação dela com o grande Outro, com o Outro, com os outros, com seu corpo, com sua história, com ela mesma. Comigo, hoje, esse intervalo infinitizou - ao ir para um SRT de outra ONG, M. terá outra pessoa como sua/seu AT.

Caso G. e os ‘guias’

G. encontra-se hoje na residência mais antiga do projeto SRT. Chega após período de errância ocorrido pós surto em outro estado brasileiro. Em sua terra de origem possuía casa, bens, filhos. O surto a fez perder tudo. Ela diz disso frequentemente - hoje com um discurso mais organizado. Sempre quis retomar, recuperar algo do que ficou perdido. O AT no caso de G. foi pensado para que qualquer construção nesta direção seja possível. A ideia inicial passou por planejar uma viagem a este outro

¹³Medida Socioeducativa é a medida aplicada pelo Juiz com finalidade pedagógica em indivíduos infanto-juvenis (adolescentes, ou seja, inimputáveis maiores de doze e menores de dezoito anos) que incidirem na prática de atos infracionais (crime ou contravenção penal), segundo Portal CNJ.

¹⁴CAPS é a abreviação para Centro de Atenção Psicossocial.

estado, para uma visita aos familiares. Mas até que isso fosse possível, o AT a guiaria em questões práticas do cotidiano. Na residência, G. assume um lugar maciço de cuidado com os demais. Tão maciço que, na maior parte do tempo, fica cansativo para ela, desafiador para a supervisora da casa e insuportável para os demais moradores. O AT viria para manejar a relação dela com a limpeza, com seus recursos financeiros, com os cuidados com o próprio corpo, com a convivência com seus pares e com as orientações dos cuidadores/supervisores. Mas, não foi possível, até o momento. Chego coincidentemente com um desarranjo clínico de G. Diabética, até que o ajuste glicêmico acontecesse – por medicação e dieta, seu embotamento foi tão considerável que não permitiu qualquer laço transferencial.

Caso N. e o ‘amigo qualificado’

N. é um senhor negro, alto, grande. Mas, apesar da forte presença de corpo, sua subjetividade fica escondida, grande parte do tempo, atrás de uma total timidez e maneira silenciosa de viver pelos cômodos do SRT onde mora. O AT para ele foi pensando quando percebido pela equipe de cuidadores que ele vinha sofrendo preconceito por dois outros moradores. Cada vez que comentários racistas eram proferidos à ele, um estado de embotamento se instaurava fortemente e banhos ou alimentos, por exemplo, eram negados. Como os dois moradores zombadores tem ou já tiveram AT, o AT para N. vem sendo inserido, como reforço para o confronto a estes. A estratégia de cuidado aqui está em mostrar para ele e para todos que existe alguém por ele. Há um ano frequenta a casa. Vou para vê-lo, essencialmente, e isso é dito em alto e bom som. Ele não me considera sua AT - talvez porque ele saiba que geralmente o AT circula pelo território e ele é resistente quanto as saídas. Mas, me nomeou sua ‘amiga’. Considero que a existência/função do AT é demandante por si só, já o lugar de amiga pode ser esvaziado e, por isso, mais possível para ele. Acredito que como amiga poderei estar em lugares e momentos mais simples da vida dele do que como AT - até pelo AT ser uma profissão. Um exemplo disso é ser convidada como mais uma em um corriqueiro café da tarde de uma terça ociosa, como essa semana fui.

Caso A. e as ‘demandas coletivas’

Senhor A. é um idoso reservado e observador. De aparência emagrecida, oscila entre colocar seu corpo anoréxico repousado na cama ou esticado no chão do terraço, ao sol. O que interrompe esse circuito de horizontalidade, é apenas a necessidade de levantar (segurando as calças) para pegar cigarros e a insistência das cuidadoras em ir comer (que, por hábito, faz agachado pelos cantos da casa). Preocupa a todos o raro uso que A. tem feito de sua boca para falar e comer. Seu investimento libidinal encontra-se maciçamente direcionado em ‘produzir fumaça’, fumando um cigarro após o outro, ininterruptamente. Vez ou outra, sorri. Uma pergunta da supervisora que consegue suscitar algum sorriso momentâneo é: “como você deixará espaço para o alimento, se está enchendo toda a barriga de fumaça?”. O AT tem sido pensado como estratégia de secretariamento de tamanho gozo oral. Assim que inicio o acompanhamento, coincide de A. precisar ir ao banco resolver pendências. Faço diversas tentativas, ora agendando, ora impondo, mas nada funcionou. Só gerou irritação em A. que passou a produzir a cena de fingir estar dormindo, assim que entrava em seu quarto. Recuo. Penso que fazer presença sem demandar nada, pode ser o caminho. Assim que retomado o AT - pausado pelo

período de pandemia do Covid-19, penso como parte de seu PTS¹⁵, convidá-lo a intervalar o pitar com a contração de ‘causos’ de sua vida ou os que escuta em seu radinho de cabeceira.

Caso Z. e as ‘redes’

Z. me faz demanda de AT desde a primeira vez que me vê. Chego no SRT para construir o AT de outra moradora, no mesmo tempo em que Z. está às voltas com sua AT particular. Não consigo acolher seu pedido, naquela época, e o coloco em espera. Um pouco depois, com a impossibilidade de acompanhar sua colega de casa e com o desvínculo de Z. com a AT particular, sou considerada em seu projeto terapêutico. Chego, mas desta vez, sou eu quem tenho que esperar, pois, pouco antes, Z. desestabilizou psiquiatricamente. Necessitou contar com uma rede assistencial e, hoje, com a estabilização, finalmente estamos trabalhando juntos. A ideia é criar uma rede terapêutica para Z. Tarefa que necessitará ocorrer logo, pois encontra-se reservado, em período de luto – falecimento de uma moradora. Mesmo revelando nunca ter gostado dela, toda mudança na casa o afeta diretamente – outras desestabilizações podem ocorrer, pois delira ser o dono de tudo, consequentemente responsável por todas as coisas. Se há um barulho alto na rua, dá ordem para que todas as janelas sejam fechadas; se um morador recebe visita; demarca, no relógio, o tempo permitido; se todos se divertem na sala com a televisão, desliga, sem cerimônia, caso a programação não o agrade; se a cuidadora entra de férias, precisa aprovar quem entrará em seu lugar... Venho cuidando de relativizar tanto poder e colocando o olho no que ele deixa de colocar por estar tão persecutório – como, por exemplo, em seu autocuidado e uso regular das medicações. Um desafio é fazer render um benefício mínimo que é todo direcionado para os seis maços de cigarros diários. Ouvi no nosso último encontro que é “conhecedor de literatura” (sic), poesias. Penso incluir em seu PTS algo dessa ordem. Penso também, após ouvir nesse mesmo encontro que “preciso ir passar uns dias no CERSAM” (sic), que “suas redes” tem que estar mais articuladas e sua rede apoio mais ouvida por uma rede ampliada.

Caso J. e a ‘permanência do AT’

J. foi garçom na juventude e fala muito sobre isso. Por ter ‘servido’ penso que hoje goza do lugar de ‘ser servido’. Desencadeou ainda novo e circulou, ao longo da vida, por diversas internações psiquiátricas. Nestas se sentia perdido, abandonado, por não compreender os motivos de estar ali – até hoje não tem crítica sobre o próprio quadro. Ele adora ter um AT. Faz uso dele para ser servido o tempo todo. Talvez seja o morador que mais teve AT até hoje. Foi um dos primeiros a usufruir dos AT estagiários das faculdades, mas ficava arrasado quando o contrato acabava e eles iam embora de vez – o sentimento de abandono retornava. Foi desta forma que a equipe pensou, como estratégia de cuidado, a entrada de um AT fixo, que seja do projeto SRT, e assim, não vá embora a cada 6 meses. Com toda sua rigidez (de corpo, imaginária, simbólica), o AT com ele acaba se limitando a alguns movimentos pontuais. Gosta sempre de escutar as mesmas músicas, ir aos mesmos lugares, comer as mesmas coisas. E quando se cansa, já bem servido ali do seu AT

¹⁵ Ao longo desse trabalho, será adotada a sigla PTS para designar Projeto(s) Terapêutico(s) Singular(es). O PTS consiste em propostas de condutas terapêuticas articuladas no caso-a-caso, pelas redes (BRASIL, 2007).

garantido, rapidamente dá um jeito de me abandonar, me mandando embora, porém se localizando, com minha confirmação de retorno na semana seguinte.

Caso C. e a ‘transferência’

C. fala e fala muito. Fala fino e fala rápido. Por vezes fala até sozinho. Quando não está dormindo, está falando. Fala quinzenalmente com a irmã que o visita. Fala com os demais moradores sobre futebol e notícias da televisão. Fala com as cuidadoras e supervisora sobre todos os assuntos da residência. Mas também fala durante as refeições até engasgar. E fala gritado e xingando quando está no banheiro e tem dificuldades em defecar ou se higienizar. Tais falas chulas provocam muitas irritações nos vizinhos e certo mal-estar na casa. Quando o AT foi pensado para C., a ideia central era conseguir manejar tanto falatório, entrar e intervir nessas cenas de refeições e higiene, além de reconectar sua fala ao território, que já foi tão constante e agora quase inexistente. Cheguei concomitantemente com a inclusão de um ansiolítico que fez toda a diferença no quadro clínico e psíquico de C. Menos ansioso, mais sonolento. Inúmeras vezes cheguei na casa e o encontrei dormindo. Ele não se importou em acordar e vir fazer sala, repetir as mesmas perguntas e histórias. O laço transferencial com ele ainda é frágil e não garantido, independente do investimento tempo, presença, escuta. Agora é retomar - após pausa pela pandemia do Covid-19, tentar outros modos para ver se a transferência ocorre ou simplesmente compreender que C. já faz da sua fala, sua única companhia.

Caso Y. e o ‘delírio’

Y. é um eterno: falador, insatisfeito, insaciável e desafiador. Tão desafiador quanto traduzir ‘russo ocidental’. E é exatamente assim que encontramos seu delírio inscrito na escrita, letrinha por letrinha apropriadas e desenhadas em ‘russo ocidental’. Estão em cadernos guardados à sete chaves. Na fala traz um inglês, também único e repleto de apropriação – todo interpretado delirantemente, muitas vezes com conteúdo persecutório. Não sabe ler, mas justifica ser “esse português nosso que dá um nó em sua cabeça” (sic). A palavra para ele é muito importante, principalmente a verbalizada em acordos e combinados. Ao me apresentar, precisei dizer de meu juramento profissional, para ter certeza que sou uma pessoa que faço jus ao discurso psicológico. Quando não satisfeito com as escutas dos outros, parte para uma imposição física e violenta. Haja parede que aguente tantos socos; haja equipe que aguente tantas porradas; haja supervisora que aguente tantas ligações madrugadas adentro; e haja serviço para tantas agitações e crises. Se diz “o cientista responsável pela criação de armas e foguetes” (sic) e ai de quem duvidar. Quando não está dizendo, está na zona, transando. E quando não está transando, está por ai dizendo tudo o que acabara de fazer na zona. O dinheiro é outro ponto delicado. Insatisfeito com o que recebe, sempre quer pedir a alguma autoridade que aumente seu recursos. Uma construção no AT foi levá-lo ao Coordenador de Saúde Mental do município para justificar gastos que ainda está por fazer. A entrada do AT gerou em Y. algumas questões (erotômanas). Se para realizar o AT pela cidade é preciso ter grana para bancar as saídas, acabou associando minha presença com a de uma mulher-AT-prostituta que exige masculino-dinheiro-virilidade. “Não estou sendo homem, pois como vou sair com você se só tenho esse pouco dinheiro?” (sic). Isso o desestabiliza. Interrompo o acompanhamento. Mais tarde ensaio um retorno, mas acontece a pandemia do Covid-19.

DISCUSSÃO DOS RELATOS DE CASOS CLÍNICOS

Como dito no capítulo anterior, alguns resultados foram encontrados ao longo dessa pesquisa. Resultados esse condensados nos relatos de casos clínicos, que ilustraram, elucidaram, mas também conectaram ideias. Ideias que contribuem diretamente na prática do AT no SRT, indicando ferramentas, instrumentos e dispositivos clínicos da saúde mental, como: construção, discussão, sessão e supervisão clínicas, além de projetos terapêuticos.

Ao se falar de 'lugares para doentes mentais' (no final da seção 4.1), o caso R. (seção 6.1), é emblemático. Todos os casos citados são de pessoas que estiveram, a maior parte de suas vidas, excluídas do contexto social em manicômios, mas R. traz singularmente traços de cronificação dessa vivência, de tal maneira que os cuidados com sua saúde beiravam a impossibilidade total. Até que, com o trabalho da equipe da casa conjuntamente ao AT, descobriu-se recentemente que, quando imposto o cuidado, a partir de uma encenação utilizando linguagem manicomial (jargões e jalecos), R. tem suportado que cuidados com sua saúde beiram alguma possibilidade. Não é preciso dizer o quanto isso gerou, e ainda gera, certo mal-estar na equipe, afinal, a ética de trabalho atual (seções 4.2 e 4.3) é baseada em ações antimanicomiais. Após construção e exposição do relato do caso R., pensou ser pertinente, a construção do caso para orientar e tratar a equipe. O dispositivo construção de caso clínico implica em compor a história do sujeito, valorizando no ato clínico, a história subjetiva. O que irá orientar e estabelecer a condução da escuta é tudo aquilo que se pode extrair de sua história e, em menor grau, a sintomatologia, a conduta ou o comportamento do paciente (FIGUEIREDO, VIEIRA. 2002).

O caso D. (seção 6.2), vem para exemplificar como a 'falta de suporte social e familiar suficientes', somado aos muitos anos de exclusão, podem ser responsáveis pelo único lugar de moradia possível hoje ser um SRT (seção 4.4). E também para mostrar os desafios que a residência enfrenta diariamente para acolher o caso D., que não recebe o SRT bem, tanto que, quando em crise, vive por quebrar (objetos pessoais, de terceiros) móveis e o que encontrar pela frente. A moradora D. não cansa de solicitar à sua Técnica de Referência¹⁶ a 'alta dada' (alta médica) para finalmente retornar ao seu lar de origem. Lar este que não existe mais para essa finalidade - nem a família que ela ainda busca está mais para ela, não como ela supõe. O desafio do AT com D. consiste exatamente em desenhar seu PTS enlaçando-a ao SRT e com o que restou de família, na esperança que um dia haja o deslocamento de 'espaço adequado de moradia' para 'espaço querido de se viver'. Para desempenho do papel do AT, discussões clínicas, para o caso D. estão na ordem da essencialidade. Como na construção de um caso, parte-se do princípio de que a equipe que o acompanha nada sabe a seu respeito, discussões clínicas podem contribuir. Pois está, nas discussões clínicas, a proposta de investigar as causas, as formas de apresentação e a intensidade dos sintomas, enfocando novamente o comportamento e o que imperará é o discurso do saber já constituído, da investigação científica e da moral sobre o caso (ANDRADE, 2005).

Diferentemente de outros casos, o caso M. (seção 6.3) fora incessantemente discutido, dentro e fora da Rede. Para além de discussões, talvez possa haver a construção, ou mesmo uma sessão clínica. Afinal, a Sessão Clínica é, o que

¹⁶Técnico de Referência é um dispositivo baseado na ideia de que um ou mais profissionais aproximem-se de maneira especial de certo número de pacientes e passem a assisti-los de modo singular, elaborando e acompanhando junto de cada um deles um PTS (COREN, 2006).

Andrade (2005, p. 32) define como “um espaço privilegiado que busca novas formas de lidar, não só com as dificuldades do tratamento, como também com as questões e os impasses institucionais”. Para o SRT isso pode ser alavancador. Mas, tal orientação não está na ordem da ‘demanda’, como o caso M. todo o é e como explicado no fim da seção 4.4.

Ainda sobre o assunto das demandas, porém desta vez sobre as ‘demandas coletivas’(capítulo 5), o caso A. (seção 6.6) mostra exatamente como a demanda pode vir do coletivo, não somente de uma demanda inicialmente pleiteada pelo morador. Na verdade, a demanda muitas vezes não passa inicialmente pelo morador. É pensada pela equipe e ofertada ao morador. Muitos nem sabem que esse trabalho existe e que pode beneficiá-los de algum modo. A equipe do SRT, principalmente a supervisora da casa, preocupada com o estado de saúde de A., agravado pela falta de contato social (dentro e fora da residência), solicitou o AT para o apoio ao morador na construção de alguma sociabilização e o apoio à equipe no manejo do caso.

Assim como o caso A. (seção 6.6) ilustra sobre ‘demandas coletivas’, o caso Z. (seção 6.7) veio diz do lugar especial onde as demandas coletivas são direcionadas: à Rede (e suas muitas redes).O caso Z. é importante para dizer da prática sobre ‘as redes’ (seção 5.1). Ele vem tentando construir a sua e considera-se atuar, como AT, aí e a partir daí. Foi possível perceber como Z., precisa fortalecer sua rede social, para isso contará com sua rede de apoio, que tem sido o SRT. Z. faz movimentos em direção à sua rede assistencial, que por sua vez precisará contar com uma rede mais ampliada. No momento, a AT localiza-se como alguém que tenta compor, pelo menos, sua rede terapêutica. Pensa-se que a realização de uma supervisão orientaria a equipe na lida diária do caso Z. porque a Supervisão Clínica diz de “transformar um saber sobre a psicanálise num saber psicanalítico” (FIGUEIREDO, VIEIRA, 2002, p. 247) e que se sustenta sobre o saber que se constitui em um saber singular, o saber lacunar, e a surpresa e o desejo de vir a saber. Tal supervisão seguida de discussões do caso, poderia contribuir para que o caso seja mais olhado pela Rede.

O caso G. (seção 6.4) foi pensado quando dito sobre ‘traçar estratégias para possibilitar a circulação’ (seção 4.5), cujo AT foi sugerido nesse propósito, o de criar um PTS, guiando-a em direção a sua origem, história, família e bens deixados para trás quando acometida pelo desencadeamento.A inserção do AT visando especificamente pontos do seu PTS abre ensejo para destacar a pertinência ímpar do Projeto Terapêutico Singular. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, é resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Entendido como “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo” (BRASIL, 2007). No fundo é uma variação da discussão de caso clínico.

Já o caso N.foi pensado quando na seção 4.5, fala-se sobre a nomeação que o AT recebeu no movimento das Comunidades Terapêuticas da Inglaterra. Pois N., como mostrado no relato de caso clínico (seção 6.5),faz da AT ‘amiga’ e não AT, por hora.O termo ‘amigo’, aplicado ao assunto, segundo Hermann (2008, p. 18), significa “suportar a inventividade do paciente psicótico em recriar seu mundo sem estabelecer um olhar de repressor ou de pedagogo, que determine o que é aconselhável para uma boa adaptabilidade”. E ser ‘acompanhante’ é “estar ao lado do paciente oferecendo estratégias para que ele reconstrua seu próprio mundo, mas consciente de suas excentricidades psicóticas” (HERMANN, 2008, p. 18), coisas que a figura do amigo está isenta. Essa última posição apetece mais ao AT.

Para demonstrar como pode ser delicado e, por vezes, causador de desestabilização a saída dos AT sem passagem de caso ou mesmo após tempo muito curto de acompanhamento junto aos moradores (seção 5.2), o caso J. (seção 6.8), mostra como a função do AT é importante, principalmente quando garantido por um tempo de permanência que não oscile ou se esvaia abruptamente. Casos como o de J., somadas as diversas causas levantadas com a força do coletivo de trabalho¹⁷, idealizaram e incitaram a contratação do AT fixo no SRT.

Quanto a transferência (seção 5.3), o caso pensado para ilustrar tal fenômeno foi, ironicamente, um cuja transferência ainda não aconteceu. Escolhe-se esse modo, pois o caso C. (seção 6.9) mostra como, mesmo com investimento da equipe e meu desejo exposto através da presença diária do AT, sem transferência, não há acompanhamento que se sustente. Inclusive, pensou-se em Hermann (2008, p.32) e conseqüentemente no que ele diz sobre a fala e a transferência. “Onde há possibilidade de emergência do dizer, de emergência do sujeito, há circulação de palavra e, por conseqüência, transferência”. Verificar o que se demanda na transferência por parte do morador é fundamental, já que o manejo transferencial tem efeitos clínicos e a direção do tratamento está intrinsecamente ligada ao esvaziamento da demanda. E “a demanda última é a demanda do nada” (HERMANN, 2008, p.33). Se o manejo da transferência visa romper com a repetição (da fala) e chegar na demanda última (silêncio) - para o caso C, será que por isso (resistência), ainda não se estabeleceu vínculo?

E pensando na lógica delirante (também seção 5.3), trouxe-se o morador Y. (seção 6.10) e sua incessante produção delirante. Os delírios de Y. certamente são um jeito singular dele lidar com a própria castração¹⁸. A construção, discussão e supervisão clínica podem auxiliar na experiência de toda a equipe em manejar com Y. esse seu modo de “cura”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desse artigo se fez desafiadora para mim, em uma medida.

Primeiro, porque pressupus uma angústia e esta não só consistiu como se perpetuou por boa parte da produção dessa escrita. Estive em um movimento nítido de resistência. Agora, aqui, tecendo a conclusão vejo que ela foi maior quando ainda estava no início, no resgate da história da loucura. Rer ler sobre a lógica excludente como solução ao trato da loucura, adotada por séculos à fio, ao passo que realizava os acompanhamentos terapêuticos, de moradores do SRT que ficaram 30, 40, 50 anos excluídos e pagando com seus anos de vida (seus corpos e suas subjetividades), pelo fato de portarem a loucura, me emocionou em diversos momentos.

Segundo, porque escolhi sair da minha zona de conforto ao produzir um material que traga à minha própria percepção, minha atual prática de trabalho. Prática que aceitei pioneiramente cunhar, afinal não há experiências anteriores (na Rede) em que pudesse usar como norteadoras. Outro ponto desconfortável foi o de pesquisar, deixando por vir, livremente, sem noção quantitativa inclusive, temas que apontaram onde o trabalho tem se firmado e onde há ainda o que se fortalecer. Sem contar que

¹⁷ Coletivo de trabalho se refere especificamente à reuniões em que supervisores das três ONGs se reuniam para compartilhar questões diversas sobre a natureza de seus trabalhos. Denominavam reuniões ampliadas, mas foram temporariamente vetadas.

¹⁸ Castração diz do modo como se estabelecem a estrutura neurótica e a estrutura psicótica. Na psicose é mediante à castração que o sujeito foraclui o significante Nome-do-Pai no Outro (HERMANN, 2008).

cogitei não encontrar produções já registradas/publicadas que pudessem me basear. E isso aconteceu, porém não me impediu de ter elementos para produzir, graças a associação com a metodologia revisão bibliográfica.

Terceiro, porque me encontro em um tempo difícil de trabalho, assim como todos os profissionais da saúde no país. A pandemia do Covid-19 têm impedido alguns trabalhos (como visto nos relatos dos casos clínicos), e também trazido desafios constantes, exigindo novas formas de encarar a prática. Ser AT, que é uma profissão que se configura em circular pela cidade, e não poder sair com os moradores, tem feito como que o *setting* esteja em um lugar que não pode ser fora, mas que também não está dentro. Portanto, onde se encontra? Todo em meu próprio corpo. O AT, em muitos momentos, faz de *setting* seu próprio corpo, mas em uma época onde os corpos estão fragilizados com o receio da contração do vírus, além de excessivamente higienizados, torna tudo mais difícil.

A construção desse artigo também se fez satisfatória para mim, na medida restante. Primeiro, porque sinto-me privilegiada em ter esse espaço de fala sobre essa atividade que me é tão cara - todo o movimento antimanicomial me é, mas o AT é especial. Trago saudosismo ao falar do AT, pois minha formação (em AT, mas também na Psicologia) se deu no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ). Lá foi meu primeiro espaço de aprendizagem prática, de estágio extracurricular, e de contato com a clínica da Psicanálise. E vejo que esta formação está em constante fluxo, acontecendo ainda, mas agora no espaço dos SRT – que acolhe esporadicamente alguns moradores já vinculados ao programa.

Segundo, porque penso ter conseguido responder à questão principal que problematizei. Consegui compreender o que da minha experiência profissional atual, constitui minha prática de trabalho. E a metodologia pesquisa exploratória foi fundamental, principalmente associada à revisão de bibliografia. Através dos relatos de casos clínicos, vi o que na minha prática se aproxima e o que se afasta do que se tem publicado. Aproveito para dizer, que posso me afastar do que concerne ao organizacional do meu cargo, mas estou completamente dentro da prática do AT. Pensando agora, tal afastamento, na verdade pode nada mais ser do que os momentos onde não estou com o morador, nem resolvendo burocracias, todavia, estou articulando. Sendo ponto de articulação do caso nas equipes, na Rede.

Terceiro, porque senti a necessidade de dar seguimento a este artigo, acrescentando outros relatos de acompanhamentos futuros e de outros moradores. Quem sabe no findar do próximo ano? – segundo ano do AT fixo no projeto. Anseio continuar por crer na potencialidade desta produção, como: balizador para minhas atuais intervenções e manejos; incitador à formação e produção teórica, acadêmica e científica, dada sua incipiência; norteador para futuros AT no SRT e outros serviços; ampliador dos campos de atuação dos profissionais em psicologia e áreas afins; e garantidor psicossocial do trato à saúde mental, consentido com o movimento antimanicomial.

Sobre os temas que surgiram ao longo da produção desse artigo, pude observar a lógica das construções em redes. Todos os relatos de casos clínicos mostraram como ainda é incipiente as redes sociais dos moradores, mas fortes suas redes de apoio, essencialmente com as residências em que habitam e com às equipes que as compõem. Alguns moradores estão bem vinculados com suas redes assistenciais. Outros não estão, mas por uma resistência por parte do próprio morador, pois quando aceito por ele, a assistência acontece. As redes terapêuticas comigo AT, já

estão estabelecidas para a maioria dos casos. E é desejável que a rede ampliada olhe para alguns casos, especialmente.

Ainda falando em redes, pude notar que essa é uma considerável vantagem do diferencial prático em ser contratada pelo projeto e não por cada morador. Como já apresentado no desenvolvimento do artigo, ser AT enquanto contratada pelo serviço, coloca-me mais adentrada das construções em rede ou, pelo menos, abre espaço para estas. Mas destaco que, a rede, por si só, não produz nada. A rede é, na verdade, uma possibilidade de circulação e a grande questão é como AT e equipe se utilizam dela: se para criar a parceria com o paciente, se para dar lugar e voz a ele ou se, simplesmente, para fazer o seu percurso (VIGANÓ, 2000).

Outro tema aparecido, foi como é importante estudar mais e melhor sobre os desafios do laço transferencial. Afinal, como visto nos relatos de casos clínicos, há uma 'frouxidão' considerável ou mesmo ainda a inexistenciada transferência. Pude dizer das implicações do cargo de 'supervisora' na função do AT, em que há maior possibilidade de entrada nos casos em um lugar 'mais garantido' no vínculo transferencial com o morador. Mas percebam que utilizei o 'mais garantido' entre aspas, pois como dito no meio desse parágrafo, com alguns moradores ainda inexistente qualquer garantia.

Penso que, se só os relatos de casos clínicos já puderam fornecer uma riqueza para esse artigo, que dirá algo mais completo, oriundo dos dispositivos indicados após cada caso. Além do que, esses dispositivos: discussões, supervisões, sessões e construções, funcionariam como um zelo com as demais supervisoras das casas e conseqüentemente à toda a equipe envolvida, direta ou indiretamente, com o morador. Convicta disso, não somente por saber do potencial de cada um, como por recolher resultados positivos de ações similares como rodas de conversas com estagiários, encontros com AT estudantes e particulares, orientações às cuidadoras, encontros com técnicos de referências, intervenções fortalecidas pelas presenças de Referências Técnicas ou mesmo subsidiadas pela Coordenação da Rede.

Destaco novamente a pertinência ímpar do Projeto Terapêutico Singular. Trago que Hori e Nascimento (2014, p.3562) advertem para que: "a construção de um PTS exija a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo pilares fundamentais". Todos os moradores necessitam de seus PTS! Assim como necessitam de melhores recursos e benefícios.

Por fim, agradeço todas as parcerias que tenho tido, no SRT pelas supervisoras da ONG e à referência técnica, e em toda a Rede. Aproveito para dedicar este trabalho aos moradores do SRT, especialmente aos moradores referentes ao caso R., caso G., caso N., caso D., caso M., caso A., caso Z., caso J., caso C., e caso Y., além de todos os sujeitos portadores de sofrimento mental. Sigo firme na luta pelos direitos dos excluídos e reclusos em estarem no laço social. Luto, enquanto AT, pelos direitos civis de cada acompanhado. Acredito que a desinstitucionalização "muda progressivamente o estatuto jurídico do paciente (de paciente coagido a paciente voluntário, depois o paciente como 'hóspede', depois a eliminação dos diversos tipos de tutela jurídica, depois o estabelecimento de todos os direitos civis)" (ROTELLI et al., 1990, p.16).

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: **Saúde em debate**. 1994.
- ANDRADE, R. D. R., **Discussão x construção do caso clínico**. Sessão Clínica: acolhimento e tratamento da psicose em instituições – FUMEC. Mental v.3 n.4 Barbacena jun. 2005.
- ARGILES, C. T. L.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; ANTONACCI, M. H.; COIMBRA, V. C. C. **Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico**. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. RS. R. XV de 2009.
- BELMONTE, R. P. A reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Org. **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.
- BRASIL. **Lei n 10.216**, Paulo Delgado, de 6 de abril de 2001. Disponível em <<https://paulodelgado.com.br/lei-no-10-216-de-6-de-abril-de-2001/>>. Acesso em: 03/07/2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 03/07/2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 03/07/2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude_2009.pdf>. Acesso em: 03/07/2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Estratégias de Desinstitucionalização**. Portaria Nº 2.840. 2014. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>. Acesso em: 03/07/2020

CAIFA, R. O Acompanhamento terapêutico e a rua: o social como constitutivo de acompanhamento. Equipe de acompanhante terapêuticos do Hospital-Dia A CASA, **A rua como espaço clínico**, São Paulo: editora pulsional. 1991.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Belo Horizonte: Autentica Ed. 2009.

CHIAVERINI, D. H. (Organizadora), et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. 2º ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1989.

COREN. **Hospitalidade Noturna**. Parecer Técnico nº 10/06. Protocolo nº 3845/06, Coordenação de Saúde Mental do município de Belo Horizonte. Câmara Técnica de Saúde Mental em 25/04/2006.

COSTA, R. F. C., et al. **Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação**. Maria Jesús Ruiz García. RevEscEnferm USP - 2015; 49(5):741-747. 2015.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade clássica**. São Paulo. Perspectiva, 1978.

FIGUEIREDO, A. C.; VIEIRA, M. A. Psicanálise e ciência: uma questão de método. In W. Bevidas (Org.), **Psicanálise, pesquisa e universidade**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2002.

GENEROSO, C. M. et al. **O projeto de trabalho da clínica urgentemente: novos dispositivos aplicados na ampliação da clínica em saúde mental e suas interlocuções com o campo social**. A rede: clínica ampliada em saúde mental, 1 (1), 7-17. 2002.

GIL A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed., São Paulo, Atlas. 2002. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822018000300012>. Acesso em: 07/08/2020

GRECO, M. G., **Acompanhante terapêutico: o guia das cidades invisíveis**. Belo Horizonte: Mimeo. 2000.

GUERRA, A. M. C.; MILAGRES, A. F. **Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? contribuições da psicanálise a essa clínica em construção**. Dossiê. Estilos da Clínica. v.10 n.19. Versão impressa ISSN 1415-7128. São Paulo. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200004>. Acesso em: 03/07/2020

HERMANN, M. C. **Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário.** Tese de Doutorado em Psicologia. Orientador: Miriam Debieux Rosa. Instituto de Psicologia da USP. 2008.

HORI, A.A.; NASCIMENTO, A. F. **O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)** em Guarulhos (SP), Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.19, n.8, pp.3561-3571. ISSN 1413-8123. 2014.

MARCO, M. N. C.; CALAIS, S. L. **Acompanhante terapêutico: caracterização da prática profissional na perspectiva da análise do comportamento.** Artigo. Rev. bras. ter. comport. cogn. vol.14 no.3 São Paulo. 2012.

MELLO, G. A. S., **O tratamento do doente mental no Brasil no século XX.** 1ª edição, 2012.

MENDES, A. A., **Tratamento na psicose: o laço social como alternativa ao ideal institucional.** Sessão Clínica - acolhimento e tratamento da psicose em instituições. Mental v.3 n.4 Barbacena. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000100002>. Acesso em: 03/07/2020.

NASCIMENTO, P. C.; MENDES, A. A., **Antes só, agora acompanhado: reflexões sobre o acompanhamento terapêutico em um serviço residencial terapêutico.** Dossiê. Contribuições da Psicologia para os serviços de Saúde. Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas v. 2, n. 4. ISSN 2448-0738. 2017.

NETO, L. B. Contribuições para uma topografia do acompanhamento terapêutico. Crise e Cidade – Sobre o Acompanhamento Terapêutico – In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.) **A rua como espaço Clínico.** São Paulo: EDUC. 1997.

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

NOTA Técnica Covid-19 nº 009/2020.
CIEVS/GVIGE/DPSV/GEAPS/GEURE/GERRC/
GEASF/DIAS/GCINT/DMAC/SMSA/PBH. **Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS–COV-2.** Belo Horizonte, 2020. Disponível em <[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/Nota%20T%C3%A9cnica%20COVID-19%20n009_2020%20\(1\).pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/Nota%20T%C3%A9cnica%20COVID-19%20n009_2020%20(1).pdf)>. Acesso em: 03/07/2020.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R., **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública.** Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo – Brasil. Ver. Saúde Pública, n. 29. 1995.

PORTUGAL, S. **Quem tem amigos tem saúde: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde.** In: SIMPÓSIO FAMÍLIA, REDES SOCIAIS E SAÚDE, Hamburgo. Hamburgo: Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo. 2005.

QUINET, A. **Psicose e laço social**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2006.

RIBEIRO, T. C. C. **Acompanhar é uma barra: considerações teóricas e clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico.** Revista Psicologia Ciência e Profissão. São Paulo, v. 22, n. 2, 2002.

ROTELLI, F. **A experiência de desinstitucionalização italiana: o processo de Trieste.** In: Cadernos Polêmicos, nº 2.1987.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma Outra Via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec. 1990.

SANTOS, L. G.; MOTTA, J. M.; DUTRA, M. C. B.; **Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VIII, 3 .2006.

SIMÕES, C. H. **A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise Crítica.** 157 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem e Trabalho) - Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2005.

SLUZKI, C. **A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997.

VERÍSSIMO, F. **Sobre a função do acompanhamento terapêutico na atualidade,** 2010. Disponível em <<https://siteat.wordpress.com/2010/04/21/flavio-2>>. Acesso em: 07/12/2016.

VIGANÒ, C. Terapia ou reabilitação. In _____. **Saúde mental: psiquiatria e psicanálise.** Instituto de Saúde Mental/Associação Mineira de Psiquiatria, Belo Horizonte, MG. 2000.